



ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА

№ 5(74) 2015

Національна академія медичних наук України

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Харківський національний медичний університет

«Харківська хірургічна школа» — медичний науково-практичний журнал

Заснований у листопаді 2000 р.
Виходить 6 разів на рік

Засновник —

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В.Т. Зайцева НАМН України»

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації
серія КВ № 20183-9983ПР
від 20.08.2013 р.

Журнал внесено до переліку фахових видань у галузі медичних наук
(Постанова президії ВАК України № 1-05/06 від 16.12.2009 р.)

Рекомендовано вченою радою
ДУ «ІЗНХ імені В. Т. Зайцева НАМН України»
(Протокол № 7 від 20.04.2015 р.)

Редактор
Н. В. Карпенко
Коректор
В. В. Теплинська
Адміністратор
К. В. Пономарьова
Перекладач
С. Ю. Басилайшвілі

Підписано до друку 22.04.2015 р.
Формат 60×84 1/8.
Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 17,25.
Обл.-вид. арк. 15,15. Тираж 1000 пр.

Адреса редакції:

61018, м. Харків,
в'їзд Балакірева, 1.
Тел.: (057) 715-33-48
349-41-99
715-33-45

Видання віддруковане
у ТОВ фірма «НТМТ»
61072, м. Харків,
просп. Леніна, 58, к. 106
Тел. (057) 763-03-80

Розмножування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у журналі, допускається лише з дозволу редакції

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець

© «Харківська хірургічна школа», 2015

МЕДИЧНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Головний редактор В. В. Бойко

Заст. головного редактора

І. А. Криворучко

Заст. головного редактора

І. А. Тарабан

Відповідальний секретар

К. В. Мішеніна

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

П. А. Бездетко
М. М. Велігоцький
М. К. Голобородько
Т. Г. Григор'єва
В. Б. Давиденко
Б. М. Даценко
В. Г. Дуденко
О. О. Зайцев
Ю. І. Караченцев
В. В. Леонов
В. М. Лісовий
В. К. Логачов
В. І. Лупальцов
О. В. Малоштан
О. О. Павлов
М. В. Панченко
Б. І. Пєєв
В. І. Сипітий
В. О. Сипливий
В. І. Стариков
С. В. Сушков
А. К. Флоріян
О. М. Тищенко
Є. Д. Хворостов
С. І. Шевченко

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

С. А. Андреєщев (Київ)
М. М. Бондаренко (Дніпропетровськ)
О. Ф. Возіанов (Київ)
В. К. Гринь (Донецьк)
М. Ф. Дрюк (Київ)
Ю. П. Зозуля (Київ)
І. В. Іоффе (Луганськ)
П. Г. Кондратенко (Донецьк)
М. Г. Кононенко (Суми)
Г. В. Книшов (Київ)
А. М. Лизіков (Гомель, Білорусь)
К. П. Павличенко (Донецьк)
Г. П. Ричагов (Мінськ, Білорусь)
Л. Г. Розенфельд (Київ)
В. Ф. Саєнко (Київ)
С. А. Сушков (Вітебськ, Білорусь)
М. І. Тутченко (Київ)
С. О. Шалімов (Київ)



Зміст

Contents

Творческие поиски в хирургии (собственные наблюдения)	7
<i>Н. Н. Велигоцкий</i>	

Creative research in surgery (own observation)	7
<i>N. N. Veligotsky</i>	

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

ORIGINAL RESEARCHES

Применение дистанционных доступов при хирургическом лечении доброкачественных образований молочной железы	14
<i>В. В. Бойко, В. В. Макаров, М. Ю. Сизый, П. Е. Нечитайло, Д. В. Минухин, В. В. Крицак, А. А. Серенко</i>	

The use of remote access in the surgical treatment of benign tumors of the breast	14
<i>V. V. Boyko, V. V. Makarov, M. Yu. Sizyi, P. E. Nechitailo, D. V. Minuchin, V. V. Kritsak, A. A. Serenko</i>	

ПИТАННЯ ХІРУРГІЇ ПАНКРЕАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ

QUESTIONS IN SURGERY OF PANCREATOBILIARY SYSTEM

Ятрогенні пошкодження жовчних протоків при лапароскопічній холецистектомії.	19
<i>О. Ю. Усенко, М. Ю. Ничитайло, А. В. Скумс, О. І. Литвин, В. П. Шкарбан, В. П. Михальчевський, А. А. Скумс</i>	

Bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy	19
<i>A. Yu. Usenko, M. Yu. Nichitaylo, A. V. Skums, O. I. Lytvyn, V. P. Shkarban, V. P. Mikhachevskiy, A. A. Skums</i>	

