DOI 10.29254/2077-4214-2018-1-1-142-182-186
УДК 617.55-089.844-089.12

Стороженко О. В.

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИМИ ГРИЖАМИ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ТА ОЖИРІННЯМ

Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)
storozh75@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Робота є фрагментом НДР: Особливості етіології, патогенезу, клінічного перебігу гострих та хронічних хірургічних захворювань, удосконалення діагностики та лікувальної тактики. Державний реєстраційний номер 0113U001514.

Вступ. Проблема хірургічного лікування післяопераційних гриж черевної стінки (ПОГЧС) залишається актуальною, незважаючи на значний прогрес в діагностиці та лікуванні даної патології та потребує пошуку і розробки нових методів її корекції.

ПОГЧС спостерігають у 8-14% хворих після оперативного втручання на органах черевної порожнини, а у хворих з ожирінням відсоток збільшується до 20%. Незважаючи на широке впровадження сучасних безнатяжних методів герніопластики, частота рецидивів становить майже 50% [2,3].

За даними епідеміологічних досліджень, проведених у різних країнах світу, в останні десятиріччя спостерігають збільшення частоти виявлення надмірної маси тіла та ожиріння серед населення [7]. Схильність пацієнтів з ожирінням до грижоутворення зумовлена початково підвищеним внутрішньочеревним тиском, що створює підвищене навантаження на шовну нитку, якою зближують краї рани, вона прорізує тканини, навколо неї формується зона некрозу, а в подальшому – неспроможність швів. Наявність іноді значного шкірно-жирового «фартуха» також створює додаткове постійне статичне навантаження на апоневроз, зумовлює перерозтягнення прямих м'язів живота, апоневротичних і фасціальних шарів черевної стінки [2-6]. Ставлення до необхідності його видалення у хірургів неоднозначне: деякі вважають виконання дерматоліпектомії симультанно з герніологічним втручанням виправданим і необхідним, інші – навпаки, впевнені, що це лише збільшує тривалість операції, розміри ранової поверхні, підвищує ризик виникнення локальних ускладнень [1,6].

Внаслідок збільшення тривалості життя, вдосконалення діагностичних технологій збільшилася кількість пацієнтів, у яких виявляють по 2-3 супутніх хірургічних захворювання. Успіхи сучасної анестезіології, реаніматології, хірургії сприяли збільшенню частоти виконання симультанних операцій (СО) [4]. Оперативне лікування пацієнтів з поєднаними хірургічними захворюваннями є складною проблемою. Сучасні досягнення хірургії дозволяють виконувати все більш складні втручання без суттєвого підвищення ризику для життя пацієнта. До таких втручань належать СО, які виконують на двох чи кількох органах з приводу різних хірургічних захворювань. В останні роки з погіршенням загальних умов життя у 20-30% пацієнтів, яких госпіталізують до хірургічного стаціонару, виявляють поєднані захворювання органів черевної порожнини. У більшості таких хворих можуть бути встановлені показання до симультанного виконання оперативних втручань. Це питання протягом останніх двох десятиріч інтенсивно обговорюється. Проте, в усіх публікаціях грижосічення вважали «симультанним», супутнім, а не основним втручанням. Вважаємо, що стандартний підхід до цього питання невиправданий, оскільки за наявності великої грижі черевної стінки нерідко основним втручанням є грижосічення. Найважливішою умовою здійснення СО з приводу ПОГЧС є можливість їх виконання з використанням одного доступу. Потреба у виконанні СО, як правило, дуже велика, оскільки, оперуючи в два етапи, хірург вимушений руйнувати проведену раніше герніопластику, що небажано. У найближчий час після здійснення герніопластики 15-19% пацієнтів оперують повторно з приводу інших хірургічних захворювань. Це визначає актуальність проблеми СО [5,6].

Про оцінку можливості виконання СО у цих пацієнтів, вибір раціонального доступу та послідовність здійснення маніпуляцій на різних органах повідомлень немає.

Мета дослідження: оцінка ефективності виконання симультанних оперативних втручань в комплексному лікуванні післяопераційних гриж черевної стінки у хворих на ожиріння.

