

Висновки

1. Суперпозиція клінічної симптоматики, МРТ-, РКТ-зображень запобігає хибнопозитивним висновкам і гіпердіагностиці.

2. Адекватно використовувати РКТ-дослідження для визначення деструкції кісткових структур, однак на РКТ-зображеннях незадовільно диференціюються межі м'якотканинного компонента пухлини та супровідного запалення.

3. На МРТ-зображеннях кісткові контури пазух виглядають гіпоінтенсивними струк-

турами порівняно з ізо- та гіперінтенсивними структурами м'яких тканин, слизової оболонки.

4. T₂-зображення структури запальної тканини більш гіперінтенсивне, ніж T₂-зображення м'якотканинної злоякісної пухлини. Це дозволяє з більшою точністю визначити справжні межі пухлини.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Визуалізація* опухолей слизистой оболочки полости носа, придаточных пазух и верхней челюсти при помощи компьютерной томографии / А. В. Араблинский, А. М. Сдвижков,

Н. В., А. Н. Гетман // *Мед. визуализации*. — 2001. — № 4. — С. 50-56.

2. *Бабкіна Т. М.* Рентгенівська комп'ютерна, магнітно-резонансна томографія у діагностиці поширених пухлин основи черепа, навколоносових пазух: Автореф. дис. д-ра мед. наук. — К., 1999. — 31 с.

3. *Опухоли* черепно-челюстно-лицевой области: новые подходы к хирургическому лечению и реабилитации / В. И. Чиссов, А. Н. Коновалов, И. В. Решетов и др. // *Рос. онколог. журнал*. — 2002. — № 5. — С. 4-9.

4. *Штиль А. А.* Злокачественные новообразования полости носа и околоносовых пазух III–IV стадий (распространение, клиника, диагностика, лечение первичных опухолей и рецидивов): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1979. — 32 с.

УДК 616.381-072.1-089-07-08

С. О. Гешелін¹, М. А. Каштальян¹, М. В. Міщенко¹, В. Ю. Шаповалов²

ЛАПАРОСКОПІЧНІ ОПЕРАЦІЇ У ХВОРИХ ІЗ ГОСТРИМИ ХІРУРГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЖИВОТА

¹ Одеський державний медичний університет,
² 411-й Центральний клінічний військовий госпіталь
Південного оперативного командування, Одеса

Вступ

Діагностична лапароскопія сьогодні є найбільш чутливим і специфічним методом діагностики гострих хірургічних захворювань живота [1–6]. Істотною перевагою методу є можливість переходу від діагностичної лапароскопії до лікувальної лапароскопічної операції [7–12]. Лікувальна лапароскопія у хворих із гострою хірургічною патологією живота застосовується нами з 1982 р.

Матеріали та методи дослідження

Лапароскопічні операції з приводу гострих хірургічних захворювань живота виконані нами у 1213 хворих (табл. 1). У табл. 2 подано результати 1502 операцій, виконаних у 1213 хворих.

Загалом 780 холецистектомій, 61 апендектомія, 70 адгезіолізисів, 170 холецисто-

стомій, 192 катетеризації круглої зв'язки печінки, 229 дренажів черевної порожнини (усього 1502 операції) проведено з використанням відеолапароскопічних комплексів "Olympus" чи за допомогою оптичного лапароскопа фірми "Karl Storz".

Результати дослідження та їх обговорення

Гострий холецистит. У традиційній відкритій хірургії прийняте уявлення про оптимальний 72-годинний термін виконання операції з приводу гострого холециститу. Відеолапароскопічна ревізія дозво-

ляє об'єктивно оцінити ситуацію і вчасно прийняти рішення про виконання лапароскопічної холецистектомії, або про обмеження втручання холецистостомією, або про конверсію з переходом до лапаротомії і виконання традиційної відкритої операції, або про дренажування черевної порожнини і відкладання операції до настання «холодного» періоду.

