

Одержані результати свідчать, що у дітей, які проживають у районах сукупної дії солей важких металів і радіонуклідів, розвивається дисбаланс у клітинній ланці імунітету.

У дітей із екологічно несприятливого району порушуються процеси диференціації Т-лімфоцитів, у зв'язку з чим для них характерна більш висока питома вага 0-клітин. Відповідно при цьому порушуються ланки як клітинного, так і гуморального імунітету.

## ВИСНОВКИ

1 Виявлене розбалансування імунної системи у дітей, що проживають в екологічно несприятливих районах, ускладнює перебіг різних захворювань у них, і, мабуть, може призвести до хронізації процесів розвитку імунопатологічних хвороб. Причому, як нами встановлено, вираженість імунологічних порушень залежить від функціональної активності гіпофізарно-тиреїдної системи.

2 Під дією несприятливих екологічних факторів у дітей ймовірно підвищується концентрація інтерферонів сироватки крові, змінюється кореляція між гормонами щитовидної залози та рівнем інтерферонів, що свідчить про зміну чутливості до регуляторної ролі тиреоїдних гормонів.

3 Значне підвищення рівня інтерферонів у сироватці крові є прогностично несприятливою ознакою, оскільки висока їх концентрація веде до перезбудження адаптаційних механізмів, виснаження функціональних можливостей клітин. Окрім того, висока концентрація інтерферонів пригнічує антитілоутворення та фагоцитоз.

4 Під час проведення імуномодельючої терапії у дітей з ГЩЗ обов'язково необхідно враховувати стан тиреоїдної активності.

## SUMMARY

1500 schoolchildren living in ecologically different regions were examined. It was established that changes of non-specific defence and immunity factors in children with hyperplasia of the thyroid gland depend not only on pollution level of the environment but also on functional activity of the thyroid gland. Performing immunocorrection in children with hyperplasia of the thyroid gland taking into account it's activity is necessary.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вельтищев Ю.Е. Экопатология детского возраста/ Педиатрия. - 1995.-№4.-С. 26-33.
2. Бугайов В.М., Лагутін А.Ю., Рогожин О.Г., Казак С.С. Зміни здоров'я населення України внаслідок Чорнобильської катастрофи. - К., 1996.-С.170.
3. Загородний Н.П., Маркевич В.Э. О состоянии неспецифических факторов резистентности у детей, проживающих в экологически неблагоприятных районах /Экологическая антропология / Под ред. Т.В.Белоской. - Минск-Люблин-Лодзь,1997. -С.286-288.
4. Букринская А.Г. Вирусология. - М.,1986.-С.336.
5. Ершов Ф.И. Система интерферона в норме и патологии.-М.: Медицина, 1996.- 239 с.

Надійшла до редколегії 7 липня 1998 р.

УДК 616.33.342-002.44-007.251-089

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

А.Л.Сытник,\* врач; Н.Г.Конonenko, проф.  
(\*5-я городская клиническая больница)

В лечении больных с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) основным является хирургический

метод. За последние два десятилетия хирургическая тактика при прободной язве существенно изменилась: вместо ушивания перфоративного отверстия теперь применяют в основном органосохраняющие вмешательства, сочетающие иссечение язвы с различными вариантами ваготомии (ВТ) [1-3]. Эти операции относительно легко переносятся больными. В отдаленном периоде достаточно снижается продукция соляной кислоты, восстанавливается до нормальных величин концентрация углеводных компонентов желудочной слизи и улучшаются показатели местной иммунной защиты [4-6].

Выбор метода операции при прободной язве определяется в основном возрастом больного, его общим состоянием, временем, прошедшим с момента перфорации, характером язвенного процесса, степенью инфицирования брюшной полости. Хирургическую тактику определяют также убеждения и квалификация хирурга, выполняющего вмешательство. У больных пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией или с разлитым перитонитом перфоративное отверстие, как правило, зашивают. Операцию ушивания язвы "... следует рассматривать как метод экстренного вмешательства при перфорации..." [7]. О целесообразности различных методик при прободной язве судят по непосредственным и отдаленным результатам.