Об'єкт і методи дослідження. За період з 2003 по 2017 р. у хірургічній клініці СО з приводу ПОГЧС, поєднаної з хірургічним захворюванням інших органів, виконані у 113 пацієнтів. Вік хворих від 27 до 74 років, у середньому 55 років, більшість з них – працездатного віку, що надає цій проблемі не тільки медичного, а й соціально-економічного значення. Жінок було 111 (98,2%), чоловіків – 2 (1,8%). У плановому порядку оперовані 108 (95,6%) хворих, за невідкладними показаннями – 5 (4,4%). В усіх хворих виявлене ожиріння різної вираженості. Супутні та пов'язані з ожирінням захворювання (гіпертонічна хвороба, кардіосклероз, атеросклероз, цукровий діабет та ін.) діагностовані у 88 (77,9%) пацієнтів, в тому числі у 27 (23,9%) – захворювання органів черевної порожнини (фіброміома матки – у 9, хронічний калькульозний холецистит – у 5, хронічний апендицит – у 6, кіста яєчника – у 5, виразкова хвороба

– у 2). У більшості хворих встановлене ожиріння, з деформацією черевної стінки, що потребувало хірургічної корекції, виявлено у 106 (93,8%) пацієнтів. Маса тіла становила від 90 до 160 кг, у середньому (112,3 ± 4,5) кг, індекс маси тіла – від 29,8 до 58,4 кг/м^2. Усім цим хворим проводили передопераційну підготовку під час якої розширювали стандарт передопераційного обстеження для діагностики поєднаних інтраабдомінальних захворювань, що потребували хірургічної корекції. Застосовували клінічне дослідження хворих, лабораторні дослідження біологічних рідин, інструментальні методи дослідження (рентгенологічні методи, комп'ютерна томографія, ультразвукове дослідження, фіброгастродуоденоскопію), огляд пацієнток гінекологом. Особливу увагу приділяли обстеженню органів серцево-судинної та дихальної систем. Проводились електрокардіографія, флюорографія, визначення функції зовнішнього дихання, при необхідності – доплерографія серця та магістральних судин, обстеження вен нижніх кінцівок. Результати дозволяли уточнити діагноз, встановити наявність супутньої патології. Індекс маси тіла обчислювали за формулою Кетле.

