

Abstract. Post-stroke fatigue (PSF) is one of the most frequent complications of acute cerebrovascular events (ACE). According to recent findings PSF has heterogeneous etiological and pathogenic background. Toll-like receptors (TLR) belong to pattern recognition receptors of innate immunity that take active part in inflammatory and immune reactions. Brain tissue damage (including strokes) leads to release of various endogenous ligands, the latter bind to TLR-4 and through activation of nuclear transcription factor κB stimulate transcription of genes that encode numerous pro-inflammatory substances (cytokines, chemokines, adhesion molecules, matrix metalloproteinases-9, etc.). At present in stroke patients it has been described two functional single nucleotide polymorphisms (SNP) of TLR 4 gene – 896A/G (Asp299Gly; rs4986790) and 1196C/T (Thr399Ile; rs4986791).

Objective: to study the distribution of SNP 896A/G TLR 4 gene genotypes and investigate association between this SNP and peculiarities of PSF clinical course depending on PSF time-based characteristics.

Object and methods. It had been investigated 120 patients with ACE (89 with ischemic stroke, 10 with hemorrhagic stroke and 21 with transient ischemic attack). 43 patient hadn't PSF and 77 patients were diagnosed with PSF. PSF was established by use of questionnaire – Fatigue Assessment Scale (FAS). On the ground of the time-based PSF characteristics we conditionally divided all PSF cases as early PSF (manifested within the first month after ACE occurrence with subsequent self-resolution not later than at 3 months time-point observation) – 26 patients, persistent PSF (manifested within the first post-stroke month and was still present at 3 months time-point observation) – 29 patients and late PSF (manifested at 3 months after ACE occurrence or later) – 22 patients. SNP 896A/G of TLR 4 gene was investigated by polymerase chain reaction. The polymorphic site of the TLR4 gene (896A/G) were detected by electrophoresis in 3% agarose gel. The gel was stained with ethidium bromide, followed by visualization of the results in ultraviolet light.

Results and discussion. Generally, A/A genotype was present in 109 patients (90,8%), A/G genotype – in 11 patients (9,2%). There were no homozygotes for G allele, maybe due to a relatively small cohort of patients included in the study. SNP 896 A/G of TLR 4 gene genotypes distribution in non-PSF patients, in all PSF patients as well as in patient's sub-groups with certain time-based PSF characteristics corresponded to the Hardy-Weinberg equilibrium. The frequencies of SNP 896A G TLR4 gene alleles and genotypes didn't significantly differ from each other depending on PSF presence or absence. In patients with persistent PSF, it had been revealed significantly more frequent ($p < 0,05$) presentation of G allele and A/G genotype in comparison with patients who has early or late PSF. According to logistic regression analysis, A/G genotype was associated with increased in 9.5 times (confidence interval 1.1-82.4; $p = 0.04$) relative risk of PSF persistence compared to A/A genotype. So, G allele may be a risk factor that takes part in PSF clinical prolongation beyond acute period of ACE. Moreover, A/A genotype carriers had significantly reduced PSF intensity, according to FAS, at 1 month (39,0 (33,5-41,3)), at 3 months (33,5 (29,8-38,3)) and at 6 months (33,0 (21,0-36,5)) after ACE occurrence, compared to initial PSF values at hospital stay (44,0 (37,0-45,0)), while carriers of A/G genotype had statistically stable PSF intensity over 6 months post-stroke period. So, the presence of G allele SNP 896A/G of TLR4 gene can be used as a prognostic sign of PSF persistence beyond acute period of ACE in patients who had been diagnosed with PSF during hospital stay. However, this issue requires further elaboration of the possible immune-inflammatory mechanisms underlying this phenomenon.

Conclusions. 1. SNP 896A/G of TLR4 gene hadn't associations with increased risk of PSF during different periods after ACE occurrence. 2. G allele SNP 896A/G of TLR4 gene was associated with significantly increased risk of PSF clinical prolongation, at least during the first 3 months after ACE occurrence. 3. A allele SNP 896A/G of TLR4 gene was associated with significant decreasing of PSF intensity during the first 6 months after ACE occurrence.

