

факторы, определяющие их формирования, в частности стресса. Государство заботясь о здоровье нации внедряет систему «семейный врач - пациент», основой которой является своевременное выявление всех факторов, влияющих на здоровье человека. Таким образом, внедрение оптимизированной модели первичной медицинской помощи с учетом ранней диагностики, лечения, реабилитации и индивидуальной профилактики нарушений психического здоровья у больных с соматическими заболеваниями - является актуальным и обоснованным. Данные результатов исследования вполне могут быть базисом для создания новых программ, комплексных мероприятий по выявлению, лечению, профилактике нарушений психики и поведения на первичном уровне оказания медицинской помощи в условиях современности.

**Ключевые слова:** первичная медицинская помощь, психическое здоровье, психосоматика, модель оптимизации ПМП, стресс.

Стаття надійшла 20.08.18 р.

factors determining their formation, in particular stress, have been identified. The state, taking care of the health of the nation, introduces the "family doctor-patient" system, which is based on the timely detection of all factors affecting human health. Thus, the introduction of an optimized model of primary care, taking into account early diagnosis, treatment, rehabilitation and individual prevention of mental health disorders in patients with somatic diseases, is relevant and well-grounded. The results of the study can be a basis for the creation of new programs, comprehensive measures for the detection, treatment, prevention of mental disorders and behavior at the primary level of provision of medical care in the present.

**Key words:** primary health care, mental health, psychosomatics, model for optimizing primary health care, stress.

Рецензент Голованова І.А.

DOI 10.26724/2079-8334-2019-2-68-79-82  
УДК 616.34-007.272

**І. В. Ксьонз, Д. А. Харченко, В. І. Ксьонз**  
Українська медична стоматологічна академія, Полтава

### КРІОАДАПТАЦІЯ СЕГМЕНТІВ КИШКИ ПРИ НАКЛАДАННІ АНАСТОМОЗУ У ХВОРИХ З КИШКОВОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ ПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ

e-mail: ivksonz@ukr.net

Проаналізовані результати хірургічного лікування 65 хворих з пухлинами товстої кишки, що викликали явища декомпенсованої кишкової непрохідності (КН). Середній вік хворих 65,2 роки. Радикально прооперовані з резекцією пухлини R0 - 20 хворих, у тому числі первинні реконструктивні операції проведені у 13 хворих. Різні види колюстом виконані у 21 хворого, у тому числі після резекції пухлини у 7. Проблемою накладання анастомозу у цих хворих є невідповідність діаметрів привідного та відвідного сегментів кишок, що в післяопераційному періоді може ускладнитись неспроможністю швів. Для створення відповідності діаметрів привідного та відвідного сегментів кишки використовували "кріоадаптацію" відділів кишки, на яких передбачалося накладання анастомозу. За допомогою кріоадаптації нами відновлена безперервність кишечника у 18 хворих. Неспроможності анастомозу або явищ анастомозиту не відмічено. Крім того, активне скорочення привідної петлі під впливом холоду є своєрідним тестом на відновлення моторики розтягнутої кишки. Використання «кріоадаптації» дозволяє значно зменшити кількість хворих з колюстомами, є соціально значущою, не дороговартісною операцією та простою у використанні.

**Ключові слова:** кишкова непрохідність, адаптивний анастомоз, кріоадаптація.

*Робота є фрагментом НДР «Удосконалення діагностики та лікувальної тактики при гнійно-запальних захворюваннях м'яких тканин, гострій та хронічній патології органів черевної порожнини. Прогнозування ускладнень та їх профілактика», № державної реєстрації 00184006953.*

