

особистісної тривожності в різних поколіннях; для жінок менший рівень цієї ознаки спостерігається в молодому віці, більший — у зрілому.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Genome-Wide Linkage Scan for Loci Predisposing to Social Phobia: Evidence for a Chromosome 16 Risk Locus* / J. Gelernter, G. P. Page, M. B. Stein, S. W. Woods // *Am. J. Psychiatry.* — 2004. — Vol. 161. — P. 59-66.
2. *Personality Traits and Striatal Dopamine Synthesis Capacity in Healthy Subjects* / A. Laakso, E. Wallius, J. Kajander et al. // *Am. J. Psychiatry.* — 2003. — Vol. 160. — P. 904-910.
3. *Gordon J. A., Hen R.* Genetic approaches to the study of anxiety

// *Ann. Rev. Neurosci.* — 2004. — Vol. 27. — P. 193-222.

4. *Augmentation of exposure therapy with D-cycloserine for social anxiety disorder* / S. Hofmann, A. Meuret, J. Smits et al. // *Arch. Gen. Psychiatry.* — 2006. — Vol. 63. — P. 298-304.

5. *Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or near-lethal suicidal behavior? A 14-year prospective study* / J. D. Maser, H. S. Akiskal, P. Schettler et al. // *Suicide Life Threat Behav.* — 2002. — Vol. 32. — P. 10-32.

6. *Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa* / C. M. Bulik, P. F. Sullivan, F. Tozzi et al. // *Arch. Gen. Psychiatry.* — 2006. — Vol. 63. — P. 305-312.

7. *Luo S., Klohnen E.* Assortative mating and marital quality in newlyweds: A couple-centered approach

// *Journal of Personality and Social Psychology.* — 2005. — Vol. 88, N 2. — P. 304-326.

8. *Newbury B. D., Lowry R. J., Kamali F.* The changing patterns of drinking, illicit drug use, stress, anxiety, and depression in dental students in a UK dental school: a longitudinal study // *Br. Dent. J.* — 2002. — Vol. 192. — P. 646-649.

9. *Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии: Учеб. пособие* / В. Д. Балин, В. К. Гайда, В. К. Гербачевский и др.; Под общ. ред. А. А. Крылова, С. А. Маничева. — СПб.: Изд-во «Питер», 2000. — 560 с.

10. *Лакин Г. Ф.* Биометрия: Учеб. пособие для биол. спец. вузов. — 4-е изд., перераб. и доп. — М.: Высш. шк., 1990. — 352 с.

УДК 616.381-007.274+616.381-089.853(043.3)

М. В. Чехлов, В. І. Гирля, М. А. Каштальян,
Р. М. Міщенко, С. Г. Четверіков

ЛІКУВАННЯ БОЛЬОВОЇ ФОРМИ СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ З ВИКОРИСТАННЯМ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ТЕХНІКИ

Одеський державний медичний університет

Вступ

Больова форма спайкової хвороби (БФСХ) черевної порожнини має різноманітну клінічну симптоматику, у зв'язку з чим виникають труднощі у діагностиці та визначенні тактики лікування [1; 3].

У деяких випадках за БФСХ черевної порожнини помилково приймають спастичний коліт, дисбактеріоз кишечника, гастродуоденіт, остеохондроз грудного та поперекового відділів хребта, в'яло перебігаючі запальні процеси у придатках матки та ін. Це часто призводить до необгрунтованої та патогенетично невиправданої опе-

рації, яка погіршує подальший перебіг захворювання [2; 3].

Матеріали та методи дослідження

Під нашим наглядом перебували 37 хворих із верифікованою БФСХ віком від 19 до 77 років. Чоловіків було 10, жінок 27. У 35 хворих БФСХ черевної порожнини ми спостерігали після перенесених раніше лапаротомій: у 8 — після екстирпації матки, у 7 — після апендектомії, у 3 — після резекції яєчника, у 2 — після холецистектомії, у 2 — після резекції шлунка, у 1 — після спленектомії. Дванадцять хворих перенесли від 2 до 5 ла-

паротомій. Ми також спостерігали одного хворого після лапароскопічної апендектомії та одну хвору після тупої травми живота, не оперовану раніше.

Усіх 37 пацієнтів із БФСХ поділили на 2 групи: 1) без порушення функції травлення (група 1) — 16 спостережень; 2) з порушенням функції травлення (група 2) — 21 спостереження (табл. 1).