Key words: stroke, fatigue, Toll-like receptors, single nucleotide polymorphisms.

Рецензент – проф. Литвиненко Н. В.
Стаття надійшла 02.05.2019 року

DOI 10.29254/2077-4214-2019-2-1-150-120-125

УДК 616-089-07-089.8

Завгородний С. Н., Кубрак М. А., Данилюк М. Б., Рылов А. И.

ДИАГНОСТИКА СОЧЕТАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ КАК ПРЕДИКТОР УРОВНЯ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Запорожский государственный медицинский университет (г. Запорожье)

braviorio@gmail.com

Связь публикации с плановыми научно-исследовательскими работами. Работа выполнена в рамках НИР кафедры хирургии и анестезиологии факультета последипломного образования ЗГМУ «Периоперационное лечение пациентов пожилого и старческого возраста», № 0117U006955.

Вступление. Современный уровень развития хирургии, применение малоинвазивных методов оперативного вмешательства, достижения в анестезиологии и реаниматологии позволяют выполнять все более сложные операции без повышения риска для жизни пациентов [1,2].

К этой категории можно отнести симультанные вмешательства – операции, которые выполняются на двух или более органах, в одной или нескольких анатомических областях, по поводу разных, не связанных между собой заболеваний [3].

По данным многих авторов, у 20,0 – 30,0 % пациентов, госпитализированных в хирургический стационар, имеется 2 - 3 сочетанных заболевания, которые могут быть устранены оперативным путем [4,5].

Однако, проведя ретроспективный анализ 764 историй болезни пациентов с эндокринной патологией, которым были выполнены оперативные вме-

шательства в период с 2012 по 2016 годы на базе КУ «Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи г. Запорожье» и Запорожской областной клинической больницы, мы увидели, что процент выполнения симультанных оперативных вмешательств составил всего 5,5 % [6].

Основной причиной такой кардинальной разницы является недостаточный уровень выявления сопутствующей хирургической патологии у этой категории больных, что натолкнуло нас на разработку алгоритма диагностики сочетанной патологии у пациентов с заболеваниями эндокринной системы.

Цель исследования. Улучшить диагностику сочетанной хирургической патологии у пациентов с заболеваниями эндокринной системы и повысить процент выполнения симультанных оперативных вмешательств путем применения алгоритма обследования данной категории больных.

Объект и методы исследования. В период с января 2015 года по сентябрь 2018 года на базе КУ «Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи г. Запорожье» обследовано 318 пациентов, поступивших для планового оперативного вмешательства с патологией эндокринных органов (узловой и многоузловой зоб; аденома щитовидной железы; папиллярный, фолликулярный, медуллярный рак щитовидной железы; аденома паращитовидных желез; альдостерома, феохромоцитомы, кортикостерома надпочечников).

Все пациенты были обследованы согласно разработанного нами на кафедре хирургии и анестезиологии ФПО ЗГМУ алгоритму диагностики сочетанной хирургической патологии. (Патент № 128139 Украина, МПК (2006.01) G01N 33/48, A61B 5/00, A61B 8/00, A61B 6/03. Способ диагностики сочетанной хирургической патологии и выбора тактики оперативного вмешательства у пациентов с заболеваниями эндокринной системы / Завгородний С. Н., Кубрак М. А., Рылов А. И., Данилюк М. Б.; заявитель и патентоо-

бладатель: Запорожский государственный медицинский университет (UA) // Промышленная собственность. - Опубл. 10.09.2018, Бюл. № 17.).

Данный алгоритм обследования состоит из 4 последовательных диагностических этапов (рис. 1).

На первом этапе всем пациентам проводился сбор жалоб и данных анамнеза с ориентацией на выявление эндокринной и сочетанной хирургической патологии, оценка состояния сознания по «Шкале ком Глазго», объективное обследование (осмотр и пальпация передней поверхности шеи, мягких тканей туловища и конечностей, передней брюшной стенки, вен нижних конечностей), ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной и паращитовидных желез, органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Женщинам дополнительно проводился осмотр гинеколога.

