

различных видов антикоагулянтной терапии (ретроспективное исследование) // Серце і судини.-2008.-№ 1.-С.33-40.

2. Состояние гемостаза у больных с тромбозом болевой болезнью по данным коагулограммы и тромбоэластограммы / Крахмалова Е.О., Трушкина Т.В. и др. // Харківська хірургічна школа.-2002.-№ 4 (5).-С69-71.

3. Тодоров Б.М. Изменения в системе коагуляционного гемостаза при венозной тромбоземболии // Клінічна хірургія.-2005.-№ 2.-С.31-33.

4. Тураев П.И., Бобров О.Е., Семенюк Ю.С., Мендель Н.А. Венозный тромбоз нижних конечностей и тромбоземболия легочной артерии.- К.: Феникс, 2002.- 117 с.

*Волошин М., Дибяк Ю.М., Оринчак В.А., Олейник А.И.*

#### **Новые аспекты в комплексном лечении острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей**

**Резюме.** Изучали общие и локальные нарушения гемостаза при ГТГВ, I группа 52 больных, получавших традиционный комплекс лечебных мероприятий. Пациенты II группы (50 пациентов - 49%) дополнительно получали флогензим (фирмы "MUCOS Pharma GmbH & Co", Германия). Полученные результаты указывают

на важность местных гемостазиологических нарушений при лечении венозных тромбозов.

**Ключевые слова:** венозный тромбоз, гемостаз.

*Voloshyn M.M., Dybiak Yu.M., Orynychak V.A., Olynyk O.I.*

#### **New Aspects in the Complex Treatment of Acute Deep Venous Thrombosis of the Lower Extremities**

**Summary.** The correction of the local haemostasis violations at vein thrombosis of lower extremities. We have investigated two group of patients for determination the peculiarities of general and local violations at DVT and research the influence of systemic enzymotherapy on destroy of haemostasis. In I group (control) are 52 patients (51%), who had traditional complex of measure. The patients of II group (50 patients - 49%) had flogenzym ("MUCOS Pharma GmbH & Co"). For evaluation the I phase of coagulative haemostasis we determined the APTT, for II phase - PT, for III phase - TT, Fg, ФХIII. Our results demonstrate the importance to account of local haemostasis violations at treatment of DVT.

**Key words:** venosis thrombosis, haemostasis, treatment.

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК 616.341-007.272-08

*Гончар М.Г., Скрипко В.Д.*

#### **Моніторинг лікувальної тактики при гострій тонкокишкової непрохідності**

Кафедра хірургії стоматологічного факультету

Кафедра хірургії факультету післядипломної освіти

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"

Ще римський лікар Цельз поділяв гостру кишкову непрохідність на тонко- і товсто кишкову, а перша фундаментальна монографія «Непрохідність кишок» під редакцією Перельмана вийшла в 1937 році.

Гостра кишкова непрохідність до сьогоднішнього часу залишається одним з найбільш тяжких хірургічних захворювань у невідкладній абдомінальній хірургії. Летальність при її розвитку коливається в межах від 4% до 20%, а у пацієнтів старше 60 років перевищує 30% (Гусак Н.В., 2007; Слонецький Б.І. та співав., 2010). Серед причин летальності провідне місце посідає поліорганна недостатність, яка виникає в 51-83% випадків (Білянський Л.С. та співав., 2006). Головним фактором патогенезу поліорганної недостатності є ендогенна інтоксикація. Остання виникає внаслідок атонії кишечника і транслокації патогенних мікроорганізмів і вірусів із кишечника в навколишні органи і тканини.

Перші відомості про неспецифічну бактеріємію, яка в останні десятиріччя дістала назву «транслокація», з'явилися в кінці XIX століття ( С. Е. Edmiston Fr., R. E. Condon, 1991). З аутофлори найчастіше транслюкується кишкова паличка, протей, ентеробактерії. А. В. Жигайлов у своїх дослідженнях показав, що при інтрагастральному введенні бактерій рівень транслокації через шлунок і тонку кишку значно вищий ніж з товстої кишки. Бактерії при ГТКН пошкоджують слизову кишечника і сприяють бактеріальній транслокації, яка, як правило, локалізується в лімфовузлах брижі, воротній вені, печінці.