Стан пацієнтів обох груп розцінювався як задовільний, без ознак кишкової непрохідності, гемодинамічних чи водноелектролітних порушень. Пальпація живота була чутливою або болісною на місці післяопераційного рубця. Усім хво-



**Розподіл хворих за доступом
при раніше перенесених операціях**

Доступ	Група 1	Група 2	Усього
Нижня середина лапаротомія	3	2	5
Верхня середина лапаротомія	2	3	5
За McBurney — Волковичем — Д'яконовим	2	5	7
Від 2 до 5 лапаротомій	5	7	12
За Пфанненштилем	3	3	6
Лапароскопія	—	1	1
Разом	15	21	36

рим виконувалось УЗД черевної порожнини та малого таза. Крім того, 4 хворим виконано ентерографію, 7 — іригографію, 14 — фіброезофагогастроудоденоскопію, 3 — рентгенографію хребта.

Усім хворим проводили діагностичну лапароскопію, яка після верифікації спайкової хвороби (СХ) завершувалася лапароскопічним адгезіолізісом.

У 26 хворих операції проводилися під ендотрахеальним наркозом. У 11 — з комбінованою анестезіологічною допомогою (ендотрахеальний наркоз й епідуральна анестезія (ЕА)).

Адгезіолізис виконували гострим або тупим шляхом, із використанням моно- та біполярної електрокоагуляції. У 4 пацієнтів здійснена конверсійна мінілапаротомія. Усі операції виконані з використанням ендоскопічної техніки "Martine", "Karl Storz", "Olympus", «Ендо-медиум».

У післяопераційному періоді 5 пацієнтам здійснювали електростимуляцію кишечника апаратом «Амплипульс 5».

Для знеболювання після операції застосовували ненаркотичні анагетики (Ренальган, Кетолекс). Протизапальна терапія здійснювалася препаратами групи інгібіторів ЦОГ-2 (Моваліс, Ксефокам). Антибіотікопрофілактика проводилася з допомогою цефуроксиму (Аксетин, Зинацеф) за схемою:

1,5 г внутрішньовенно краплинно перед операцією та по 750 мг внутрішньовенно краплинно через 8 та 16 год після операції.

Результати дослідження та їх обговорення

Домінуючими факторами у виникненні БФСХ, на нашу думку, є перенесені раніше операції у черевній порожнині. Провідними факторами появи, тривалості та інтенсивності больового синдрому спайкового генезу в раніше оперованих пацієнтів ми вважаємо:

- 1) локалізацію, вид, довжину та щільність спайок;
- 2) тип нервової системи, поріг больової чутливості, патологічні зміни у вегетативній нервовій системі, порушення регулюючої функції шлунковокишкових гормонів.

До виникнення міжорганичних зрощень, які викликають клінічні прояви захворювання, найчастіше призводять: апендектомія, холецистектомія, гінекологічні операції. Спайкова хвороба виникає також після травм, деструктивних процесів у черевній порожнині, які супроводжуються запаленням очеревини.

Здебільшого БФСХ проявлялась у термін від 1 до 5 років після перенесеної операції. Так, у 27 хворих вона виникла протягом першого року після перенесених втручань, у 7 — через 2 роки після операцій, у 2 — через 3 роки, у 1 — через 5 років.

Спайкову хворобу черевної порожнини ми класифікуємо за О. І. Блінніковим, за чотирма ступенями [4]:

I ступінь — локальний спайковий процес, обмежений зоною рубця;

II ступінь — локальний спайковий процес у поєднанні з поодинокими спайками в інших ділянках;

III ступінь — спайковий процес охоплює поверх черевної порожнини;

IV ступінь — спайковий процес розповсюджується на 2/3 черевної порожнини й більше (табл. 2).

Лапароскопічний адгезіолізис проведений нами у 37 пацієнтів із БФСХ. Показаннями до операції у групі 1 були: 1) тупий або гострий біль у черевній порожнині, що виникав при зміні положення тіла, а також при фізичному навантаженні, кашлі; 2) позитивний симптом Кноха (біль у животі при розгинанні).

Показаннями до операції у групі 2 були: 1) гострий спастичний біль у животі після їди; 2) запори, метеоризм, тенезми.

Діагностична лапароскопія у 33 хворих перейшла у лікувальну. Технічних труднощів при виконанні лапароскопічного адгезіолізісу у хворих із I–III ступенем спайкового процесу не було. У 4 пацієнтів при спайковому процесі IV ступеня ми були вимушені вдаватися до конверсійної мінілапаротомії. Показаннями виявилися: значна

Таблиця 2

Розподіл пацієнтів із різним ступенем спайкового процесу (за Блінніковим)

Ступінь спайкового процесу	Група 1	Група 2	Всього
I	3	3	6
II	7	8	15
III	5	7	12
IV	1	3	4
Разом	16	21	37



вираженість спайкового процесу та наявність щільного конгломерату петель тонкої кишки у 2 хворих; у 1 пацієнта виконана резекція ділянки тонкої кишки з приводу її рубцевої деформації; у 1 хворого спостерігалось ятрогенне ушкодження тонкої кишки при монополярній коагуляції. При використанні біполярної коагуляції ушкоджень внутрішніх органів ми не спостерігали.