При выявлении у больных варикозной болезни на втором этапе выполняли ультразвуковую доплерографию (УЗДГ) вен нижних конечностей. Пациентам с патологией щитовидной железы проводили гормональное исследование и тонкоигольную аспирационную пункционную биопсию (ТАПБ). При подозрении на заболевание паращитовидных желез – исследование уровня паратгормона, кальция и фосфора крови, сцинтиграфию. У пациентов с патологией надпочечников выполняли компьютерную томографию (КТ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием и анализ уровня гормонов надпочечников. У женщин с миомой матки и \ или кистозными изменениями яичников дополнительно производили УЗИ органов малого таза после подготовки (наполненный мочевой пузырь), а при необходимости – трансвагинальное УЗИ (ТВУЗИ).

Больным с подтвержденной патологией на этапе два, а также тем, у которых при обследовании на первом этапе обнаружены грыжевые выпячивания, образования мягких тканей и желчнокаменная бо-



Рис. 1. Способ диагностики сочетанной хирургической патологии у пациентов с заболеваниями эндокринной системы.

лезнь (ЖКБ) и \ или полипоз желчного пузыря, на третьем этапе производились следующие исследования: общий анализ крови (ОАК) и мочи (ОАМ), биохимическое исследование крови (мочевина, калий, натрий), коагулограмма, определение группы крови, электрокардиография (ЭКГ), спирометрия, рентгенография органов грудной клетки, консультации смежных специалистов (кардиолог, невролог, эндокринолог).

По результатам комплексного исследования пациентов на этапе четыре принималось решение о выполнении симультанного или изолированного оперативного вмешательства.

В группу исследования вошло 318 пациентов с эндокринной патологией в возрасте от 24 до 82 лет, средний возраст пациентов составил $53,3 \pm 9,6$ лет (табл. 1).

Таблица 1.

Возрастная структура пациентов (абсолютные значения и %) с эндокринной патологией в группе исследования

Возраст пациентов	Количество больных (% от общего количества)
24 - 30 лет	93 (29,2 %)
31 - 59 лет	144 (45,3 %)
60 - 82 лет	81 (25,5 %)
Всего	318 (100 %)

В гендерной структуре преобладали пациенты женского пола – 260 (81,8 %), мужчин обследовано 58 (18,2 %).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакетов прикладных компьютерных программ STATISTICA 13.0, TIBCO Software inc. (Лицензия JPZ804I382130ARCN10-J) и MICROSOFT EXCEL 2013 (Лицензия 00331-10000-00001-AA404) с использованием параметрических и непараметрических критериев.

Результаты исследования и их обсуждение. После проведенного диагностического поиска согласно разработанного алгоритма, у 71 (22,3 %) пациента обнаружено от 1 до 3 сопутствующих хирургических заболеваний.

У больных с сочетанной патологией в качестве основного заболевания преобладала тиреоидная патология – 49 (69,0 %). У 8 (11,3 %) больных диагностированы заболевания надпочечников и у 14 (19,7 %) – заболевания паращитовидных желез.

В структуре больных с сопутствующими хирургическими заболеваниями чаще всего встречалось сочетание патологии щитовидной железы (ЩЖ) и ЖКБ / полипоза желчного пузыря – 35 (49,3 %). У 13 (18,3 %) выявлена патология паращитовидных желез (ПЩЖ) и щитовидной железы. У 7 (9,9 %) – заболевания щитовидной железы и органов малого таза (ОМТ) и 5 (7,0 %) выявлена патология надпочечников в сочетании с ЖКБ. У 3 (3,2 %) пациентов с патологией щитовидной железы диагностированы сопутствующие заболевания мягких тканей. У 8 (11,3 %) – сочетание другой патологии (рис. 2).

У 7 (9,9 %) обследованных выявлена тяжелая соматическая патология и высокий периоперационный риск по ASA, по этому данной группе больных была выполнена изолированная операция.