Результати дослідження та їх обговорення. Проаналізований досвід виконання СО у пацієнтів з ПОГЧС, поєднаною з хірургічними захворюваннями інших органів. Поряд з грижосіченням у 113 пацієнтів виконані операції з приводу 144 поєднаних захворювань: у 18 (15,9%) хворих СО виконували з приводу трьох, у 6 (5,3%) – понад трьох поєднаних захворювань. Одночасно з грижосіченням холецистектомія здійснена 4 хворим, надпіхвова ампутація матки – 8, апендектомія – 6, видалення кісти яєчника – 5, дерматоліпектомія – 106, резекція тонкої кишки – 2, втручання з приводу непрохідності товстої кишки – 1, грижосічення з приводу поєднаної грижі – 12. Техніка виконання СО не відрізнялася від загальноприйнятої. Найчастіше одночасно з грижосіченням виконували абдомінопластику з дерматоліпектомією передньої черевної стінки – у 106 (93,8%) хворих. У значної частини цих хворих грижові ворота були розташовані у підчеревній та середній ділянках живота, спостерігали значне потовщення підшкірної основи в нижній частині живота, який мав форму «висячого фартуха», або «відвислого живота». Визначаючи показання до виконання СО, брали до уваги вираженість ожиріння, особливості його клінічного перебігу, супутніх та зумовлених ним захворювань. У жінок з супутнім ожирінням найбільш частим захворюванням, яке потребувало оперативного лікування, була патологія матки та її придатків (кістозні зміни яєчників). Для запобігання виникненню ускладнень кістозних утворів яєчників, переродження доброякісної пухлини матки та придатків у злоякісну, СО на жіночих статевих органах виконані у 13 (11,5%) пацієнток. З приводу хронічного апендициту симультанна апендектомія виконана у 6 (5,3%) хворих. Її здійснювали лише за наявності чітко виражених макроскопічних змін у червоподібному відростку чи його травматизації під час ревізії. З приводу жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) симультанна холецистектомія виконана у 4 (3,5%) хворих. Потреба здійснення симультанної холецистектомії (навіть за безсимптомного перебігу ЖКХ) визначається загрозою виникнення ускладнень холециститу після операції, складним його діагностуванням у хворих з ожирінням, а також складністю та небезпечністю подальшого оперативного втручання на жовчовивідних шляхах. СО при поєднанні грижі різної локалізації виконані у 12 (10,6%) хворих, в тому числі з приводу пупкової грижі – у 8 (7%), пахвинної – в 2 (1,8%), параумбілікальної – в 1 (0,9%), ПОГЧС після виконання апендектомії – в 1 (0,9%). Для виявлення поєднаного з грижею захворювання застосовували всі показані методи клінічної та інструментальної діагностики. Проте, проведення до виконання операції ретельного обстеження пацієнта не завжди дозволяло виявити поєднане захворювання і планувати обсяг операції. Тому обстеження хворого до операції не виключало інтраопераційну ревізію черевної порожнини. Такі операції майже завжди мають ознаки повторного втручання на органах черевної порожнини. У 95 (84%) хворих під час виконання операції виявлені виражені спайки, тому ревізія у них була ускладненою, але незважаючи на це, обов'язковим етапом операції вважаємо розділення спайок між органами в грижовому мішку та його стінками і краями грижових воріт, а також роз'єднання зрощених органів черевної порожнини для усунення ознак хронічної непрохідності кишечника. При лікуванні великої ПОГЧС слід акцентувати увагу на доопераційній діагностиці, оскільки внаслідок наявності великої кількості зрощень, здійснення ревізії під час виконання операції часто ускладнене і без достатніх підстав небажане через збільшення травматичності і ризику втручання. Суттєвою особливістю СО з приводу ПОГЧС є вибір доступу, що визначає успіх операції. Обираючи хірургічний доступ для виконання СО, ми намагалися керуватися потребами герніопластики. Послідовність виконання етапів операції визначали, зважаючи на важливість кожного з них, можливості скорочення тривалості втручання, дотримання правил асептики. У 106 (93,8%) хворих з ПОГЧС і «відвислим животом» значних розмірів здійснена абдомінопластика з дерматоліпектомією – розширеним оперативним доступом за Фернандесом та Берсоном. Лінію розрізу визначали перед операцією у положенні хворого лежачи так, щоб вона проходила на 2 см вище та паралельно пахвинним складкам, на 3-4 см вище лобкової складки та на 2-3 см латеральніше від клубових гребнів. За допомогою пальпації визначали надлишки жирової тканини з обох боків від клубових гребнів до початку формування шкірно-жирової складки та можливість зшивання тканин без натягу. Потім остаточно визначали величину розрізу у положенні хворого стоячи. У 101 (89,4%) хворого при локалізації грижових воріт у середній та підчеревній ділянках використаний розріз за Фернандесом, у 5 (4,4%) за низької локалізації грижових воріт у лобковій ділянці – за Берсоном, що є модифікованим доступом за Фернандесом. Особливістю його є наявність V-подібного розрізу довжиною 4-5 см у нижній частині по серединній лінії, гострий кут якого розпочинається відразу над лобком [3,4,6]. Проте, часто, незважаючи на попередні вимірювання (з огляду на