Нами изучены результаты лечения 538 больных, оперированных по поводу перфоративной язвы желудка и ДПК. Мужчин было 481, женщин - 57 в возрасте от 15 до 89 лет. У 519 пациентов язва локализовалась в пилородуоденальной области, у 18 - в желудке, у одного больного наступила перфорация язвы гастроэнтероанастомоза после резекции желудка по Гофмейстеру Финстереру. Местный перитонит выявлен у 105 пациентов, диффузный или разлитый - у 135.

Ушивание перфоративного отверстия выполнено у 75 больных. Язва иссечена у 153 пациентов. У 291 больного иссечение язвы дополнено ваготомией (ВТ): стволовой ваготомией (СтВ) у 37 пациентов, селективной ваготомией (СВ) у 97, селективной проксимальной ваготомией (СПВ) у 157. Показаниями к выполнению СтВ или СВ служили: возраст больных старше 60 лет, наличие сопутствующих заболеваний, разлитый перитонит, анатомические особенности, препятствующие выполнению СПВ. Резекционные методы применены у 19 больных: антрумактомия с ВТ - у 5, резекция 2/3 желудка - у 12, резекция желудка по Риделю - у 2.

В послеоперационном периоде у 94 (17,5%) больных возникли всего 114 осложнений. Последние чаще наблюдались у пациентов после иссечения язвы со СтВ или СВ (36,9%) и ушивания перфоративного отверстия (20,0%). Наименьше осложнений отмечено после иссечения язвы с СПВ (12,1%) и изолированного иссечения перфорировавшей язвы (13,7%). Частота осложнений после резекционных методик составила 15,8%.

Все послеоперационные осложнения нами были разделены на такие виды: раневые, органов брюшной полости и забрюшинного пространства, брюшнополостные, дыхательной системы, сердечно-сосудистой системы. Все осложнения в зависимости от вида операции распределились следующим образом (табл.1).

Преобладали 43 (37,7%) осложнения органов брюшной полости и забрюшинного пространства из общего количества.

Нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка проявились симптомами постваготомной атонии (8), анастомозита (7), стеноза выходного отдела желудка (4). После органосохраняющих вмешательств наблюдались атония желудка и анастомозит. Стеноз выходного отдела желудка у 3 больных сформировался в ранние сроки после ушивания перфоративного отверстия и у одного был вызван неадекватной пилоропластикой. Нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка

после иссечения язвы с ВТ устранялись, как правило, мероприятиями консервативной терапии. Оперирован только один пациент с анастомозитом. При стенозе выходного отдела желудка вследствие ушивания перфоративной язвы все больные оперированы повторно.

Таблица 1 - Распределение осложнений в зависимости от вида вмешательства

Осложнения	Вид операции					
	Ушива- ние язвы	Иссече- ние язвы	Иссече- ние язвы со СтВ, СВ	Иссече- ние язвы с СПВ	Резек- ция желуд- ка	Итого
Органов брюш- ной полости	5	7	15	14	2	43
Раневые	6	9	5	5	1	26
Дыха- тельной системы	2	-	17	3	1	23
Сердеч- но-сосу- дистой системы	1	3	7	-	2	13
Брюшно- полост- ные	1	5	1	2	-	9
Всего	15	24	45	24	6	

Ранняя спаечная кишечная непроходимость развилась у 6 пациентов после антрумэктомии с ВТ, резекции 2/3 желудка, иссечения язвы с СПВ.

Желудочно-кишечные кровотечения составили 15 (14,1%) наблюдений из числа осложнений. Острые эрозивно-язвенные поражения слизистой желудка выявлены у 5 больных после органосохраняющих вмешательств с ВТ. После зашивания перфоративного отверстия или иссечения язвы источником кровотечения явились ушитая (3) или вторая язвы (4). Вследствие аррозии ветвей крупных артерий (панкреатодуоденальных, левой желудочной) кровотечения чаще были профузными. У одного пациента отмечено кровотечение из линии швов пилоропластики, у другого - из варикозно расширенных вен пищевода. У одной больной источник кровотечения не установлен.

Панкреонекроз развился у одной пациентки после резекции желудка. Еще у одного больного после иссечения язвы задней стенки ДПК наступила несостоятельность швов дуоденопластики, и сформировался свищ.