У перші 72 год нами прооперовано 363 хворих (312 холецистектомій, 51 холецистостомія), між 3-ю і 6-ю добою — 284 хворих (267 холецистектомій, 17 холецистостомій),

Таблиця 1

Лікувальна лапароскопія у хворих з гострими хірургічними захворюваннями живота

Захворювання	Кількість хворих
Гострий холецистит	853
Гострий панкреатит	229
Спайкова непрохідність кишечнику	70
Гострий апендицит	61
Усього	1213



**Лапароскопічні операції, виконані у хворих
з гострими хірургічними захворюваннями живота**

Захворювання	Кількість хворих	Операція						Усього
		Холецистектомія	Холецистостомія	Адгезіолізис	Апендектомія	Катетеризація круглої зв'язки печінки	Дренування черевної порожнини**	
Гострий холецистит	853	780	73	—	—	—	—	853
Гострий панкреатит	229	—	97	—	—	192	229	518*
Спайкова непрохідність кишечника	70	—	—	70	—	—	—	70
Гострий апендицит	61	—	—	—	61	—	—	61
Усього	1213	780	170	70	61	192	229	1502*

Примітка. * Кількість операцій перевищує число оперованих хворих у зв'язку з тим, що багатьом хворим з панкреатитом виконували 2 або 3 операції. ** Враховані лише ті операції дренування черевної порожнини, що є самостійним компонентом патогенетичного лікування гострого панкреатиту. Дренування, виконані на заключному етапі холецистектомії, апендектомії або адгезіолізісу в таблицю не включені.

відстрочена планова холецистектомія виконана 206 хворим (201 холецистектомія, 5 холецистостомій). У 24 хворих виявився катаральний холецистит, у 708 — флегмонозний, у 121 — гангренозний. На жовчнокам'яну хворобу страждали 796 пацієнтів, у 30 був безкам'яний холецистит.

У період між 3–6-ю добою, що вважається найбільш несприятливим для проведення операції, нездоланий інфільтрат зустрівся лише в 12 пацієнтів із 284 (4,2 %). До конверсії довелося вдатися лише у 26 хворих.

Померли після лапароскопічних холецистектомій, що ускладнилися інфарктом міокарда і тромбоемболією легеневої артерії, 2 хворих.

Наш досвід свідчить про те, що відеолапароскопічні технології дозволяють переглянути канонізоване уявлення, що обмежує виконання термінової операції 72 год.

Гострий панкреатит. Відомо, що хірургічному лікуванню підлягають тільки деструктивні форми гострого панкреатиту. Показанням до операції служать сумніви в діагнозі, неефективність консервативної терапії, прогресування перитоніту, сполучення деструктив-

ного холецистити і панкреатиту [13–16]. У період з 1982 по 2002 рр. під нашим спостереженням перебувало 2022 хворих із гострим панкреатитом. Прооперовано 353 пацієнти (17,4 %), причому 124 хворим операції виконані per laparotomy, 229 — лапароскопічні втручання, що включали холецистостомію, катетеризацію круглої зв'язки печінки, дренування черевної порожнини (див. табл. 2). У перші 24 год після надходження до стаціонару лапароскопічну холецистостомію виконано 27 хворим, між 25 і 48 год — 22, від 49 до 72 год — 38, пізніше 72 год — 10 хворим.

Проведене протягом (16±1) діб дренування жовчі через холецистостому сприяло подоланню одного з найважливіших патогенетичних факторів гострого панкреатиту — жовчної гіпертензії. Лапароскопічне дренування черевної порожнини протягом (7±1) діб забезпечувало виведення від 250 до 1500 мл/добу токсичного ексудату. Лапароскопічна катетеризація круглої зв'язки печінки дозволяла протягом (6±1) діб здійснювати пролонговану новоканінову блокаду і введення інгібіторів протеолізу в парапанкреатичну клітковину.

3-поміж 229 хворих, лікованих із застосуванням лапароскопічної операції, померло 12 (5,2 %). Наш досвід [17] узгоджується з думкою А. Е. Борисова [18], який вважає відеолапароскопічні операції оптимальним варіантом лікування панкреонекрозу.