Остальным 64 (90,1 %) пациентам было произведено симультанное оперативное вмешательство. Этапы оперативных вмешательств выполнялись согласно общепринятой технике. Структура операций представлена в таблице 2.

В послеоперационном периоде у пациентов, которым выполнена тиреоидэктомия, тиреоидэктомия с лимфодиссекцией, а также паратиреоидэктомия на 1 сутки после вмешательства производили контроль уровня паратгормона как маркера послеоперационного гипопаратиреоза.

На 3 – 5 сутки послеоперационного периода, пациентам которым проводили вмешательства на органах брюшной полости, забрюшинного пространства и/или малого таза, выполняли контрольное УЗИ.

У 7 (10,9%) пациентов после хирургического вмешательства определено снижение уровня паратгормона ниже 3,0 пг/мл, что являлось маркером послеоперационного гипопаратиреоза. Все эти пациенты получали в условиях стационара парентеральные препараты кальция в дозировке 1000 мг X 1-2 р в день (в зависимости от выраженности симптомов гипокальциемии), а после выписки были переведены на прием таблетированных форм кальция в сочетании с витамином Д (1000 мг Ca + 800 ME витамина D3 (холекальциферола) 3 р/день в течение 4 недель). После курса лечения у больных повторно исследова-

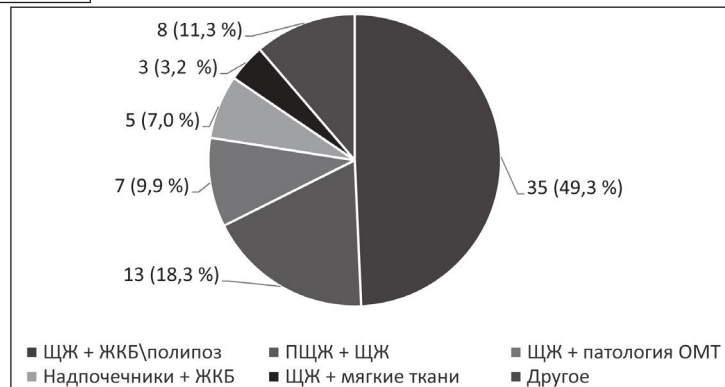


Рис. 2. Структура сочетанной хирургической патологии у пациентов с эндокринными заболеваниями.

ли уровень паратгормона и ионизированного кальция в крови. У всех больных с явлениями послеоперационного гипопаратиреоза через 3-4 мес. после операции уровень паратгормона и кальция приходил в норму, что свидетельствовало о транзитном послеоперационном гипопаратиреозе у данной группы больных.

У 1 (1,6 %) больной, после лапароскопической адреналэктомии, холецистэктомии и перевязки БПВ, на 1е сутки послеоперационного периода возникла несостоятельность культи пузырного протока. Пациентке была выполнена релапаротомия по Федорову с дренированием холедоха по Пиковскому и редренированием брюшной полости. Послеоперационный период протекал без особенностей. Больная выписана из отделения на 21 сутки в удовлетворительном состоянии.

У 1 (1,6 %) развилась серома послеоперационной раны шеи после тиреоидэктомии. Больной проводилась консервативная терапия с двукратным пунктированием и удалением серозной жидкости. Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

Таблиця 2.

Структура симультанних оперативних втручань у больових з поєднаною хірургічною патологією ендокринних і інших органів