Выбор панкреатоеюноанастомоза и билиодигестивного анастомоза на основе опыта более 200 панкреатодуоденальных резекций.	22
<i>Н. Н. Велигоцкий, А. Н. Велигоцкий, С. Э. Арутюнов, В. Г. Карпенко, И. В. Тесленко, М. В. Клименко, А. С. Чеботарев</i>	

The choice of pancreatojejunostomy and biliodigestive anastomosis based on the experience of more than 200 pancreatoduodenectomies	22
<i>N. N. Veligotsky, A. N. Veligotsky, S. E. Arutyunov, V. G. Karpenko, I. V. Teslenko, M. V. Klymenko, A. S. Chebotarev</i>	

Эффективность малоинвазивных эндоскопических вмешательств в лечении обструктивной желтухи доброкачественного генеза	26
<i>В. А. Сипливый, Д. В. Евтушенко, Г. Д. Петренко, О. В. Шадрин, В. И. Робак</i>	

The effectiveness of minimally invasive endoscopic interventions in the treatment of obstructive jaundice of benign origin	26
<i>V. O. Sypliviy, D. V. Yevtushenko, G. D. Petrenko, O. V. Shadrin, V. I. Robak</i>	

Прогнозування перебігу та розвитку ускладнень гострого некротичного етанольного панкреатиту.	29
<i>А. І. Годлевський, С. І. Саволук, Т. О. Мельник</i>	

Prediction of the course and the development of complications of acute necrotizing alcohol-induced pancreatitis	29
<i>A. I. Godlevsky, S. I. Savoljuk, T. O. Melnik</i>	

Комплексна програма профілактики періопераційних ускладнень гострого панкреатиту біліарної етіології у хворих на цукровий діабет.	33
<i>А. І. Годлевський, С. І. Саволук, Я. В. Томашевський</i>	

The complex program for prevention of perioperative complications of acute biliary pancreatitis in patients with diabetes	33
<i>A. I. Godlevskiy, S. I. Savoljuk, Ya. V. Tomashevskiy</i>	



Порівняльна оцінка стресорного та травмуючого ефекту методів створення робочого простору при лапароскопічній холецистектомії 38

*А. І. Годлевський, О. А. Ярмач,
С. І. Саволук, А. В. Фуніков*

Обоснование выбора метода лечения различных форм острого холецистита 41

А. П. Захарчук

Органосохраняющая хирургия — стандарт современного лечения хронического панкреатита. 44

В. Н. Клименко, А. В. Клименко, А. А. Стешенко

ПИТАННЯ ОНКОЛОГІЇ

Антеградные эндобилиарные вмешательства в лечении больных с рецидивами опухолей гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненными механической желтухой 49

*Ю. В. Авдосьев, В. В. Бойко, Н. Н. Велигоцкий,
С. Э. Арутюнов, Т. А. Гришина,
О. Ю. Лаврентьева, Н. Н. Скалий*

Профилактика несостоятельности анастомоза при высокой эзофагогастропластике по поводу рака пищевода 53

*Н. Н. Велигоцкий, А. В. Горбулич,
И. В. Тесленко, А. С. Трушин, А. Н. Велигоцкий,
В. В. Комарчук, Г. Н. Урсол, О. Э. Иванская*

Применение однорядного ручного шва при резекции пищевода и желудка по поводу рака 56

*Ю. А. Винник, В. И. Стариков, Г. В. Трунов,
Мохамед Саед Абухасан, Н. Г. Романюк*

Непосредственные и отдаленные результаты лечения больных при местнораспространенном раке желудка с инвазией в поджелудочную железу 60

Н. Г. Романюк

Органосохраняющий подход при почечно-клеточном раке с внутривенной инвазией . . 64

*Д. В. Шукин, В. Н. Лесовой, Н. Н. Поляков,
И. А. Гарагатый, И. М. Антонян, Г. Г. Хареба,
Т. И. Ермоленко, А. И. Зеленский,
П. В. Мозжжак*

Comparative evaluation of the effect of stress and traumatic methods of creating working space during laparoscopic cholecystectomy 38

*A. I. Godlevsky, A. A. Yarmak,
S. I. Savolyuk, A. V. Funikov*

Rational choice in the treatment of various forms of acute cholecystitis 41

A. P. Zakharchuk

Organ preserving surgery — standard of modern treatment of chronic pancreatitis 44

V. M. Klimenko, A. V. Klimenko, A. O. Steshenko

QUESTIONS OF ONCOLOGY

Antegrade endobiliary interventions in the treatment of patients with recurrent tumors of hepatopancreato-duodenal zone complicated by obstructive jaundice 49

*Yu. V. Avdosyev, V. V. Boyko, N. N. Veligotsky,
S. E. Arutyunov, T. A. Grishina,
O. Yu. Lavrentyeva, N. N. Skaliy*