Спайкова непрохідність кишечника. Стримане ставлення до лапароскопії у хворих зі спайковою непрохідністю кишечника пов'язане з двома обставинами: 1) підвищеним ризиком ушкодження стоншеної стінки розтягнутої кишки [19; 20]; 2) обмеженням зони діагностичних і лікувальних маніпуляцій [4; 21]. Проте ризик «даремних» лапаротомій спонукає до застосування лапароскопії [22–24].

Лапароскопічний адгезіолізис виконаний нами ургентно у 23 хворих із гострою спайковою непрохідністю та у 47 пацієнтів із компенсованою кишковою непрохідністю, виявлений або під час діагностичної лапароскопії, початої у зв'язку з рецидивними болями в животі, або під час холецистектомії, апендектомії, операції на жіночих статевих органах (у цих випадках адгезіолізис виконувався як симультанна операція з приводу супровід-



ного захворювання). У всіх 70 хворих лапароскопічний адгезіолізис минув без ускладнень. Слід зазначити, що за відсутності умов для виконання лапароскопічного адгезіолізу в хірурга залишається можливість конверсійного переходу до лапаротомії [4; 25], що починається після лапароскопічної верифікації діагнозу й уточнення характеру і локалізації зрощень.

Наш досвід свідчить про те, що ризик ушкодження кишки у хворих зі спайковою непрохідністю кишечника не повинен служити аргументом, що виключає застосування діагностичної і лікувальної лапароскопії.

Гострий апендицит. Верифікований нами за допомогою лапароскопії у 215 хворих, що надійшли з неуточненим діагнозом гострої хірургічної патології живота. Лише 61 пацієнту виконано лапароскопічну апендектомію. Це пояснюється тим, що в зв'язку з відсутністю цілодобової ендоскопічної служби частина діагностичних лапароскопій виконується оптичним лапароскопом під місцевим знеболюванням в ургентній операційній. Переважній більшості хворих, що надійшли з діагнозом «гострий апендицит» (більше 500 осіб щороку), виконувалася традиційна апендектомія per laparotomy.

У 30 хворих, підданих лапароскопічній апендектомії, був простий апендицит, у 19 — флегмонозний, у 12 — гангренозний. Двом хворим хірургічне втручання вдалося виконати лапароскопічно від початку до кінця, у 28 — вдатися до лапароскопічно асистованої операції. Особливістю застосовуваної нами лапароскопічної апендектомії [26] є кліпування кукси відростка кліпом Фільше, що має довжину 12,7 мм, ширину 4 мм, надійно «замикає» куксу. У 28 хворих із деструкцією, що поширюється на ділянку впадіння відростка в сліпу кишку, ми

не ризикнули обмежитися кліпуванням. Після перетинання брижі кліпований біля основи червоподібний відросток з куполом сліпої кишки витягали через рану черевної стінки (15–20 мм) у правій здухвинній ділянці, накладали кисетний шов, відтинали відросток і занурювали куксу в кисет. Після занурення сліпої кишки в черевну порожнину рану черевної стінки зашивали за допомогою запропонованого нами пристрою, що дозволяє під контролем лапароскопа захоплювати у шов м'язово-апоневротичний шар й очеревицу.

У 3 хворих після лапароскопічно асистованих операцій було нагноєння в рані, через яку витягався відросток. Усі інші виписані у задовільному стані.

Лапароскопічна апендектомія має певні переваги перед традиційною «відкритою» операцією: 1) лапароскопія забезпечує можливість широкої ревізії черевної порожнини, що неможливо з розрізу у правій здухвинній ділянці; 2) виявлення патології за межами правої здухвинної ділянки за відсутності патологічних змін червоподібного відростка рятує хворого від необгрунтованого видалення «невинного» відростка і спрямовує лікування на верифіковане захворювання; 3) у разі необхідності переходу до лапаротомії лапароскопія дозволяє визначити оптимальну локалізацію доступу.

Висновки

1. Лапароскопія — ефективний метод діагностики і лікування гострого холециститу, гострого панкреатиту, гострого апендициту і спайкової непрохідності кишечника.

2. Лікувальні заклади, що надають ургентну допомогу хірургічним хворим, повинні бути забезпечені штатом ендоскопістів, які беруть участь у діагностичному і лікувальному процесі, а також відеоендоскопічним інвентарем.