Усі операції завершувались контролем гемостазу, санацією та дренажуванням черевної порожнини. Перебіг раннього післяопераційного періоду був задовільним. Повторні оперативні втручання не проводилися. У тих випадках, коли наркоз комбінувався із пролонгованою епідуральною анестезією (ЕА), перистальтика вислуховувалась у першу добу післяопераційного періоду. При ЕА больовий синдром був незначним. Кількість застосовуваних анагетиків була мінімальною.

Ми не визначили взаємозв'язку між кількістю перенесених втручань і ступенем СХ. Так, більшість пацієнтів мала II та III ступені СХ (15 і 12 хво-

рих відповідно). Пацієнти із IV ступенем СХ черевної порожнини перенесли 3 лапаротомії у двох випадках, 2 лапаротомії в одному випадку та 1 лапаротомію в 1 випадку. Після 5 операцій у черевній порожнині (резекція шлунка, холецистектомія, апендектомія та двічі операція з приводу спайкової кишки непрохідності) один хворий мав розповсюдженість спайкової хвороби, що відповідала III ступеню за Блінниковим. Це дозволяє нам зауважити, що кількість перенесених втручань не завжди є основним чинником у визначенні ступеня розповсюдженості спайкового процесу у черевній порожнині, що вказує також на досить складний механізм спайкоутворення.

Термін перебування у стаціонарі у групі 1 становив від 2 до 5 діб, у групі 2 — від 3 до 8 діб. У післяопераційному періоді скарги на біль, що турбував раніше, зникли у 32 хворих, у 4 пацієнтів біль став менш інтенсивним, у 1 особи клінічна картина змінилася незначно. Летальних наслідків не було. Усі хворі виписані у задовільному стані.

Висновки

1. Лапароскопічний адгезіолізис є оптимальним методом хірургічного лікування спайкової хвороби I–III ступеня. При IV ступені спайкової хвороби можливості лапароскопічної техніки обмежені.

2. Кількість перенесених втручань не є основним чинником у визначенні ступеня розповсюдженості спайкового процесу у черевній порожнині.

3. Використання епідуральної анестезії сприяє знеболюванню у післяопераційному періоді та ранньому відновленню перистальтики.

ЛІТЕРАТУРА

1. Воробьёв А. А., Бебуришвили А. Г. Хирургическая анатомия оперированного живота и лапароскопическая хирургия спаек. — Волгоград: Издатель, 2001. — 240 с.

2. Спаечная болезнь брюшной полости / А. Г. Бебуришвили, А. А. Воробьёв, И. В. Михин, И. С. Попова // Эндоскоп. хирургия. — 2003. — № 1. — С. 51-63.

3. Женчевский Р. А. Спаечная болезнь. — М.: Медицина, 1989. — 192 с.

4. Блинников О. И., Дронов А. Ф., Смирнов А. Н. К вопросу о классификации спаечного процесса брюшной полости // Анналы хирургии. — 1993. — № 2. — С. 34-37.

УДК 616.31-02:616.89-008.441.13

Л. Д. Чулак, В. Г. Шутурмінський, С. М. Бруніч

ДОСЛІДЖЕННЯ МІКРОБІОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ПОРОЖНИНИ РОТА В ОСІБ, ЩО МАЮТЬ ПОРУШЕННЯ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Одеський державний медичний університет

Вступ

Згідно з оприлюдненим у 2003 р. прогнозом Всесвітньої організації охорони здоров'я, до 2020 р. психічні розлади стануть однією з п'яти основних причин втрати працездатності у світі.

У цьому зв'язку досить актуальним є дослідження в сфері соматичного здоров'я лю-

дей, які страждають на психічні розлади.

Питанням впливу функціональних й органічних порушень центральної нервової системи (ЦНС) на частоту хвороб пародонта у вітчизняній та іноземній літературі присвячено чимало робіт [1–3].

Відомо, що хвороби зубів і пародонта можуть виявитися причиною хроніосептичного

стану, тривалої сенсibiliзації організму, що може позначитися на перебігу різних захворювань, у тому числі й психічних.

Завданням сучасної психіатрії, в основі якої лежать принципи поваги до особистості хворого, турботи про його здоров'я, є глибоке й всебічне обстеження й лікування пацієнта. У цьому зв'язку важливе місце в психіат-