Частота кишкової непрохідності (КН) товстого кишечника, викликана пухлинними генезом, коливається від 60 до 80% всіх КН [6]. Проблема відновлення неперервності товстого кишечника після резекції при непрохідності, яка спричинена пухлинним процесом залишається актуальною та багатофакторною та має велику соціальну значимість. Хворі, яким була накладена стома, як правило відмовляються від реконструктивних втручань, а наявність стоми значно знижує якість життя та соціальну адаптованість цієї групи хворих.[3] Важливою технічною задачею в корекції КН, є формування надійного кишкового співустя при вираженій різниці сегментів. Проблема відновлення прохідності кишечника – одна з найскладніших в сучасній абдомінальній реконструктивно – пластичній хірургії. Незважаючи на вдосконалення методик ручного кишкового шва, застосування нових біологічно інертних та атравматичних шовних матеріалів, механічного шва, різноманітних методів зміцнення і герметизації анастомозів, частота неспроможності кишкових швів складає 1,6 – 28,4% [4,10]. Післяопераційна летальність залишається досить високою і досягає 23,8% [1,8]. Складні ситуації для хірурга виникають за необхідністю з'єднання відділів кишки, що функціонує і тієї, що виключена з травлення. Багато вітчизняних хірургів віддають перевагу етапному лікуванню КН: накладання кишкових стом або розвантажувальних «Т-подібних» співусть [5]. Проте, деякі хірурги вважають формування первинного адаптованого анастомозу операцією вибору, мотивуючи це відсутністю гідродинамічного переваження вздовж лінії швів з ризиком їх неспроможності за будь-якої різниці діаметрів сегментів, що

зшиваються, а також більш раннім терміном відновлення перистальтики і можливістю повноцінного ентерального харчування. В цей же час гідродинаміка адаптованих анастомозів, відновлення функції ШКТ після операції недостатньо вивчено. Серед протипоказання до одномоментного відновлення неперервності товстого кишечника після його резекції з приводу КН в практичній роботі часто зустрічається невідповідність діаметрів привідного та відвідного відділів кишечника [7]. В зарубіжній літературі представлені результати успішного застосування первинних адаптованих анастомозів [9]. Проте не вирішені проблеми вибору варіанта адаптації - доцільності плікації проксимального чи адаптації дистального сегментів. М. Gündüz [11] рекомендує нову техніку накладання анастомозу при розширеній проксимальній частині кишечника, шляхом резекції дистальної частини з брижового краю під кутом  $0^\circ$  залишаючи 4мм. стінки кишечника і продовжуючи розсічення під кутом  $30^\circ$  до протибрижового краю. Закінчуючи накладанням анастомозу дворядним вузловим швом Vicryl 5/0. Проблемами при накладанні стоми є - збільшення загального часу оперативного втручання, необхідності другого етапу реконструкції, відстрочення анастомозу, збільшення часу перебування хворого в стаціонарі та зменшення якості життя. При аналізі літературних даних, ми не зустрічали наукових даних щодо використання кріоадаптації проксимальних та дистальних сегментів кишечника під час накладання анастомозу. В той же час, охолодження ішемізованої кишки є патогенетично обґрунтованим, так як виникає розширення кишкових судин, збільшення електропровідності кишкової стінки та зменшення некрозу, зниження потреби тканин кишки в кисні [7].

**Метою** роботи було оптимізувати лікування хворих з пухлинами товстої кишки на основі кріоадаптації сегментів кишки під час накладання анастомозу.

**Матеріал і методи дослідження.** Проаналізовані результати хірургічного лікування 72 хворих з пухлинами товстої кишки, що викликали явища декомпенсованої КН. З аналізу виключено 7 хворих з діастатичними перфораціями товстої кишки, ішемічним некротичним колітом, які померли від токсико-септичного шоку в різні строки від моменту госпіталізації та проведеного оперативного втручання.

З 2000 року для створення відповідності діаметрів привідного та відвідного сегментів кишки використовували "кріоадаптацію" відділів кишки, на яких передбачалося накладання анастомозу

Методика полягає в наступному. Перед оперативним втручанням в морозильну камеру поміщують 400 мл. фізіологічного розчину; кишку резектують за допомогою апарату УКЛ з дотриманням онкологічних вимог і лімфодисекції в об'ємі D2; проксимальний відділ кишки звільняють від калових мас і газів шляхом "зціджування" або промивання за допомогою двопросвітного товстокишечного зонду, антеградного лаважу 2,5% розчином хлористого натрію кімнатної температури. Проводять імобілізацію частини кишки для накладання анастомозу по Г. В. Бондарю.

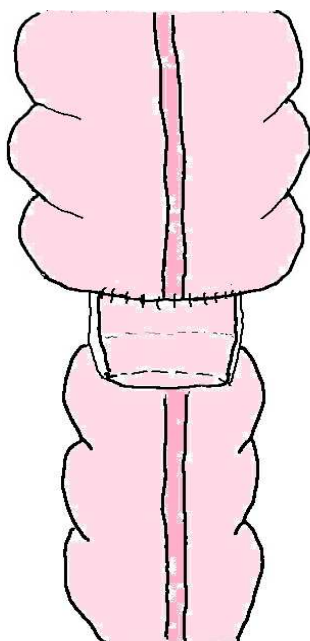


Рис. 1. Схема накладання кріоадаптованого товсто-товстокишкового анастомозу.