Об'єм оперативного втручання	Кількість больових (% від загальної кількості прооперованих)
Гемитиреоїдэктомия + лапароскопічна холецистэктомия	9 (14,1 %)
Тиреоїдэктомия + лапароскопічна холецистэктомия	15 (23,4 %)
Тиреоїдэктомия, центральна лімфодиссекція + лапароскопічна холецистэктомия	7 (10,9 %)
Тиреоїдэктомия, центральна і латеральна лімфодиссекція + лапароскопічна холецистэктомия	4 (6,2 %)
Лапароскопічна адреналэктомия + лапароскопічна холецистэктомия	4 (6,2 %)
Лапароскопічна адреналэктомия + лапароскопічна холецистэктомия + перев'язка БПВ	1 (1,6 %)
Лапароскопічна адреналэктомия + лапароскопічна холецистэктомия + тиреоїдэктомия	1 (1,6 %)
Адреналэктомия + резекція кисти нирки	1 (1,6 %)
Тиреоїдэктомия + грыжесечение	1 (1,6 %)
Тиреоїдэктомия + операція на ОМТ	3 (4,7 %)
Тиреоїдэктомия + паратиреоїдэктомия	7 (10,9 %)
Гемитиреоїдэктомия + паратиреоїдэктомия	6 (9,4 %)
Тиреоїдэктомия + иссечение образования м'яких тканин	5 (7,8 %)

У 1 (1,6 %) пацієнта після лапароскопічної адреналектомії і холецистектомії і у 1 (1,6 %) больовий після тиреоїдектомії і лапароскопічної холецистектомії існували жидкісні скоплення в області ложа жовчного пухирця. Після проведеного курсу консервативної терапії больові виписані зі стаціонару під нагляд хірурга по місцю життєвості в задовільному стані. На УЗІ через 3 міс. жидкісних скоплень не виявлено.

Летальних випадків після симультанних оперативних втручань не було.

В сучасній медичній літературі широко розглядаються симультанні оперативні втручання, як новий перспективний метод, дозволяючий усунути декілька хірургічних захворювань за одну операцію [7].

Обговорюються питання показань і протипоказань к ним, їх економічні і соціальні переваги, ризики для пацієнта [8,9].

Однак багатьма авторами ігнорується питання діагностики поєднаної хірургічної патології, а саме він є свого роду «камнем преткнення» і причиною низького відсотка виконання даного виду оперативних втручань [10].

Симультанні операції у больових з захворюваннями ендокринної системи мають спорадичний характер і, в основному, є не запланованими [11].

Висновки

1. Кількість симультанних оперативних втручань у пацієнтів з патологією ендокринних органів напряму залежить від діагностики поєднаних хірургічних захворювань в період передопераційного періоду.

2. Використання розробленого нами алгоритму діагностики супутньої хірургічної патології у больових з захворюваннями ендокринної си-

стеми дозволяє підвищити кількість поєднаної патології до 22,3 %, що повністю відповідає даним зарубіжних авторів.

3. Використання запропонованого алгоритму дозволило у 20,1 % больових з ендокринною патологією виконати симультанне хірургічне втручання без підвищення рівня післяопераційних ускладнень і летальності.

Перспективи дальніших досліджень. Використання розробленого алгоритму дослідження дозволить приділяти достатньо уваги діагностиці не тільки основної патології больового, але і можливого супутнього хірургічного захворювання, яке може бути усунуто без зайвих ризиків для пацієнта.