Никитенко В.И. и соавт.(2001) вважають, що транслокація бактерій з шлунково – кишкового тракту може бути природним захисним механізмом.

Таким чином, на сьогоднішній день ще є багато «білих плям» в хірургічній тактиці лікування гострої тонкокишкової непрохідності (Игнатъев В.В., 2005).

Для покращення результатів терапії цієї складної патології,

на наш погляд, в першу чергу необхідно вирішити наступні питання.

1. Адекватна передопераційна підготовка.
2. Лапаротомія і послідовність виконання операційного втручання.
3. Запобігання розвитку злукоутворення в черевній порожнині.
4. Методи закриття черевної порожнини залежно від стадії перитоніту.

5. Активне ведення післяопераційного періоду.

Діагностика ГТКН починається за стандартною схемою в приймальному покої. З'ясовується етіологія і перебіг захворювання, його тривалість, клінічна картина, стан перистальтики, наявність характерних для захворювання симптомів. Виконуються загальноклінічні і біохімічні аналізи, додаткові методи обстеження (обзорна рентгенографія органів черевної порожнини, УЗД). Визначають наявність супутньої патології.

Лікування ГТКН починається з консервативної терапії. Власне кажучи консервативне лікування і підготовка до операції ідуть паралельно: промивання шлунка, постановка звичайних і сифонних клізм, стимуляція перистальтики, дезінтоксикація та антибактеріальна терапія, корекція супутньої патології. Відсутність позитивного результату від проведеного впродовж 2-х годин лікування, відповідні показники крові, наявність чаш Клойбера, наростаюча інтоксикація згідно з показниками крові – є показом до оперативного втручання.

Застосування в клінічній практиці шкал тяжкості стану і прогнозу перебігу захворювання таких як: SAPS (динаміка середніх молекул плазми крові), APACHE II (Acute Physiology Age and Chronic Health Evaluation), SSS (Sepsis Severe Score), SIRS (Systemic inflammation respons syndrom) – практично не проводяться, і не тому, що не всі практичні лікарі ними володіють, а тому що вони вимагають громіздких обстежень і більше

«Чого лікарство не излечивает – лечат железом . . .»

*Гуннократ*

підходять для порівняльного аналізу груп хворих, а не одного пацієнта.

Операція починається з середньо-серединної лапаротомії. Доступ повинен бути достатньо широкий для повноцінної діагностики, ревізії і виконання операційного втручання з найменшим травматизмом внутрішніх органів.

У клініці відроблений певний алгоритм послідовності виконання операційних маніпуляцій. Після лапаротомії перше, що вважаємо за необхідне, виконати санацію черевної порожнини антисептичними розчинами. Ця проста маніпуляція сприяє стабілізації тиску і пульсу внаслідок тимчасового зменшення потоку інтоксикації з великої поверхні парієтальної і вісцеральної очеревини, і позитивний результат спостерігається через декілька хвилин після її виконання.

Наступний етап – діагностика. Не завжди причина гострої тонкокишкової непрохідності лежить на поверхні, і тому починаєм ревізію від зв'язки Трейца до сліпої кишки, або навпаки. Знайшовши причину непрохідності ліквідуємо її та відразу інтубуємо тонку кишку (назогастральним шляхом) до місця перепони – роздуті петлі тонкої кишки. Проводимо відсмоктування вмісту тонкої кишки на операційному столі і промиваємо її фізіологічним розчином до чистого вмісту. Санація черевної порожнини і санація роздутої тонкої кишки направлені на зменшення інтоксикації як місцевого характеру, так і для розриву патологічного ланцюга, який викликає розвиток загальної інтоксикації макроорганізму.