На проксимальний відділ кишки накладають серветку, яка попередньо змочена фізіологічним розчином  $+4 - +8^\circ\text{C}$ . Термін експозиції від 3 до 5 хвилин. Як правило діаметр проксимального сегменту кишки зменшується на  $1/3 - 1/2$  від початкового та стає порівняним дистальному, що дає змогу накласти анастомоз без технічних труднощів. Після проведених маніпуляцій накладаємо анастомоз по типу «кінець в кінець» по Г. В. Бондарю [11]. Остаточний вид кишки після накладання анастомозу нагадує перевернуту до гори дном пляшку з шийкою в області анастомозу (рис.1).

**Результати дослідження та їх обговорення.** У аналізованій групі з 65 хворих: жінок - 29, чоловіків - 36. Середній вік 65,2 роки, вік коливається від 46 до 87 років. Радикально прооперовані з резекцією пухлини R0 20 чоловіків, у тому числі первинні реконструктивні операції проведені у 13 хворих. Різні види колостом виконані у 21 хворого, у тому числі після резекції пухлини у 7. Серед жінок радикально прооперовано 17. Первинно-відновні операції виконано у 12 пацієнтів, колостоми після резекції пухлини накладено у 6.

Первинно-відновні операції проведені у 27 хворих (40,3%), з них за допомогою кріоадаптації у 18 (66,7%). З 27 хворих у 12 була IV стадія захворювання (канцероматоз, метастази

в печінку), що склало 4,4% усіх первинно-відновних операцій. До цього числа входять 2 хворих з синхронними пухлинами товстої кишки, яким виконані подвійні резекції з двома анастомозами. У хворих, яким проведена первинно-відновна операція, середній вік у чоловіків 61,4 року (від 46 до 84 років), у жінок 65,7 років (від 52 до 80 років). У чоловіків, яким були проведені стомуючі оперативні втручання середній вік склав 59,8 роки (від 52 до 80 років), середній вік жінок, яким були виведені товстокишкові стоми склав 74,9 роки (від 56 до 87 років). Померлих хворих після первинно-відновних оперативних втручань не було. Ускладнень з боку черевної порожнини і рани не відмічено.

За допомогою кріоадаптації нами відновлена безперервність кишечника у 18 хворих. Неспроможності анастомозу або явищ анастомозиту ми не спостерігали. Крім того, активне скорочення привідної петлі під впливом холоду є своєрідним тестом на відновлення моторики розтягнутої кишки. Невдала спроба по зменшенню діаметру відмічена у двох хворих, яким була накладена одностовольна колостома. Можливою причиною відсутності реакції кишкової стінки на холод є декомпенсація механізмів швидкої скорочувальної здатності кишечника.

Накладання кріоадаптивного анастомозу при кишковій непрохідності пухлинного генезу та невідповідності діаметрів привідного та відвідного сегментів кишки дозволяє зменшити післяопераційну летальність у даної категорії хворих, уникнути другого етапу хірургічного лікування по відновленню неперервності кишечника та покращити соціальну адаптованість та якість життя.

### Висновки

1. Використання «кріоадаптації» дозволяє значно зменшити кількість хворих з колостомами, є соціально значущою, не дороговартісною та простою у використанні.
2. Кріоадаптація у поєднанні з методикою накладення анастомозу по Г. В. Бондарю підвищує спроможність анастомозу при гострій товстокишковій непрохідності.