рухомість підшкірної основи) величини майбутніх розрізів, нижній край рани виявляється довшим за верхній, а при зшиванні різних за довжиною країв рани на довшому завжди утворюються «лишки» шкіри. З метою усунення цих недоліків у 25 (22,1%) хворих, на відміну від стандартного доступу Берсона, ми виконували два V-подібні розрізи на нижньому краї рани, симетрично з обох боків від середньої лінії. Використання розробленої нами методики (патент України на корисну модель № 112747 від 26.12.2016 р.) дозволило досягти не тільки максимального естетичного ефекту (завдяки кращому співставленню тканин), а й значно зменшити ймовірність появи місцевих післяопераційних ускладнень. У 7 (6,2%) хворих при локалізації грижового мішка в середній ділянці живота без «відвислого живота» використали доступ, найбільш зручний для виконання обох втручань. СО на органах черевної порожнини виконували з використанням герніолапаротомного розрізу, окремий оперативний доступ для кожного етапу СО застосовували тільки при поєднанні гриж – у 2 (1,8%) хворих. Основні етапи СО здійснені за стандартними методами, специфічні ускладнення під час їх виконання не спостерігали. Спосіб герніопластики вибирали беручи до уваги розмір, локалізацію, стан грижових воріт і тканин черевної стінки, вік, загальний стан пацієнта, рецидиви і ускладнення, а також рівень внутрішньочеревного тиску (ВЧТ). Рівень ВЧТ вимірювали до виконання розрізу в наркозі. Цю величину брали за базовий рівень. Вивчення ВЧТ інтраопераційно виконувалося шляхом моделювання підвищеного ВЧТ під час тесту адаптацій. Для цього виділяли грижовий мішок, занурювали його вміст у черевну порожнину та співставляли краї апоневрозу в медіальному напрямку до їх максимально зближення. Таким чином ми моделювали кінцевий результат пластики черевної стінки. У 33 (29,2%) пацієнтів із ПОГЧС W1 та незначними змінами тканин і без рецидивів застосовували автопластичні методи закриття грижових воріт. У 80 (70,8%) хворих із ПОГЧС W2, W3 та W4 і за наявності рецидиву, боковою локалізацією грижі – алопластичні методи із використанням поліпропіленової сітки. Найбільш поширеною методикою імплантації сітки був спосіб алопластики sublay із заведенням сітки на 4 см за краї грижових воріт і фіксацією її окремими вузловими швами, застосований у 78 (69%) хворих. Герніопластику за методом onlay виконували як вимушену, в ургентних випадках та при ригідних краях дефекту у 2 (1,8%) хворих. Коригуючі операції виконуємо при умовах неможливості виконання реконструкції з різних причин. Методику inlay не застосовували, так як у більшості пацієнтів очеревина витончена, легко травмується, тому виникає значний ризик контактування протезу із внутрішніми органами, що вкрай небезпечно. Важливого значення під час абдомінопластики з дерматоліпектомією у хворих із ПОГЧС та ожирінням надавали профілактиці післяопераційних ускладнень. Операцію завершували активним дренуванням місця пластики за Редоном протягом 4-5 діб, перед зашиванням операційної рани її промивали розчином декасану. При розміщенні дренажів в рані дотримувались наступних принципів: дренажі розташовувались строго над протезом, довжина дренажу співпадала з довжиною відсепарованих ділянок рани, кількість 2 і більше, діаметр просвіту дренажу не менше 5 мм. Рану зашивали пошарово. Зважаючи на можливість «дрімаючої інфекції» після попередніх оперативних втручань, пацієнти отримували антибіотикопрофілактику (цефалоспорини 2-3-го покоління).

У профілактиці післяопераційних ускладнень важливим є правильне обгрунтування показань до виконання СО, ощадливе здійснення всіх її етапів, проведення адекватної післяопераційної терапії з обов'язковим використанням антикоагулянтів. При поєднанні ПОГЧС та ожиріння підвищується ризик виникнення тромбоемболічних ускладнень. В обов'язковому порядку всім хворим проводили заходи, щодо попередження тромбоемболічних ускладнень у вигляді еластичного бинтування гомілок та застосовували низькомолекулярні гепарини (фраксипарин, клексан), що використовували в дозі 0,3 мл на добу одноразово перед операцією та в післяопераційному періоді до повного відновлення рухової активності хворого протягом 5-7 днів. Час дренування залежав від кількості виділень. В ранньому післяопераційному періоді хворим вдягали еластичні бандажні пов'язки для іммобілізації черевної стінки, а також для попередження сером, гематом та лімфореї. Загоєння ран після великих за обсягом операцій із видаленням шкірно-жирового клаптя на значній ділянці містить ризики розвитку в ранньому післяопераційному періоді місцевих ускладнень: серома виявлена у 3 (2,6%) хворих, гематома післяопераційної рани у 3 (2,6%), нагноєння рани у 2 (1,8%), частковий некроз країв шкіри у 2 (1,8%) хворих. Одна хвора померла після автопластики рецидивної ПОГЧС внаслідок каскадних явищ супутньої серцевої патології. Вивчаючи віддалений (від 1 до 5 років) результат хірургічного лікування за даними анкетування та обстеження, рецидив грижі виявили у 2 (1,8%) хворих.