Variants of esophagogastroplasty in treatment of intrathoracic esophageal cancer. 53

*N. N. Veligotsky, A. V. Gorbulich, I. V. Teslenko,
A. S. Trushin, A. N. Veligotsky, V. V. Komarchuk,
G. N. Ursol, O. E. Ivanskaya*

The use of single-row manual suture resection of esophageal and gastric cancer 56

*Yu. O. Vinnik, V. I. Starikov, G. V. Trunov,
Mohamed Saed Abuhasan, M. G. Romanyuk*

Immediate and remote results of treatment locally advanced gastric cancer with invasion into the pancreas. 60

N. G. Romanuk

Nephron-sparing approach in renal cell carcinoma with intravenous invasion 64

*D. V. Shchukin, V. N. Lesovoy, N. N. Polyakov,
I. A. Garagatiy, I. M. Antonyan, G. G. Khareba,
T. I. Yermolenko, A. I. Zelenskiy,
P. V. Mozzhakov*



ПИТАННЯ ХІРУРГІЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Этапное лечение гнилостных флегмон
у больных сахарным диабетом 71

*Н. Н. Велигоцкий, А. С. Трушин,
А. И. Сероштанов, И. Е. Бугаков,
В. М. Боев, К. С. Шапошников*

Профилактика послеоперационных
гнойно-воспалительных осложнений
в онкохирургии толстой кишки 74

*Н. Н. Милица, Н. Д. Постоленко,
К. Н. Милица, И. Н. Ангеловский,
В. В. Солдусова, В. С. Казаков, А. И. Маслов*

Поширеність продуцентів бета-лактамаз
розширеного спектру серед позагоспітальних
та внутрішньолікарняних штамів збудників
інтраабдомінальних хірургічних інфекцій. ... 79

В. Д. Шейко, С. В. Должковий

Особенности иммунных клетиннозависимых
механизмов у пациентов с абдоминальным
сепсисом. 82

*Б. О. Матвийчук, О. В. Лукавецкий,
В. Ю. Федоров*

Мезентериально-циркуляторный
синдром в патогенезе перитонита 86

*Ю. Л. Шальков, И. А. Акперов,
Н. В. Красносельский*

ПИТАННЯ ХІРУРГІЇ СТРАВОХОДУ

Вікові та гендерні особливості
ахалазії стравоходу 93

*П. Д. Фомин, В. В. Грубник,
А. В. Малиновський, А. К. Курбанов*

Редкие стриктуры пищевода 97

А. Ю. Усенко, А. С. Лаврик, Е. П. Дмитренко

Лечение послеожоговых рубцовых
стриктур пищевода 102

*А. Ю. Усенко, А. С. Лаврик, Б. Б. Мовчан,
С. А. Андреев*

ПИТАННЯ ТОРАКАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

Сравнительный анализ результатов
одномоментных двусторонних резекций легких
у больных туберкулезом в зависимости
от вида оперативного доступа 106

И. В. Корпусенко

QUESTIONS OF SURGICAL INFECTION

Staged treatment of putrid phlegmons
in patients with diabetes 71

*N. N. Veligotskiy, A. S. Trushin,
A. I. Seroshtanov, I. E. Bugakov,
V. M. Boev, K. S. Shaposhnikov*

Prevention of postoperative
pyoinflammatory complications
in colon cancer surgery 74

*N. N. Militsa, N. D. Postolenko,
K. N. Militsa, I. N. Angelovskij,
V. V. Soldusova, V. S. Kazakov, A. I. Maslov*

The prevalence of extended-spectrum
beta-lactamase producers among
out-of-hospital and nosocomial strains
of intra-abdominal surgical infections. 79

V. D. Sheyko, S. V. Dolzhkovyy

Features of immune cell dependent
mechanisms in patients
with abdominal sepsis. 82

*B. A. Matviychuk, A. V. Lukavetskiy,
V. Yu. Fedorov*

Mesenteric-circulatory
syndrome in the pathogenesis of peritonitis 86

*Yu. L. Shalkov, I. A. Akperov,
N. V. Krasnoselsky*

QUESTIONS IN SURGERY OF THE ESOPHAGUS

Age and gender features
of esophageal achalasia 93

*P. D. Fomin, V. V. Grubnik,
A. V. Malinovsky, A. K. Kurbanov*

Rare strictures of the esophagus. 97

A. Yu. Usenko, A. S. Lavrsk, E. P. Dmitrenko

Treatment of post-burn cicatrical
esophageal strictures. 102

*A. Yu. Usenko, A. S. Lavrik, B. B. Movchan,
S. A. Andreeshev*

QUESTIONS OF THORACAL SURGERY

Comparative analysis of simultaneous
results of bilateral lung resections
in patients with tuberculosis, depending
on the type of surgical access 106