Література

- Sadriyev ON, Gaibov AD. Simul'tannye operatsii pri khirurgicheskikh zabolevaniyakh nadpocheknikov. *Novosti khirurgii*. 2014;6(22):678-86. DOI: <http://dx.doi.org/10.18484/2305-0047.2014.6.678> [in Russian].
- Castinetti F, Taieb D, Henry JF, Walz M, Guerin C, Brue T, et al. Management of endocrine disease: outcome of adrenal sparing surgery in heritable pheochromocytoma. *Eur. J. Endocrinol.* 2016 Jan;174(1):9-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.1530/EJE-15-0549>
- Pavlovskiy MP, Kolomiitsev VI, Syroid AM, Gavrish YaI. Simul'tannye operatsii u bol'nykh s zhelchekamennoy bolezn'yu i khirurgicheskoy patologiyey endokrinnykh organov. *Klinicheskaya endokrinologiya i endokrinnyaya khirurgiya*. 2010;1(30):16-9. DOI: [https://doi.org/10.24026/1818-1384.1\(30\).2010.96345](https://doi.org/10.24026/1818-1384.1(30).2010.96345) [in Russian].
- Podetta M, Pusztaszeri M, Toso C, Procopiou M, Triponez F, Sadowski SM. Oncocytic adrenocortical neoplasm with concomitant papillary thyroid cancer. *Front. Endocrinol. (Lausanne)*. 2018 Jan 22;8:384. DOI: <http://dx.doi.org/10.3389/fendo.2017.00384>
- Ramazan C, Isilay KS, Senay AD. Concomitant Graves' disease and primary hyperparathyroidism: case report. *Endocrine Abstracts*. 2015;37:946. DOI: <http://dx.doi.org/10.1530/endoabs.37.EP946>
- Zavgorodniy SN, Kubrak MA, Ryllov AI, Danilyuk MB. Algoritm diagnostiki sochetannoy khirurgicheskoy patologii u patsiyentov s zabolevaniyami endokrinnoy sistemy. *Mezhdunarodnyy endokrinologicheskyy zhurnal*. 2017;13(8):591-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.22141/2224-0721.13.8.2017.119276> [in Russian].
- Panarese A, D'Andrea V, Pontone S, Favoriti P, Pironi D, Arcieri S, et al. Management of concomitant hyperparathyroidism and thyroid diseases in the elderly patients: a retrospective cohort study. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2017 Feb;29(1):29-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s40520-016-0665-8>
- Kurygin AA, Semenov VV. Sotsial'no-ekonomicheskiye aspekty simul'tannykh operatsiy na organakh zhivota. *Vestnik khirurgii im. I. I. Grekova*. 2016;175(3):100-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.24884/0042-4625-2016-175-3-100-105> [in Russian].

9. Timerbulatov VM, Timerbulatov MV, Mekhdiyev DI, Timerbulatov SV, Smir RA, Khabirov DM, i dr. Meditsinskiye aspekty i ekonomicheskaya effektivnost' sochetannykh operativnykh vmeshatel'stv. Annaly khirurgii. 2016;21(5):306-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9502-2016-21-5-306-311> [in Russian].
10. Spanheimer PM, Weigel RJ. Management of patients with primary hyperparathyroidism and concurrent thyroid disease: an evolving field. Ann. Surg. Oncol. 2012 May;19(5):1428-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1245/s10434-012-2286-6>
11. Emirikçi S, Özçınar B, Öner G, Omarov N, Ağcaoğlu O, Soytaş Y, et al. Thyroid cancer incidence in simultaneous thyroidectomy with parathyroid surgery. Ulusal Cerrahi Dergisi. 2015 Aug;31(4):214-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.5152/UCD.2015.2666>

ДІАГНОСТИКА ПОЄДНАНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЯК ПРЕДИКТОР РІВНЯ СИМУЛЬТАННИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ

Завгородній С. М., Кубрак М. А., Данилюк М. Б., Рилов А. І.

Резюме. Основною причиною незначної кількості симультанних операцій (5,5 %) є недостатній рівень виявлення супутньої хірургічної патології.

Мета дослідження. Покращити діагностику поєднаної хірургічної патології у пацієнтів із захворюваннями ендокринної системи і підвищити відсоток виконання симультанних оперативних втручань шляхом застосування алгоритму обстеження даної категорії хворих.

Об'єкт і методи. Згідно розробленого алгоритму діагностики обстежено 318 пацієнтів.

Результати дослідження. У 71 (22,3%) виявлено від 1 до 3 супутніх хірургічних захворювання. 64 (90,1%) пацієнтам було вироблено симультанне оперативне втручання.

Висновки

1. Застосування розробленого нами алгоритму діагностики дозволяє підвищити рівень виявлення поєднаної патології до 22,3%.

2. Підвищення рівня діагностики поєднаної патології, шляхом використання даного алгоритму, дозволило у 20,1% хворих виконати симультанне хірургічне втручання без підвищення рівня післяопераційних ускладнень і летальності.

Ключові слова: поєднана патологія, ендокринні захворювання, симультанні операції, діагностика.