Висновки. Таким чином, підтверджена ефективність виконання СО у хворих з ПОГЧС та ожирінням в умовах добре оснащеного хірургічного стаціонару. Здійснення СО не спричиняє тяжких ускладнень, переноситься хворим не важче, ніж етапні оперативні втручання, не супроводжується значним збільшенням частоти післяопераційних ускладнень, тому показання до них доцільно розширювати. Обґрунтоване проведення СО при виявленні ПОГЧС в поєднанні з хірургічними захворюваннями інших органів є перспективним напрямком у хірургії, забезпечує високу медико-соціальну та економічну ефективність лікування хворих.

Перспективи подальших досліджень. Продовжити дослідження по оптимізації хірургічного лікування післяопераційних гриж черевної стінки у хворих з ожирінням із використанням баріатричних оперативних втручань.

Література

1. Dronov OI, Roshchyna LO, Fedoruk VI, Fedoruk PV, Shvets YuP. Abdominolplastyka: istoriia ta evoliutsiia metodiv. Khirurhiia Ukrainy. 2011 Ver;3(39):78-81. [in Ukrainian].
2. Kondratenko BM. Vybir taktyky likuvannia khvorykh z pryvodu pisliaoperatsiinoi hryzhi perednoi cherevnoi stinky z suputnim ozhyrinniam. Klinichna khirurhiia. 2015 Serp;8(876):13-6. [in Ukrainian].
3. Lavryk AS, Usenko OIu, Tyvonchuk OS, Manoilo MV, Kondratenko BM. Osoblyvosti khirurhichnoho likuvannia rubtsevykh hryzh u khvorykh z ozhyrinniam ta nadlyshkovoiu masoiu tila. Ukrainskyi zhurnal khirurhii. 2011 Serp;4(13):186-9. [in Ukrainian].
4. Lysenko RB. Vykonannia symultannykh operatsii pry aloplastytsi skladnykh defektiv cherevnoi stinky. Klinichna khirurhiia. 2016 Lyp;7(888): 15-7. [in Ukrainian].
5. Storozhenko OV, Lihonenko OV, Dihtiar II, Zubakha AB, Chorna IO, Shumeiko IA. Kompleksne likuvannia khvorykh iz pisliaoperatsiinymy hryzhamy cherevnoi stinky ta ozhyrinniam. Aktualni problemy suchasnoi medytsyny. 2013 Kvit 13;1(41):170-2. [in Ukrainian].
6. Storozhenko OV. Khirurhichna taktyka pry poiednanni pisliaoperatsiinoi hryzhi cherevnoi stinky z inshymy zakhvoriuvanniamy orhaniv cherevnoi porozhnyny u patsiientiv z ozhyrinniam. Klinichna khirurhiia. 2002 Kvit;4(710):30-3. [in Ukrainian].
7. Usenko OIu, Manoilo MV, Kondratenko BM. Osoblyvosti khirurhichnoho likuvannia rubtsevykh hryzh u khvorykh na ozhyrinnia. Klinichna khirurhiia. 2010 Ser;8(809):38-9. [in Ukrainian].

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИМИ ГРИЖАМИ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ТА ОЖИРІННЯМ

Стороженко О. В.