1. *Гешелін С. А., Мищенко Н. В.* Диагностические возможности лапароскопии при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости // *Клин. хирургия.* — 2000. — № 4. — С. 23-26.

2. *Атанов Ю. П.* Лапароскопическая семиотика некротического панкреатита // *Вестн. хирургии.* — 1981. — № 6. — С. 33-37.

3. *Бараев Т. М.* Острый аппендицит. — Одесса: ОГМУ, 1998. — 92 с.

4. *Гуревич А. Р., Маркевич Ю. В., Ершов Д. В.* Место лапароскопии в неотложной хирургии // *Эндоскоп. хирургия.* — 1998. — Т. 4, № 1. — С. 16.

5. *Завьялова Н. И., Дряженков И. Г., Баранов Г. А.* Диагностические и лечебные возможности экстренной лапароскопии // *Клин. медицина.* — 1995. — Т. 73. — № 2. — С. 61.

6. *Мищенко Н. В.* «Острый живот»: возможности лапароскопической расшифровки диагноза // *Вестник проблем биологии и медицины.* — 1998. — № 17. — С. 107-110.

7. *Apelgren K. N., Cowan B. D., Metcalk A. N.* Laparoscopic appendectomies and the management of gynecologic pathologic conditions // *Surg. Clin. North. Amer.* — 1996. — Vol. 76, N 3. — P. 469-482.

8. *Современные подходы к диагностике и лечению внематочной беременности* / Б. И. Медведев, Т. В. Астахова, Е. Ю. Камаева, Т. В. Узлова // *Новые технологии в медицине.* Тр. научн. конф., Трехгорный, 1996. — С. 71-72.

9. *Диагностика и лечение острого билиарного панкреатита* / С. М. Дыньков, Я. А. Насонов, А. А. Кузнецов и др. // *Анналы хирургии.* — 2000. — № 2. — С. 30-35.

10. *Лупальцов В. I., Дехтярук I. А.* Малоінвазивні методи у діагностиці і лікуванні гострого панкреатиту // *Шпит. хірургія.* — 2001. — № 2. — С. 120-121.

11. *Лапароскопические операции в неотложной хирургии* / Б. К. Шуркалин, А. Г. Кригер, А. П. Фаллер, А. М. Череватенко // *Хирургия.* — 1999. — № 6. — С. 43-46.

12. *Товштейн Л. А., Каштальян М. А., Шевченко О. I.* Лапароскопічна хірургія у лікуванні гнійно-запальних захворювань геніталій, ускладнених пельвіоперитонітом // *Вісник наук. досліджень.* — 2002. — № 2. — С. 28-29.

13. *Гагушин В. А.* Оперативное лечение панкреонекроза // *Хирургия.* — 1991. — № 2. — С. 110-112.

14. *Иванов Ю. В.* Комплексная лапароскопия в лечении деструктивных форм острого панкреатита // *Эндоскоп. хирургия.* — 1999. — № 2. — С. 24.



15. Паньков А. Г., Чернякевич П. Л. Значение эндоскопических методов в диагностике и лечении острого билиарного панкреатита // Рос. мед. журн. — 1996. — № 1. — С. 33-36.

16. Запорожченко Б. С. Патогенетичне обґрунтування комплексного лікування запальних захворювань підшлункової залози у плавскладу морського транспорту: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.34., 14.01.03 / Українське НВО «Медицина транспорту» МОЗ України. — Одеса, 1998. — 32 с.

17. Гешелін С. О., Міщенко М. В., Міщенко Р. М. Лапароскопічний контроль клініко-лабораторного діагнозу «гострий панкреатит» // Шпит. хірургія. — 2001. — № 2. — С. 161-162.

18. Эндовидеохирургия в комплексном лечении деструктивного панкреатита / А. Е. Борисов, М. А. Кацадзе, С. Е. Митин и др. // Эндоскопическая хирургия. — 2000. — № 2. — С. 12.

19. Ханевич А. Д., Осипов И. С. Лапароскопия в диагностике острых хирургических заболеваний органов брюшной полости // Вестн. хирургии. — 1990. — № 5. — С. 94-96.