Наступним етапом проводимо блокаду кореня брижі тонкого і товстого кишечника за допомогою 0,25-0,5% розчину новокаїну в кількості 100-150 мл (якщо дозволяє артеріальний тиск). Після цього, при показі проводимо резекцію тонкої кишки (50 см дистальніше і проксимальніше некротизованої ділянки), накладаємо анастомоз (як правило бік в бік) навіть при гнійному перитоніті і через анастомоз до сліпої кишки проводимо інтубаційний зонд. У тих випадках, коли немає некрозу кишки, а тільки странгуляційна борозна – її ушиваємо серозними швами.

Іноколи оператор знаходить тільки некроз странгуляційної борозни і перед ним постає питання, що робити? Відповідь на це питання повинні дати експериментальні дослідження на тваринах, які за фізіологічними властивостями близькі до людського організму.

Після відновлення прохідності кишечника проводимо повторну санацію черевної порожнини і кишечника теплим фізіологічним розчином.

Перед закриттям черевної порожнини дотримуємося правил запобігання злукового процесу і розвитку ранньої злукової кишкової непрохідності.

Перше, це інтубація кишечника терміном до 5-6 діб. Вона запобігає розвитку ранньої злукової непрохідності (Ерюхин І.А., 1999). Більш тривала інкубація, як це рекомендує Б.П.Филенко (2002), може привести до небажаних результатів: у множинні отвори інтубаційного зонда пролабують ворсинки кишки і при видаленні зонда може наступити інвагінація кишки або її заворот.

Усі дренажі в черевну порожнину необхідно ставити по бокових стінках черевної порожнини, а не через кишечник – навколо них можуть утворитися злуки з розвитком наступної кишкової непрохідності.

Петлі кишок після санації повинні бути чисті, не вкриті рожевою рідиною, залишками крові або кров'ю, фібрином – це шлях до злукоутворення. Гемостаз має бути ретельним не тільки в черевній порожнині, а й при зашиванні передньої черевної стінки.

Всі десеризовані ділянки кишечника, навіть найдрібніші, повинні бути ушитими серо-серозними швами.

Роз'єднані злуки треба видалити, не просто розсікати, а видалити, відсікаючи їх біля самої кишки. В той же час, відношення до кишки має бути обережним з найменшою травмою її оболонки.

Сальник – це «поліцейський черевної порожнини». Він має

здатність захоплювати мікроорганізми і руйнувати їх, а ті що залишаються – зберігаються у вакуолях фагоцитів і видаляються з них. При запальному процесі сальник покривається фібрином. Останній утворює фібринові злуки за декілька годин (2-4 год). При кишкової непрохідності з явищами перитоніту розвивається атонія кишечника. Тим самим збільшується час контакту сальника з іншими органами, що провокує утворення злук (Д.Либманн-Мефферт, Х. Уайт, 1989). А якщо врахувати, що при ендогенній інтоксикації кишечника мікрофлора «осідає» в лімфовузлах брижі кишечника і сальника, то виникає питання, що з ним робити? Залишати чи видалити? Мабуть це питання потребує подальшого вивчення.

Перед закриттям черевної порожнини після її дренивання в неї залишаємо антисептик – декасан.

Закриття черевної порожнини, особливо при некомпенсованій стадії кишкової непрохідності і термінальній стадії перитоніту, має неоднозначне рішення. На перших етапах розробки методів лікування цієї важкої патології, ми наклали 3-5 швів через всі шари передньої черевної стінки з метою програмованої санації черевної порожнини. Але цей метод не ліквідує компартмент – синдром, який виникає при атонії кишечника і наявності перитоніту, погіршуючи кровопостачання кишечника і сприяє наростанню ендогенної інтоксикації. В.Н. Белоконев і соавт (2008) вважають, що саме поєднання інтубації кишечника з лапаростомією є ефективним методом профілактики підвищення внутрішньочеревного тиску. Ряд авторів рекомендують зашивати тільки шкіру, інші розсікати передній листок апоневрозу прямого м'яза живота і зшивання розсіченого листка, що збільшує об'єм черевної порожнини. А як в таких випадках проводити програмовану санацію черевної порожнини? Наша клініка зупинилася на шиванні блискавки в лапаротомну рану. Це швидкий і малотравматичний метод програмованої санації черевної порожнини.