ДИАГНОСТИКА СОЧЕТАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ КАК ПРЕДИКТОР УРОВНЯ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Завгородний С. Н., Кубрак М. А., Данилюк М. Б., Рылов А. И.

Резюме. Основной причиной незначительного количества симультанных операций (5,5 %) является недостаточный уровень выявления сопутствующей хирургической патологии.

Цель исследования. Улучшить диагностику сочетанной хирургической патологии у пациентов с заболеваниями эндокринной системы и повысить процент выполнения симультанных оперативных вмешательств путем применения алгоритма обследования данной категории больных.

Объект и методы. Согласно разработанного алгоритма диагностики обследовано 318 пациентов.

Результаты исследования. У 71 (22,3 %) обнаружено от 1 до 3 сопутствующих хирургических заболеваний. 64 (90,1 %) пациентам было произведено симультанное оперативное вмешательство.

Выводы

1. Применение разработанного нами алгоритма диагностики позволяет повысить уровень выявляемости сочетанной патологии до 22,3 %.

2. Повышение уровня диагностики сочетанной патологии, путем использования данного алгоритма, позволило у 20,1 % больных выполнить симультанное хирургическое вмешательство без повышения уровня послеоперационных осложнений и летальности.

Ключевые слова: сочетанная патология, эндокринные заболевания, симультанные операции, диагностика.

DIAGNOSTICS OF COMBINED SURGICAL PATHOLOGY AS A PREDICTOR OF LEVEL OF SIMULTANEOUS OPERATIONS

Zavgorodniy S. M., Kubrak M. A., Danilyk M. B., Rylov A. I.

Abstract. At 20.0 - 30.0% of patients hospitalized in a surgical hospital, there are 2 - 3 concomitant diseases that can be eliminated in an operative way. However, in practice, the percentage of performing simultaneous surgical interventions is only 5.5%. The main reason is the insufficient level of detection of concomitant surgical pathology in this category of patients.

The purpose of the study. To improve the diagnosis of combined surgical pathology in patients with endocrine system diseases and to increase the percentage of performing simultaneous surgical interventions by applying an algorithm of examination of this category of patients.

Object and methods. According to our algorithm for the diagnosis of combined surgical pathology, 318 patients were enrolled for routine surgery with endocrine organs at the age of 53.3 ± 9.6 years.

Results of the study. At 71 (22.3%) patients we found from 1 to 3 concomitant surgical diseases. In the structure of pathology, a combination of thyroid gland pathology and gallstone disease / polyposis of the gallbladder was most often encountered - 35 (49.3%). In 13 (18.3%) the pathology of the parathyroid and thyroid gland was revealed. In 7 (9.9%) - diseases of the thyroid gland and pelvic organs and 5 (7.0%) - adrenal pathology in combination with gallstone disease was revealed. In 3 (3.2%) patients with thyroid disease, concomitant diseases of soft tissues were diagnosed. At 8 (11.3%) - a combination of other pathology. 64 (90.1%) patients underwent simultaneous surgical intervention. In 7 (10.9%) patients in the postoperative period there was transient hypoparathyroidism; in 4 (6.4%) - local niggmoid complications. There were no lethal cases after simultaneous surgical interventions.

Conclusions

1. The level of performed simultaneous surgical interventions directly depends on the detectability of the combined surgical diseases during the examination of the patient.
2. Application of the diagnostic algorithm developed by us makes it possible to increase the detection rate of the combined pathology to 22.3%.
3. An increase in the level of diagnosis of the combined pathology, by using this algorithm, allowed simultaneous simultaneous surgical intervention in 20.1% of patients without an increase in the level of postoperative complications and lethality.

Key words: combined pathology, endocrine diseases, simultaneous operations, diagnostics.

Рецензент – проф. Ляховський В. І.