I. V. Korpusenko



ПИТАННЯ ТРАВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ

Наши взгляды на некоторые ошибки, опасности и их устранение при хирургическом лечении огнестрельных ранений груди. 111

А. К. Флорикян, С. А. Шипилов

Клинико-морфологическое обоснование показаний к хирургической стабилизации переломов ребер у пациентов с краниоторакальной травмой 116

А. Б. Кутовой, В. В. Пимахов

Изменение объёма плевральной полости при множественных переломах ребер 121

А. В. Белов, О. В. Белова

Трахеобронхіальні ушкодження при закритій торакальній травмі у дітей 125

П. П. Сокур, В. Г. Гетьман, Б. О. Кравчук, Б. Б. Серденко

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

Повреждения магистральных артерий конечностей (диагностика, лечение). Часть 2 128

В. В. Бойко, И. А. Лурин, И. А. Тарабан, И. А. Дрозд

Бактериальный вагиноз и его последствия: выбор метода терапии. 135

А. Л. Ивченко

ЗАПИСКИ ПРАКТИЧНОГО ЛІКАРЯ

Наш досвід виконання ендоскопічної папілектомії 139

М. Ю. Ничитайло, П. В. Огородник, А. Г. Дейниченко, О. Г. Бойко, А. В. Стоколос

Роль сонографии при проведении дифференциальной диагностики хронического панкреатита и рака поджелудочной железы 144

И. А. Криворучко, С. Д. Салогуб, Н. Н. Тесленко, В. Ф. Гонтарь, Н. Н. Гончарова, С. Н. Тесленко, А. Г. Дроздова, Т. П. Яворская

Принципи лікування рубцевих кил у хворих на ожиріння 148

О. Ю. Усенко, О. С. Тивончук, Б. М. Кондратенко, М. В. Манойло, О. А. Лаврик, В. В. Москаленко

QUESTIONS OF TRAUMATOLOGY

Our views on some mistakes, dangers and their solution in the surgical treatment of gunshot wounds to the chest 111

A. K. Florikyan, S. A. Shipilov

Clinico-morphological study of indications for surgical stabilization of rib fractures in patients with craniothoracic trauma 116

A. B. Kutovoy, V. V. Pimahov

Changes in the volume of the pleural cavity with multiple fractures of the ribs 121

A. V. Belov, O. V. Belova

Tracheobronchial injuries in paediatric blunt chest trauma. 125

P. P. Sokur, V. G. Getman, B. O. Kravchuk, B. B. Serdenko

LITERATURE REVIEW

Damage of to main arteries of limbs (diagnosis, treatment). Part 2. 128

V. V. Boyko, I. A. Lurin, I. A. Taraban, I. A. Drozd

Bacterial vaginosis and its consequences: the choice of therapy method 135

A. L. Ivchenko

NOTES OF MEDICAL PRACTITIONER

Our experience in performing endoscopic papillectomy 139

M. Yu. Nychytaylo, P. V. Ogorodnyk, A. G. Deynichenko, O. G. Boyko, A. V. Stokolos

The role of ultrasonography in differential diagnosis of chronic pancreatitis and cancer of pancreas 144

I. A. Kryvoruchko, S. D. Salogub, N. N. Teslenko, V. F. Gontar, N. N. Goncharova, S. N. Teslenko, A. G. Drozdova, T. P. Yavorskaya