### Список літератури

1. Akhmetzyanov FSh, Valiyev NA, Samigullin AA. Khirurgicheskoye lecheniye raka tolstoy kishki, oslozhnennogo ostroy kishhechnoy neprokhodimost'yu. Voprosy onkologii. 2013; 3(59): 538. [in Russian]
2. Bondar GV, Kravtsova VN. Sposob formirovaniya tolstokishechnogo anastomoza. — A. s. 1034718 SSSR, MKI A61V 17/00. — publ. 15.08.83. — byul. № 30. [in Russian]
3. Gyulmamedov FI, Shlopov VG, Gyulmamedov PF, Mamedov NZ. Rekonstruktivno-vosstanovitel'nyye operatsii u bolnykh s ileokolostomoy. Moskva: 2001. 147-159. [in Russian]
4. Zakharenko AA, Babkov OV, Surov DA, Bezmozgin BG, Trushin AA, Ten OA. Lechebno – diagnosticheskiy algoritm okazaniya meditsynskoy pomoshchi bol'nym kolorektalnym rakom, oslozhnennym ostroy kishhechnoy neprokhodimost'yu. Voprosy onkologii. 2013; 59(3): 580. [in Russian]
5. Protasov AB, Sergeev AA. T-obraznyi anastomoz pri rake levoy poloviny obodochnoy kishki, oslozhnennom tolstokishechnoy neprokhodimost'yu. Moskovskiy khirurgicheskij zhurnal. 2011; 4(20): 48-51. [in Russian]
6. Radzikhovskiy AP, Belyayeva OA, Kolesnikov YeB, Boyko VV, Belozero IV, Mendel NA. Neprokhodimost kishhechnika: Rukovodstvo dlya vrachey. Radzikhovskiy AP – redaktor. Kiyev: Feniks; 2012. 504 s. [in Russian]
7. Kharchenko DA, Dubinskiy MV, Chayka VA, Khadzhi VM, Tyutyunnik VG, Vinograd MV. Krioadaptatsiya diametrov kishki pri ostroy neprokhodimosti. Klínichna khírurgíya. 2016; 11(2): 51-52 [in Russian]
8. Choy PY, Bissett IP, Docherty JG. Stapled versus handsewn methods for ileocolic anastomoses. Cochrane Database Syst Rev. 2011; 7(9): CD004320.
9. Eriksen MT, Wibe A, Norstein J. Anastomotic leakage following routine mesorectal excision for rectal cancer in a national cohort of patients. Colorectal Dis. 2005; 7: 51-57.
10. Fazio VW, Kiran RP, Remzi FH, Coffey JC, Heneghan HM. Ileal pouch anal anastomosis: analysis of outcome and quality of life in 3707 patients. Ann. Surg. 2013 Apr; 257(4): 679-685.
11. Gündüz M. A new anastomosis technique for intestinal diseases with proximal dilated segments. J Indian Assoc Pediatr Surg. 2016 Apr-Jun; 21(2): 90-92.

### Реферати

#### КРИОАДАПТАЦИЯ СЕГМЕНТОВ КИШКИ ПРИ НАЛОЖЕНИИ АНАСТОМОЗА У БОЛЬНЫХ С КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Ксєнз И.В., Харченко Д.А., Ксєнз В.И.

Проанализированы результаты хирургического лечения 65 больных с опухолями толстой кишки, вызванные явлениями декомпенсированной кишечной непроходимости (КН). Средний возраст больных 65,2 года. Радикально прооперированные с резекцией опухоли R0 - 20 больных, в том числе первичные реконструктивные операции проведены у 13 больных. Различные виды колостом выполнены у 21 больного, в том числе после резекции опухоли у 7. Проблемой наложения анастомоза у этих больных является несоответствие диаметров приводного и отводящего сегментов кишечника, что в послеоперационном

#### CRYOADAPTATION OF BOWEL SEGMENTS DURING THE APPLICATION OF ANASTOMOSIS IN PATIENTS WITH ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION OF TUMOR GENESIS

Ksonz I.V., Harchenko D.A., Ksonz V.I.

The results of surgical treatment of 65 patients with colon tumors with the phenomena of decompensated intestinal obstruction clinical manifestations have analyzed. Contingent of patients: women - 29, men - 36. The average age is 65.2 years, the age varies from 46 to 87 years. Radically operated with resection of the tumor R0 of 20 men, including primary reconstructive surgery performed in 13 patients. Different types of colostomy were performed in 21 patients, including after resection of the tumor in 7. Among women, radically operated 17. Primary-recovery

периоде может осложниться несостоятельностью швов. Для создания соответствия диаметров приводного и отводящего сегментов кишки использовали "криоадаптацию" отделов кишки, на которых предполагалось наложение анастомоза. С помощью криоадаптации нами восстановлена непрерывность кишечника у 18 больных. Несостоятельности анастомоза или явлений анастомозита не отмечено. Кроме того, активное сокращение приводящей петли под влиянием холода является своеобразным тестом на восстановление моторики растянутой кишки. Использование «криоадаптации» позволяет значительно уменьшить количество больных с колостомами, является социально значимой, а не дорогостоящей операцией и простой в использовании.