Брюшнополостные осложнения отмечены в 9 (7,9%) наблюдениях из общего количества. У 4 больных с исходным перитонитом вследствие перфорации язвы сформировались абсцессы брюшной полости. Послеоперационный перитонит развился также у 4 пациентов. Причинами его служили: несостоятельность швов ушитой язвы (1) или пилоропластики (1), перфорация второй язвы (1), перфорация острой язвы (1). Внутривнутрибрюшное кровотечение возникло у одного больного из сосудов малого сальника после СПВ.

Раневые осложнения (гематома, нагноение, эвентрация) - 26 (22,8%), не зависели от способа операции и были обусловлены перитонитом или

техническими ошибками хирургов.

Осложнения дыхательной системы отмечены у 23 (20,8%) человек, а сердечно-сосудистой системы - у 13 (12,3%) из числа осложнений. Чаще наблюдались пневмония (у 19 больных) и тромбоэмболические осложнения (у 11). В этих группах преобладали больные пожилого и старческого возраста с сопутствующей патологией, разлитым перитонитом, у которых иссечение язвы дополнялось СтВ или СВ.

#### ВЫВОДЫ

1 Органосохраняющие операции, сочетающие иссечение язвенного субстрата с ВТ, выполненные с учетом тяжести состояния больного, характеризуются меньшим числом осложнений и более благоприятным их течением, чем ушивание перфоративной язвы.

2 Возможность применения СтВ и СВ при прободной язве у больных с повышенным операционным риском нуждается в дальнейшем изучении.

#### SUMMARY

*The results of operative treatment of 538 patients with perforated gastroduodenal ulcer have been analysed. The closure of a perforated hole was performed in 75 patients, the ulcer excision in 153. Different modifications of vagotomy with drainage operations were used in 291 cases, gastric resection in 19. It was noted 114 complications in 94 (17,5%) patients. Complications of abdominal organs (37,7%), postoperative wound (22,8%) and lungs (20,8%) were of high spread. The frequency of complications increased after simple closure of perforated hole and ulcer excision with truncal vagotomy in high risk patients. The development of wound complications was associated with technical fails during operation.*

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гоер Я.В., Тутченко Н.И., Клименко П.И. и др. Хирургическая тактика при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки // Клиническая хирургия.- 1992.-№4.-С.24-25.
2. Курьин А.А., Перегудов С.И., Енотин И.И. Хирургическое лечение гастродуоденальных язв, осложненных перфорацией и кровотечением // Вестник хирургии им. Грекова, 1997. Т.156.-№1.-С.20-23.
3. Пеев Б.И. Органосохраняющие операции у больных с перфоративными язвами: Автореф. дис... д-ра.мед.наук.-М.,1991.-40 с.
4. Велигоцкий Н.Н., Брискульский И.Б. Местная иммунореактивность у больных, оперированных по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки// Общая и неотложная хирургия. Вып.22.-К.: Здоров'я, 1992.-С.86-90.
5. Волков Е.Ю. Активность некоторых гуморальных факторов местной защиты и агрессии желудка после оперативного лечения прободных гастродуоденальных язв: Автореф. дис. канд. мед. наук.-Барнаул, 1993.-26 с.
6. Мицура Д.И. Релаксация у больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки// Хирургия, 1992. - №2. - С.30-35.
7. Пантелеев Л.П., Седов В.М., Морозов В.П. и др. Пути улучшения результатов лечения перфораций гастродуоденальных язв//Актуальные вопросы неотложной хирургии органов брюшной полости.-Харьков, 1990.-С.17-19.

*Поступила в редколлегия 19 мая 1998 г.*

УДК.616.153.96-092.19.

#### ОСОБЛИВОСТІ СТАНОВЛЕННЯ ГУМОРАЛЬНИХ ТА КЛІТИННИХ ФАКТОРІВ НЕСПЕЦИФІЧНОГО ЗАХИСТУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ

*В.Е.Маркевич, проф.; О.К.Романюк, асист.; С.А.Сміян, доц.;  
І.В.Пилипець, студ.*

Проблема затримки внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР) на сьогодні залишається досить актуальною [1,2]. Поширеність цього синдрому