Principles of treatment incisional hernia in obese patients 148

O. Yu. Usenko, O. S. Tivonchuk, B. M. Kondratenko, M. V. Manoilo, O. A. Lavrik, V. V. Moskalenko



Фенотипические признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани у больных с осложнёнными формами язвенной болезни в сочетании с патологическим рефлюксом . . . 152 <i>Н. Н. Велигоцкий, В. В. Комарчук, А. С. Трушин, И. В. Тесленко, Е. В. Комарчук</i>	Phenotypic characteristics of undifferentiated connective tissue dysplasia in patients with complicated forms of peptic ulcer disease in combination with pathological reflux 152 <i>N. N. Veligotskiy, V. V. Komarchuk, A. S. Trushin, I. V. Teslenko, E. V. Komarchuk</i>
Выбор метода эндоскопического удаления крупных образований толстой кишки 156 <i>Н. Н. Милица, А. И. Маслов, Н. С. Трашкова</i>	The choice of method of endoscopic removal of large formations of the colon 156 <i>N. N. Milica, A. I. Maslov, N. S. Trashkova</i>
Является ли лапароскопическое вмешательство «операцией выбора» при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюксной болезни? 159 <i>Б. С. Запорожченко, И. Е. Бородаев, О. Б. Зубков, В. Н. Качанов, И. В. Шарапов, Л. М. Бобрик</i>	Is laparoscopic intervention «operation of choice» in hiatal hernia and reflux disease? 159 <i>B. S. Zaporozhchenko, I. E. Borodaev, O. B. Zubkov, V. N. Kachanov, I. V. Sharapov, L. M. Bobrik</i>
Клинико-диагностическая и прогностическая значимость цитокина TGF- β 1 при инфицированном панкреонекрозе 163 <i>Н. Н. Велигоцкий, М. В. Клименко, И. В. Тесленко</i>	Clinical-diagnostic and prognostic value of cytokine TGF- β 1 in infected pancreatic necrosis 163 <i>N. N. Veligotskiy, M. V. Klimenko, I. V. Teslenko</i>
Діагностика виду жовтяниці у хворих на гострий та хронічний гепатит 167 <i>Т. І. Тамм, О. П. Захарчук, С. Г. Бєлов, К. О. Крамаренко, О. Я. Бардюк, І. М. Мамонтов, І. І. Іванов</i>	Diagnostics of a kind of jaundice in patients with acute and chronic hepatitis 167 <i>T. I. Tamm, A. P. Zakharchuk, S. G. Belov, A. Y. Bardyukov, K. A. Kramarenko, I. N. Mamontov, I. I. Ivanov</i>
Роль и значение магниторезонансной панкреатохолангиографии в диагностике и лечении билиарного панкреатита 170 <i>В. В. Ганжий, Н. А. Ярешко, И. Н. Курпаяниди, Е. В. Кичангин, А. В. Бачурин, Т. М. Кичагина</i>	The role and significance of magnetic resonance cholangio-pancreatography in the diagnosis and treatment of biliary pancreatitis 170 <i>V. V. Ganji, N. A. Yareshko, I. N. Kurpayanidi, E. V. Kichagin, A. V. Bachurin, T. M. Kichagina</i>
Стан оксидантно-антиоксидантного гомеостазу у хворих хронічним панкреатитом і раком підшлункової залози . 173 <i>І. А. Криворучко, Н. М. Гончарова, М. М. Тесленко, В. М. Чеверда</i>	The state of oxidant-antioxidant homeostasis in patients with chronic pancreatitis and pancreatic cancer 173 <i>I. A. Krivoruchko, N. M. Goncharova, M. M. Teslenko, V. M. Tcheverda</i>
Возможности эстетической флебохирургии в лечении хронической венозной недостаточности нижних конечностей 177 <i>И. Б. Бабынкина</i>	The possibilities of aesthetic phlebosurgery in the treatment of chronic venous insufficiency of the lower limbs 177 <i>I. B. Babynkina</i>
Диагностический алгоритм и варианты лечебной тактики при тромбозах сегментов воротной вены 181 <i>С. Н. Козлов</i>	Diagnostic algorithm and therapeutic options tactics thrombosis segments of the portal vein 181 <i>S. N. Kozlov</i>



П. Д. Фомин, В. В. Грубник,
А. В. Малиновський,
А. К. Курбанов

ВІКОВІ ТА ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ АХАЛАЗІЇ СТРАВОХОДУ

Національний
медичний університет
ім. О. О. Богомольця, м. Київ

Одеський національний
медичний університет

© Колектив авторів

Резюме. У статті наведено 30-річний досвід діагностики ахалазії стравоходу I-IV стадії. Описано алгоритм діагностичних заходів, вікові та гендерні особливості розвитку захворювання. Аналіз клінічного обстеження показав загострення симптомів захворювання з віком, прогресування езофагіту, змін кислотності шлунку та стравоходу, погіршення якості життя пацієнтів.

Ключові слова: ахалазія стравоходу, діагностика, вік.

Вступ

Ахалазія стравоходу — тяжке нервово-м'язове захворювання стравоходу, що характеризується порушенням прохідності стравохідно-шлункового переходу і зниженням тону стравоходу, що призводять до прогресуючої дисфагії і розвитку важких ускладнень. Частота захворюваності ахалазії стравоходу складає 1-2 випадки на 100000 населення. У той же час ахалазія стравоходу становить 3,1-20% від всіх захворювань цього органу [1, 4, 5].

Недостатні знання етіології та патогенезу АС і відсутність чітких підходів до лікування даної патології призвело до зростання запущених форм захворювання. Незважаючи на доброякісний характер захворювання, при несвоєчасному лікуванні АС можуть ускладнитись прогресуванням захворювання та/або супутніми патологіями (кровотеча, перфорація, медіастиніт, кахексія, рак стравоходу), що можуть бути фатальними, особливо в категорії осіб похилого віку [6, 7, 9].