**Ключевые слова:** кишечная непроходимость, адаптивный анастомоз, криоадаптация.

Стаття надійшла 29.06.18 р.

operations in 12, colostomy after tumor resection imposed in 6.

With the help of cold adaptation, we restored the intestinal continuity in 18 patients. We did not observe the anastomosis or the anastomosis phenomena. In addition, the active reduction of the driving loop under the influence of cold is a peculiar test for the restoration of the motility of the stomach ulcer. An unsuccessful attempt to reduce the diameter was noted in 2 patients, who were imposed single-stranded colostomy. The reasons that the intestine did not react to the cold, we are not known. Perhaps this is due to decompensation of mechanisms of rapid contractile ability of the intestine.

**Keywords:** intestinal obstruction, adaptive anastomosis, cryoadaptation.

Рецензент Ляховський В.І.

DOI 10.26724/2079-8334-2019-2-68-82-85  
UDC 618.2/7-06:616.391.04:577.164.1]-084

V.P. Mischenko<sup>1</sup>, I.V. Rudenko<sup>1</sup>, V.K. Likhachov<sup>2</sup>, M.Y. Golubenko<sup>1</sup>, L.M. Dobrovolska<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Odesa National Medical University, Odesa, <sup>2</sup>Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava

## PREVENTION OF OBSTETRIC COMPLICATIONS IN WOMEN WITH B VITAMIN DEFICIENCY

e-mail vladimir.lihachev@gmail.com

Findings of the studies made in the group of women of reproductive age with B vitamin deficiency, who received comprehensive preventive maintenance and treatment of gestational complications supplemented with vitamin therapy have been presented. The data of comparative characteristics of clinical and laboratory observations with a group of women who received conventional therapy have been elucidated. The efficiency of application of the suggested etiopathogenetic approach aimed at prevention maintenance and comprehensive therapy of gestational complications have been grounded.

**Keywords:** gestational complications, vitamins, prophylaxis.

*The work is a fragment of the research project "The role of chronic infection of the uterus and lower parts of the genital tract in the formation of obstetrical and gynecological pathologies", state registration No. 0117U005276.*

B vitamins are essential parts of enzymes and coenzymes of the tricarboxylic acids cycle [1]. Deficiencies of the most of vitamins have been found in the female population of Odessa region, namely, ascorbic acid in 40-100% of people, B vitamins in 20-100% of women (including, thiamine, pyridoxine – up to 60%, B<sub>12</sub> vitamin – up to 15% of the population). In 70-80% of women a combined deficiency of three and more vitamins, i.e., polyvitamin conditions regardless of age, season, place of residence, is observed [5].

Under such conditions a woman's body contains only a minimal amount of vitamins that prevent the development of severe forms of vitamin deficiency, though insufficient for provision of complete vital metabolic processes and functioning of the reproductive system. B vitamins are involved in all processes of metabolism and are interconnected by its action [3]. A deficiency of vitamins of this group is a hallmark of the onset of such diseases as menstrual cycle dysfunction, uterine leiomyoma, anemia [4].

A subclinical deficit of vitamins B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub> is the major cause among the variety of the direct causes of reproductive health disorder and complicated course of pregnancy, which is one of the reasons for the occurrence of vaginal dysbiosis [2], endothelial dysfunction, dysmetabolic impairments in the woman's body and fetoplacental complex, as well as the chain of pathogenetic range of the vast majority of obstetric-gynecological and perinatal complications. A deficiency of vitamins during pregnancy adversely affects the formation of an embryo, embryo and fetal development, increases the risk for perinatal pathology, infant mortality and is one of the causes of birth defects [3, 5].

**The purpose** of the study was improving the efficiency of the comprehensive prevention of obstetric-gynecological and perinatal complications by applying the complex vitamin supplements.

**Material and methods.** 90 women of reproductive age have been examined before pregnancy and according to the trimesters of gestation:

- 30 almost healthy women with physiological course of pregnancy who gave birth to healthy babies (control Group A);
- 30 women with complicated obstetric gynecological past history and subclinical deficit of B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub> vitamins who refused to consume the vitamins both during the preconceptive stage and pregnancy (Group B);