Резюме. Узагальнений досвід виконання симультанних операцій (СО) у 113 хворих на ожиріння, поєднане з післяопераційною грижею черевної стінки (ПОГЧС). У плановому порядку оперовані 108 хворих, за невідкладними показаннями – 5. Запропонований підхід до вибору методу та обсягу оперативного втручання. Обгрунтоване виконання симультанних операцій з приводу післяопераційної грижі черевної стінки у пацієнтів з ожирінням та іншими захворюваннями органів черевної порожнини є перспективним напрямком хірургії, забезпечує високу медико-соціальну та економічну ефективність.

Ключові слова: післяопераційна грижа черевної стінки, ожиріння, поєднані хірургічні захворювання, симультанні операції, дерматоліпектомія.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ГРЫЖАМИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ И ОЖИРЕНИЕМ

Стороженко А. В.

Резюме. В статье представлен опыт выполнения симультанных операций (СО) у 113 больных с ожирением, которое сочеталось с послеоперационной грыжей брюшной стенки (ПОГБС). В плановом порядке оперированы 108 больных, по неотложным показаниям – 5. Предложен подход к выбору метода и объема оперативного вмешательства. Обоснованное выполнение симультанных операций по поводу послеоперационной грыжи брюшной стенки у пациентов с ожирением и другими заболеваниями органов брюшной полости является перспективным направлением хирургии, обеспечивает высокую медико-социальную и экономическую эффективность.

Ключевые слова: послеоперационная грыжа брюшной стенки, ожирение, сочетанные хирургические заболевания, симультанные операции, дерматолипэктомия.

THE TREATMENT OF PATIENTS WITH POSTOPERATIVE ABDOMINAL WALL HERNIA AND OBESITY

Storozhenko O. V.

Abstract. Experience of simultaneous operations performance in 113 patients with morbid obesity coexistent with postoperative abdominal wall hernia (POAWH) was summarized. In the planned order 108 patients were operated on and for urgent indications – 5.

Deformation of the abdominal wall, which required surgical correction, detected in 106 (93,8%) patients. Using differentiated approach allowed not only to firmly close a variety of localization and size of defects, at the same time eliminate the associated diseases that require surgical treatment, avoiding reoperations and associated complications, emotional and financial burden.

The approach was proposed for the choice of method and volume of operative intervention. To improve the results of surgical treatment of patients with ventral hernias and obesity a methodology based on comprehensive prevention of postoperative wound complications at all stages of the perioperative period have been proposed and used. According to the analysis of postoperative period it was managed to reduce the number of wound complications in patients.

Results of abdominoplasty conduction in 206 patients were analysed. Early postoperative complications are studied and methods of their prophylaxis are elaborated. Minimization of the local complications rate was achieved due to estimation of the anterior abdominal wall state, rational combination of dermolipectomy and liposuction, prophylaxis of microcirculation disorders. In detailed analysis of remote, first of all, esthetic results of the anterior abdominal wall plasty we have concluded about necessity of the state estimation of surrounding anatomic structures. While planning and conduction of the anterior abdominal wall plasty it is mandatory to take into account the pubis subcutaneous layer width, as well as lateral regions of abdominal wall, pelvis and costal arcs, the form and localization of costal arcs, especially of XII rib and a vertebralcolumn form. Such approach have secured the operation esthetic level raising, reduction of local complications rate, permitted more trustworthy to prognosticate

the outcome. The appropriateness for combining dermatolipectomy and allohernioplasty with the latest polymeric material in obese patients with hernia of abdominal wall has been substantiated.

The substantiated performance of simultaneous operations for POAWH in patients with morbid obesity and other diseases of abdominal cavity organs constitutes the perspective trend in surgery, secures high medical-social and economic efficacy.

Key words: postoperative abdominal wall hernia, obesity, coexistant surgical diseases, simultaneous operations, dermatolipectomy.

Рецензент – проф. Лігоненко О. В.

Стаття надійшла 18.01.2018 року

DOI 10.29254/2077-4214-2018-1-1-142-186-189

УДК 612.115:[616.61-008.64-036.17-78:616.36-002.14(B+C)]

Сторожук О. Б., Селєзньова І. Б., Сторожук Л. О., Сторожук Б. Г., Довгалюк Т. В.

ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ З ХХН V Д СТАДІЇ, ЩО ЛІКУЮТЬСЯ ПРОГРАМНИМ ГЕМОДІАЛІЗОМ, ТА ІНФІКОВАНІ ВІРУСАМИ ГЕПАТИТІВ В І С

Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів

Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова (м. Вінниця)

reab@ukr.net

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Робота є фрагментом науково-дослідної роботи «Обґрунтувати наукові підходи до визначення складових реабілітаційного потенціалу у хворих на хронічну хворобу нирок I-V Д, Т», державний реєстраційний номер 0116U001421.

Вступ. Вважається, що найбільш значні порушення в системі гемостазу спостерігаються у хворих з хронічним гломерулонефритом, що лікуються програмним гемодіалізом [4]. При цьому порушення в системі гемостазу стосуються як морфологічних (пептиди, гормони), так і функціональних компонентів (про- та антикоагулянтів). Останнє пов'язано з регуляційною функцією нирок (виділення в кров факторів VII, VIII, IX, X та тромбопластину, а також гепарину, урокінази, тканинного активатора плазміногену та ін.). Відомо також, що нирки здатні поглинати та каталізувати фібриноген та фактор XII.

Одним із коморбідних станів у хворих хронічною хворобою нирок (ХХН) V Д стадії, що лікуються програмним гемодіалізом, є хронічні вірусні гепатити. Ця супутня патологія ускладнює перебіг основного захворювання за рахунок додаткової ендотоксемії та посилення процесів хронічного запалення [2]. За даними літератури у хворих, що перебувають на гемодіалізі більше 5 років, виявлення антитіл до гепатиту С становить більше 45%, а до гепатиту В – більше 16%, і ці показники пропорційно збільшуються зі строком перебування на гемодіалізі [5]. Вважається, що захворювання на вірусний гепатит супроводжується гіпокоагуляцією та потребує корекції дози гепарину.

На сьогоднішній день в клінічній практиці не існує чітких методичних рекомендацій з лабораторної діагностики тромбофілій та контролю ефективності антикоагулянтної терапії у даної категорії хворих.

Відомо, що найбільш інформативними лабораторними методами діагностики порушень в системі гемокоагуляції є визначення специфічних маркерів активації коагуляційного каскаду, основними з яких є розчинний фібрин та Д-димер [3]. Підвищення рівня розчинного фібрину свідчить про активацію системи зсідання крові за рахунок збільшення кількості тромбіну в кров'яному руслі. Одночасне ж його визначення з Д-димером є констатацією наявності або відсутності балансу між накопиченням розчинного фібрину та його деградацією. Окремо визначений Д-димер не завжди є специфічним і може характеризувати не стільки процес тромбоутворення, скільки фібринолізу.

Однією з ключових ланок в механізмі антикоагуляції є протеїн-С-вітамін-К залежний глікопротеїн, який активується на тромбогенний стимулятор та інактивує фактори зсідання Va, Villa та Xa і тромбін. Інший глікопротеїн, і також вітамін-К залежний, який стоїть на шляху з'єднання зовнішнього та внутрішнього процесу зсідання після його активації, є фактор X. В доступній літературі нами не знайдено даних щодо співвідношень розчинний фібрин – Д-димер, протеїн-С – фактор X у хворих з ХХН V Д стадії, що перебувають на програмному гемодіалізі та інфіковані вірусами гепатиту В і С.

Мета дослідження. Вивчити особливості стану системи гемостазу у хворих ХХН V Д стадії, що перебувають на програмному гемодіалізі та інфіковані гепатитом В та С, для прогнозування тромботичних ускладнень та контролю ефективності антитромботичної терапії.

Об'єкт і методи дослідження. Обстежено (за інформованої згоди) 88 хворих, що перебувають на програмному гемодіалізі з приводу ХХН V Д стадії, на тлі хронічного гломерулонефриту, віком від 26 до 65 років. Середній строк перебування на гемодіалізі становив 7,41±1,01 року. У хворих одночасно визначали рівень в плазмі крові розчинного фібрину, Д-димеру, протеїну-С та фактору X зсідання крові. Забір крові проводили перед гемодіалізом, натщесерце з лік-