Матеріали та методи досліджень

Пацієнти проходили комплексне обстеження та оперативне лікування в хірургічному відділенні Київської міської клінічної лікарні № 12 та Одеської обласної клінічної лікарні з 1983 по 2013 рік. Вік хворих — від 18 до 80 років, в першій групі хворих у середньому (46,1±4,0) року, у другій — (51,8±3,9) року. Стадію захворювання визначали відповідно до класифікації Б. В. Петровського і О. Д. Федорової (1958). Усім хворим проведено комплексне діагностичне обстеження, що включало фіброезофагогастродуоденоскопію, рентгенооскопію і експрес рН-метрію. Ендоскопічне до-

слідження всім хворим проводилося за загальноприйнятою методикою гнучким волоконним фіброендоскопом «Olympus GIF-XQ30» (Японія), за необхідності з біопсією слизової оболонки стравоходу. Прохідність стравохідно-шлункового переходу оцінювали за ступенем вираження дисфагії, регургітації і за грудинних болів, часу пасажу контрастної речовини по стравоходу за даними рентгенооскопії стравоходу. Наявність гастро-езофагеального рефлюксу оцінювали по вираженості печії і на основі даних експрес рН-метрії. Значення рН вимірювалися методом комп'ютерної ендоскопічної експрес рН-метрії із застосуванням двохелектродного рН-зонда «АГ-ІрН-М» (Україна). Динаміка езофагіту оцінювалася при ендоскопічному дослідженні згідно з Лос-Анджелеською класифікацією (1998) [2, 3, 8].

Результати досліджень та їх обговорення

Гендерна і вікова характеристика пацієнтів. Загальноклінічне і інструментальне обстеження пацієнтів дозволили проаналізувати вікові особливості діагностики і перебігу АС. Пацієнт, а частіше пацієнтки, у віці до 60 років досить яскраво і детально описували свої відчуття, часто перебільшуючи можливі наслідки цього стану для свого здоров'я. У таких хворих як правило не виникала втрати маси тіла за винятком відмови від прийому їжі на тлі дисфагії. В структурі АС більшість пацієнтів мали ІІІ стадію захворювання, без суттєвої різниці в гендерному аспекті (58,8% чоловіків і 53,5% жінок) (табл. 1).

У пацієнтів старше за 60 років діагностували швидкий розвиток і прогресуючий характер перебігу АС, що супроводжувалося значною

Таблиця 1

Геронтологічна та гендерна характеристика ахалазії стравоходу

Група	до 60 років				Σ		60 і більше				Σ	
	Ч		Ж		абс.	%	Ч		Ж		абс.	%
Кількість	34		43		77	100,0	14		12		26	100,0
	абс.	%	абс.	%			абс.	%	абс.	%		
I	2	5,9	3	6,9	5	6,5	3	21,4	-	-	3	11,5
II	9	26,4	10	23,2	19	24,6	3	21,4	2	16,6	5	19,2
III	20	58,8	23	53,5	43	55,8	4	28,6	6	50,0	10	38,4
IV	3	8,9	7	16,4	10	13,1	4	28,6	4	33,4	8	30,9

втратою маси тіла. При зменшенні маси тіла відзначено наростання частоти і вираженості печії, дисфагії, регургітації та хронічного кашлю, переважання важких форм езофагіту жінок (стадії С і D) та збільшення тяжкості структурних змін слизової оболонки стравоходу при ендоскопічному та патоморфологічному дослідженні. У осіб даної категорії встановлено збільшення частоти діагностування АС ІV стадії (28,6 % чоловіків і 33,4 % жінок), а І стадію захворювання відмічали лише у чоловіків.

Ендоскопічне дослідження шлунку і стравоходу. Фіброезофагогастроуденоскопія дозволила візуально охарактеризувати стан слизової оболонки, визначити просвіт стравоходу, еластичність стінок, поширеність патологічного процесу, зміни в місці стравохідно-шлункового переходу, явища езофагіту, виконати біопсію для патоморфологічного дослідження, хромоскопію, а також обстежити шлунок і дванадцятипалу кишку. Ендоскопічне дослідження в поєднанні із хроноскопією дозволило в усіх 103 хворих диференціювати езофагіт та застійні явища в нижній третині стравоходу. Езофагіт різної стадії встановлено у 89,3 % пацієнтів. У геріатричних хворих чоловічої статі частіше діагностували езофагіт стадії В (50,0 %), жінок А (41,7 %), у пацієнтів молодого та зрілого віку превалював езофагіт стадії А (табл. 2).

Клінічними проявами езофагіту були поява почуття болю, дискомфорту при прийомі твердої, жорсткої, погано пережованої їжі, загродинного болю. Через хворобливі відчуття па-

цієнти часто виключали ці продукти з раціону або починали вживати продукти переважно в рідкому вигляді, що погіршувало їх соматичних та психічний стани здоров'я.