В.В. Бенедикт, М.С. Гнатюк (2002) умовно поділяють післяопераційний період на 3 періоди: перший триває 24 години, другий 24-48 годин і третій – відновлення перистальтики з 3-ї доби після операції. В перший період автори пропонують гальмувати моторику шлунково-кишкового тракту. Виникає питання, з якою метою? Вона і так відсутня при ендогенній інтоксикації і перитоніті. Навпаки, якщо не проводилася резекція кишки і не накладався анастомоз, ми зацікавлені в найбільш швидкому відновленні перистальтики, як найбільш ефективний метод боротьби з ендогенною інтоксикацією і компартмент синдромом. Запропонований авторами метод, на наш погляд, може бути виправданий тільки в тих випадках, коли не проводиться назоінтестинальна інтубація і програмована санація кишечника.

При атонії кишечника, яка триває до 3-х діб, в алгоритм ведення післяопераційного періоду, входила пролонгована перидуральна анестезія, санація черевної порожнини і кишечника. На фоні пролонгованої перидуральної анестезії санацію черевної порожнини розпочинали через 18-20 годин після операції і тривала вона до появи перистальтики-ліквідації перитоніту. Черевну порожнину промивали теплими антисептичними розчинами, аспірували гнійні маси, забирали вільно лежачі фібринозні нашарування, обережно виконували ревізію черевної порожнини, ліквідували абсцеси, затьоки. Маніпуляцію закінчували введенням в черевну порожнину розчину декасану.

Санацію кишечника виконували 5-7 разів на добу. Спочатку промивали кишечник 0,5-1,5 літрами фізіологічного розчину. На думку багатьох дослідників, це достатньо для відновлення фізіологічних функцій кишки (Саєнко В.Ф. та співав., 1989; Григорян Р.А., 1990). Однак в останні роки хірурги все частіше використовують інтубаційний зонд з метою детоксикаційної, протимікробної терапії та відновлення фізіологічної функції кишкової трубки.

Одним із найбільш перспективних методів інтестинальної терапії при гострій тонкокишкової непрохідності є ентеросорбція (С.В.Дьяков, В.П. Козинцев, 1991). Це пояснюється патогенетичною спрямованістю дії сорбентів на один із голов-

них джерел ендogenous інтоксикації і токсемії-вміст атонічної тонкої кишки (Нечаев Э.А. и др., 1993). Механізм дії ентеросорбентів полягає в дезактивації токсичних речовин, які утворюються в просвіті кишки (індол, скатол, фенол, аміак, креатинін, меркаптан, токсичні пептиди). Інший ефект ентеросорбції може виражатися у біотрансформації деяких високотоксичних продуктів у менш токсичні. Це обумовлено, на думку В.С.Земскова і співав. (1988) тим, що сорбенти як фактори концентрації переносу елементів кишкового вмісту, виступають у якості коферментів і таким чином сприяють кращій взаємодії метаболітів, ферментів та інших речовин, прискорюючи процеси їх природного перетворення. На даний час для проведення ентеросорбції застосовують більше 20 препаратів.

Крім сорбентів, в останні роки дослідники використовують препарати для оксигенації і покращення кровопостачання кишки.

Таким чином, після промивання кишки фізіологічним розчином вводимо ентеросорбенти і перетискаємо зонд на 1-1,5 години. Така процедура повторюється декілька раз на добу і закінчується після повноцінного відновлення перистальтики.

Після ліквідації явищ перитоніту і відновлення перистальтики видаляли назоінтестинальний зонд, знімали блискавку і лапаротомічний розріз пошарово зашивали. Дренажі в черевній порожнині залишали на необхідний період часу.

Назоінтестинальний зонд забирали при наявності назогастрального зонда для запобігання аспірації бронхіального дерева кишковим вмістом.