20. Митин С. Е., Сухопара Ю. Н., Игнатович И. Г. Лапароскопические вмешательства при острой кишечной непроходимости // Эндоскоп. хирургия. — 2000. — № 2. — С. 45.

21. Опыт лапароскопических вмешательств при острой спаечной кишечной непроходимости / Э. Н. Праздников, О. Н. Сорокин, М. В. Семенов и др. // Там же. — 2000. — № 2. — С. 53-54.

22. Levard H., Mouro J., Schiffino L. Laparoscopic treatment of small bowel obstruction // Minimally invasive ther. Allied technol. — 1996. — Vol. 5, N1. — P. 47-51.

23. Лапароскопия при проникающих абдоминальных ранениях /

Т. И. Буянов, А. А. Перминова, С. Ю. Соколов, В. В. Азем // Хирургия. — 1988. — № 10. — С. 156.

24. El-Sherif O. F. Laparoscopy in the management of an adult case of small bowel intussusception // Surg. Laparoscopy endosc. — 1998. — Vol. 8, N 1. — P. 21-25.

25. Levard H., Mouro J., Schiffino L. Laparoscopic treatment of small bowel obstruction // Minimally invasive ther. Allied technol. — 1996. — Vol. 5, N 1. — P. 47-51.

26. Патент 54763 А Україна, МПК А61В17/00. Спосіб обробки кукси червоподібного відростка при проведенні лапароскопічної апендектомії / С. О. Гешелін, М. В. Міщенко, А. В. Сєдой, Р. М. Міщенко / (73) з. 2002032363 від 26.03.02.

УДК 612.766.1

О. Є. Дорофєєва

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ І РІВЕНЬ СЕРОТОНІНУ ТА ГІСТАМІНУ В КРОВІ СПОРТСМЕНІВ ВИСОКОГО КЛАСУ

Донецьке училище олімпійського резерву ім. С. Бубки

Серед критеріїв оптимізації тренувального процесу, виявлення спортсменів високого класу, які потребують реабілітаційної терапії, важливе місце займають показники стану вищої нервової діяльності (ВНД). Досягнення високих спортивних результатів можливо в осіб, які мають достатню стійкість ВНД щодо фізичного навантаження й емоціонального стресу [2; 3]. Вивчення та оцінка функціонального стану організму спортсмена, психологічної стійкості до ускладнених і збільшених за об'ємом навантажень є одним з основних критеріїв для відбору тренувальної програми та оптимальної форми фармакологічної підтримки [4]. Типологічна спрямованість ВНД є одним із визначальних аспектів майбутнього спортсменів та динаміки їх спортивних результатів. Це пов'язано з тим, що

тип ВНД не змінюється впродовж життя. Втім, при проведенні відбору, а також при динамічних спостереженнях за спортсменами високого класу психологічні тести проводяться рідко, хоча проведення їх не потребує багато часу та зусиль. Слід також відзначити, що процеси збудження ЦНС залежать від багатьох факторів, зокрема від концентрації в крові серотоніну та гістаміну, дослідження динаміки яких в сироватці крові спортсменів високого класу ще досі не вивчалось. Крім того, серотонін і гістамін надають вираженого впливу на функціонування нервової системи та реалізацію адаптаційних механізмів до фізичних навантажень.

Метою нашої роботи є дослідження впливу особливостей психологічного статусу і психологічної тривожності, концентрації в крові серотоніну й

гістаміну на рівень спортивних показників майстерності, а також можливість використання зазначених показників в якості критеріїв адекватності тренувального процесу.

Матеріали та методи дослідження

Було обстежено 98 спортсменів циклічних видів спорту (плавання, легка атлетика й велоспорт), з яких 52 були майстрами спорту (МС) і майстрами спорту міжнародного класу (МСМК), 25 кандидатами в майстри спорту (КМС) і 21 — першорозрядниками віком від 14 до 20 років, які займалися спортом не менше 5 років. Для оцінки довготривалої адаптації всі спортсмени за даними спортивних результатів останнього року були розподілені на три групи: 1-ша група — прогресуючі спортсмени, 2-га група — спортсме-