Кислотність стравоходу і шлунку при ахалазії стравоходу. Результати рН-метрії шлунка і стравоходу показали широкий діапазон ацидності у осіб вікової категорії до 60 років: від вираженої гіперацидності у 11,1% пацієнтів до тотальної гіпоацидності у 11,1% обстежених (табл. 3). У осіб після 60 років рН-метрія засвідчила виражену гіперацидність шлунка і стравоходу.

Якість життя хворих пацієнтів із ахалазією стравоходу. Для комплексного оцінювання віддалених результатів лікування та його ефективності було проведено анкетування хворих за опитувальником загального типу 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) [10]. Спостереження за хворими до операції показало, що жінки, і особливо похилого і старечого віку, сильно страждають від дисфагії регургітації, що суттєво знижує якість життя пацієнтів.

Результати анкетування засвідчили характер вікової залежності розвитку і прогресування захворювання. Найбільш значуще падіння показників якості життя відмічено щодо рольового функціонування (RРна 41,7 %), інтенсивності болю (ВР на 32,4 %), соціального функціонування (SF на 29,6 %), життєвої активності (VТ на 26,5 %) (табл. 4).

Значення інтегрального показника психічного компонента здоров'я (МН) між віковими групами 20-60 років і 61-80 років зменшилось

Таблиця 2
Ступінь езофагіту у пацієнтів із ахалазією стравоходу

Група	до 60 років				Σ		60 і більше				Σ	
Стать	Ч		Ж		абс.	%	Ч		Ж		абс.	%
Кількість	34		43		77	100,0	14		12		26	100,0
	абс.	%	абс.	%			абс.	%	абс.	%		
0	4	11,8	4	9,3	8	10,3	1	7,2	2	16,6	3	11,5
A	15	44,1	15	34,9	30	38,9	5	3,6	5	41,7	10	38,5
B	9	26,5	8	18,6	18	23,3	7	50,0	1	8,4	8	30,7
C	6	17,6	10	23,2	16	20,7	1	7,2	3	25,0	4	15,4
D	-		6	14,0	6	7,8			1	8,4	1	3,9

Таблиця 3
Результати рН-метрії шлунку у хворих із ахалазією стравоходу

Група	рН	Рівень ацидності	Стравохід		Шлунок	
			абс.	%	абс.	%
до 60 років	0,62-1,0	Виразена гіперацидність	1	11,1	1	11,1
	0,09-1,88	Абсолютна виразена гіперацидність	1	11,1	2	22,2
	1,32-2,04	Нормоацидність	2	22,2	2	22,2
	2,4-3,56	Абсолютна помірна гіпоацидність	1	11,1	2	22,2
	1,76-4,12	Помірна гіпоацидність	3	33,3	1	11,1
	5,44-6,80	Тотальна гіпоацидність	1	11,1	1	11,1
60 і більше	0,64-1,28	Виразена гіперацидність	1	100,0	1	100,0



на 16,3 %, а фізичного компонента здоров'я (РН) на 17,5 %. Різке зниження фізичного і психічного стану респондентів обумовлено наявністю супутнього застійного езофагіту і рідких проявів дисфагії та регургітації, при яких провідною скаргою був гнітючий біль.

Таблиця 4

Показники якості життя обстежених пацієнтів

Показник Шкали SF-36	Група хворих	
	до 60 років	60 і більше
Фізичне функціонування (PF)	94,8±1,9	80,0±7,5*
Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (RP)	92,2±6,2	53,7±12,4*
Інтенсивність болю (BP)	82,1±5,4	55,5±7,7*
Загальний стан здоров'я (GH)	88,1±5,4	68,9±6,3*
Життєва активність (VT)	76,5±2,9	56,2±5,2*
Соціальне функціонування (SF)	91,6±4,8	64,5±5,9*
Рольове функціонування обумовлене емоційним станом (RE)	96,3±3,7	61,0±13,2*
Психічне здоров'я (MH)	77,4±1,5	67,6±4,3*
Фізичний компонент (PH)	54,8±1,9	45,2±3,3*
Психічний компонент (MH)	53,5±1,2	44,8±3,1*

Примітка. * достовірно до групи осіб віком до 60 років ($P < 0,05$)

Загальноклінічне обстеження пацієнтів засвідчило тенденцію більш тяжкого перебігу захворювання, необхідність проведення комплексного обстеження пацієнтів АС

похилого віку, особливо у осіб коморбідних станів. Виявлена висока частота «застарілих» стадій захворювання, гіперацидності і езофагіту у категорії геріатричних хворих визначає необхідність їх ретельного обстеження. Атиповий перебіг захворювання і стерта симптоматика у хворих із ерозивним застійним езофагітом в сукупності з тяжкими структурними змінами слизової оболонки стравоходу і шлунку визначають необхідність частіше використовувати ендоскопічне дослідження верхнього відділу шлунково-кишкового тракту з біопсією у пацієнтів старечого віку.