Стаття надійшла 05.05.2019 року

DOI 10.29254/2077-4214-2019-2-1-150-125-129

УДК 618.14-006.6-089

Ибрагимов А. М.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ РАКОМ С ПОРАЖЕНИЕМ ПАРААОРТАЛЬНЫХ И ТАЗОВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПОСЛЕ ЛИМФАДЕНЭКТОМИИ

Азербайджанский Медицинский Университет (г. Баку, Азербайджан)

Медицинский Факультет Университета Гаджитепе (г. Анкара, Турция)

nauchnayastatya@yandex.ru

Связь публикации с плановыми научно-исследовательскими работами. «Частота метастазирования изолированных парааортальных лимфатических узлов при раке эндометрия, установленной на интраоперационном этапе».

Вступление. Сегодня, несмотря на достигнутые в области онкогинекологии значительные успехи в диагностике и лечении эндометриального рака (рак матки), решение ряда вопросов данной проблемы все еще не потеряло свою актуальность [1,2]. Указанная патология, являясь наиболее часто выявляемым среди женщин с гинекологическим раком, составляет 42-55% и занимает 2-ое место после рака яичников [1,2,3], среди женщин с высоким возрастным уровнем наиболее часто наблюдается в период постменопаузы. При установлении диагноза эндометриального рака огромная прогностическая роль принадлежит метастазам в парааортальных лимфатических узлы и лимфатические узлы таза [4,5]. Некоторые авторы сообщают о том, что проведение парааортальной и пельвиолимфаденэктомии способствует значительному повышению риска осложнений и заболеваемости [6,7,8]. Наряду с этим, другие авторы указывают на снижение выживаемости больных без проведения лимфаденэктомии парааортальных лимфатических узлов и лимфатических узлов таза. Поэтому очень важно установить факторы риска, свидетельствующие о возможной генерализации метастазов в лимфатические узлы при раке эндометрия [8,9,10]. Наряду с этим, вопрос выбора подхода к оценке лимфатических узлов у больных с эндометриальным раком на его ранней стадии все еще остается спорным. Соотношение генерализации метастазов в лимфатические узлы меняется в соответствии со стадией и степенью дифференциации опухоли. Среди основных факторов риска, связанных с эндометриальной карциномой, является и ожирение. Повышение индекса массы тела, является важным фактором риска развития данного заболевания, значительно повышает процент смертности [4,6,7,8]. Все это говорит о том, что, несмотря на безопасность

консервативного лечения, дифференциация изолированных парааортальных лимфатических узлов, лимфатических узлов таза и факторов риска очень важно [8,9,11]. Некоторые специалисты настоятельно рекомендуют у всех женщин с эндометриальной карциномой, независимо от наличия или отсутствия у них подозрительного лимфоузла, проводить диссекцию контрольного лимфатического узла. Своевременное выявление и определение характера эндометриального онкологического образования у отмеченных женщин может играть определенную роль в выборе новых способов диагностики и тактики лечения [1,12].

Цель исследования – провести анализ факторов, влияющих на выживаемость больных раком эндометрия (РЭ), после проведенной лимфаденэктомии, в зависимости от степени поражения парааортальных и тазовых лимфатических узлов.

Объект и методы исследования. В исследование было включено 417 больных с парааортальными метастазами лимфатических узлов (МЛУ) и МЛУ таза, которым в 2000-2015 годы на Медицинском факультете Университета Гаджитепе было проведено хирургическое лечение, и 835 больных раком эндометрия с проведенной парааортальной и пельвиолимфаденэктомией. После получения отзыва Этического Комитета Университета Гаджитепе приступили к исследованию. Все больные были подвергнуты общей абдоминальной гистерэктомии, двусторонней сальпингоофорэктомии, пельвио и парааортальной лимфаденэктомии. Парааортальная диссекция ЛУ заключается в удалении всех лимфатических узлов, начиная с бифуркации аорты, сбоку паракавальных и парааортальных лимфатических тканей, а сверху – до ренальных сосудов. Пельвиолимфаденэктомия состоит в удалении лимфатических тканей, расположенных на поверхности наружных и общих подвздошных сосудов, а также в запирательном канале. У больных с РЭ были оценены клинично-патологические особенности, возраст, гистологический подтип, стадия, согласно классификации FIGO (13),