Висновки

Типовими і багаторазово описаними клінічними симптомами ахалазії стравоходу є дисфагія, біль нижньої та середньої третини грудни і регургітація. Показник якості життя у хворих на ахалазію стравоходу, а також стадії захворювання і езофагіту погіршуються з віком, особливо у осіб 69-80 років. Всім хворим, особливо похилого віку, необхідне проведення ендоскопічного дослідження для виявлення супутнього езофагіту та ускладнень з подальшим прийняттям тактики відповідного хірургічного лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Выбор показаний к проведению эндолюминальных баллонных дилатаций пищевода при хирургическом лечении ахалазии кардии / Н. Н. Велигоцкий, А. В. Горбулич, И. В. Тесленко [и др.] // Харк. хірург. школа. — 2008. — № 4. — С. 9–11.
2. Давыдкин В. И. Синдром дисфагии и хирургические заболевания пищевода : учеб. пособие / В. И. Давыдкин. — Саранск : Изд-во Мордов. ун-та, 2012. — 79 с.
3. Назарова Е. Н. Традиционное рентгенологическое исследование в диагностике и на этапах лечения ахалазии пищевода / Е. Н. Назарова, А. В. Фролов, Г. А. Сташук // Вестн. рентгенологии и радиологии. — 2007. — № 4. — С. 23–29.
4. Непухолевые заболевания пищевода / П. Д. Фомин, В. В. Грубник, В. И. Никишаев, А. В. Малиновский. — К. : Бизнес-Интеллект, 2008. — 303 с.
5. Черноусов А. Ф. Лечение кардиоспазма и ахалазии кардии пневмокардиодилатацией / А. Ф. Черноусов, А. Н. Гаджиев, А. Л. Шестаков // Анналы хирургии. — 2000. — № 3. — С. 50–53.
6. Esophageal cancer in esophageal diverticula associated with achalasia / A. R. Choi, N. R. Chon, Y. H. Youn [et al.] // Clin. Endosc. — 2015. — Vol. 48, N 1. — P. 70–73.
7. A rare manifestation of achalasia: huge esophagus causing tracheal compression and progressive dyspnea / B. Genc, A. Solak, I. Solak, M. SerkanGur // Eurasian J. Med. — 2014. — Vol. 46, N 1. — P. 57–60.
8. Evaluation of proton pump inhibitor-resistant nonerosive reflux disease by esophageal manometry and 24-hour esophageal impedance and pH monitoring / O. Kawamura, H. Hosaka, Y. Shimoyama [et al.] // Digestion. — 2015. — Vol. 91, N 1. — P. 19–25.
9. Ishaq S. Treatment of achalasia: the role of laparoscopic cardiomyotomy needs to be emphasized / S. Ishaq // Am. J. Gastroenterol. — 2004. — Vol. 99, N 11. — P. 2278–2279.
10. Jenkinson C. Short form 36 (SF36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age / C. Jenkinson, A. Coulter, L. Wright // BMJ. — 1993. — Vol. 306, N 6890. — P. 1437–1440.



ВОЗРАСТНЫЕ
И ГЕНДЕРНЫЕ
ОСОБЕННОСТИ АХАЛАЗИИ
ПИЩЕВОДА

*П. Д. Фомин, В. В. Грубник,
А. В. Малиновский,
А. К. Курбанов*

AGE AND GENDER
FEATURES OF ESOPHAGEAL
ACHALASIA

*P. D. Fomin, V. V. Grubnik, A.
V. Malinovsky, A.K.Kurbanov*

Резюме. В статье приведен 30-летний опыт диагностики ахалазии пищевода I-IV стадии. Описан алгоритм диагностических мероприятий, возрастные и гендерные особенности развития заболевания. Анализ клинического обследования показали обострение симптомов заболевания с возрастом, прогрессирование эзофагита, изменений кислотности желудка и пищевода, ухудшение качества жизни пациентов.

Ключевые слова: *ахалазия пищевода, диагностика, возраст.*

Summary. The article presents 30 years' experience of diagnosis of esophageal achalasia I-IV stage. The algorithm of diagnostic measures, age and gender features of the disease were analyzed. Clinical examination showed exacerbation of symptoms with age, esophagitis progression, changes the acidity in stomach and esophagus, deterioration quality of life.

Key words: *esophageal achalasia, diagnosis, age.*