Ще хотілося б зупинитися на деяких питаннях раннього зондового харчування. І тут думка дослідників неоднозначна. Деякі автори вважають, що введення в атонічний кишечник навіть рідини є стимулом до перистальтики. Ми не бачимо патогенетичного обґрунтування череззондового введення будь-яких сумішей в атонічний кишечник і в цьому опираємося на дослідження S/Sauderstedt et al. (1985), які вважають, що у випадках пригнічення всмоктування кишечною поверхнею нижче 50%, ентеральний шлях введення харчових речовин залишається блокованим. Поява перших перистальтичних рухів (2-3 доба) є показом для проведення зондового харчування. Широко практикуємо введення розчинів глюкози, дитячих суміші, "Берламіну". З появою повноцінної перистальтики відпадає необхідність в зондовому харчуванні хворих.

Підсумовуючи вищенаведене можна стверджувати, що в лікуванні гострої тонкокишкової непрохідності з вираженою ендogenous інтоксикацією повинен мати місце чіткий алгоритм заходів на всіх етапах лікування: доопераційному, під час виконання операційного втручання і активного післяопераційного ведення хворих.

Запропонована лікувальна тактика важкої патології не дозволяє поставити крапку в цій проблемі. Залишається цілий

ряд питань, які вимагають відповіді, а саме:

1. Питання патогенетично обґрунтованої доопераційної підготовки хворих та її тривалість.
2. Адекватний, для достатності анастомозу, розмір резекції тонкої кишки, особливо при некрозі странгуляційної борозни.
3. Корекція функцій печінки, нирок і стану легень.
4. Оптиміальні методи санації ентеральної інтоксикації з паралельним введенням препаратів, які покращують кровопостачання, оксигенацію і відновлюють функцію ворсинок кишки.
5. Ентеральне харчування, коли його починати? Коли закінчувати?
6. Стимуляція кишечника і оптимізація методів боротьби з перитонітом.

7. Питання прогнозування перебігу гострої тонкокишкової непрохідності, ускладненою ендogenous інтоксикацією.

Це не весь перелік питань, які підлягають подальшому вивченню, але навіть якщо ми дістанемо відповідь на них, то треба сподіватись, що результати лікування гострої тонкокишкової непрохідності дещо покращаться.

### Література

1. Слонєцький, Б. І. Гостра спайкова кишкова непрохідність: проблеми та перспективи діагностики на ранньому госпітальному етапі / Б. І. Слонєцький, С. М. Онищенко. - С.34-36. - Библиогр.: с. 36.
2. Krepel CJ, Gohr CM, Edmiston CE, Jr, Farmer SG. Anaerobic pathogenesis: collagenase production by *Peptostreptococcus magnus* and its relationship to site of infection. *J Infect Dis.* 1991 May; **163**(5):1148-1150.
3. Ерюхин И.А. Синдром полиорганной недостаточности. Сущность понятия и корректность обозначения. / И.А. Ерюхин // *Вестник-хирургии.* 2000. - №4 - С. 12-19.
4. Либерман-Мефферт Д., Уайт Х. Большой словарь. М 1989; 137-153.
5. Никитенко, Н. И. Роль транслокации бактерий в патогенезе хирургической инфекции / Н. И. Никитенко, В.В. Захаров, А.В. Бородин // *Хирургия.* 2001, 2: 63-66.
6. Edmiston C.E. Jr., Condon R.E. Bacterial translocation. *Surg., Gynecol., Obstet.* 1991, Jul., **173**(1), 73-83.
7. Жигайлов А.В. Транслокация бактерий - как фактор инфицирования ран при металлоостеосинтезе закрытых переломов костей конечностей и обоснование нового принципа антибактериальной терапии. Автореф. дис. канд. мед. наук, 18 с.
8. Нечаев, Э.А. Дренирование тонкой кишки при перитоните и кишечной непроходимости / Э.А.Нечаев, А.А.Курыгин, М.Д.Ханевич. -СПб.: Росмедполис, 1993.-239с.
9. Земсков В.С., Шор-Чудновский М.Е., Самодумова И.М. и др. Энтеросорбция полиметилсилоксаном при механической желтухе. Новые средства и сферы клинического применения сорбционной детоксикации организма. Тезисы докладов III Украинской конференции. Днепропетровск 1988; 24-25.

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК 616.131-005.6

Гудз І.М.

### Особливості профілактики та лікування тромбозу глибоких вен у вагітних і породіль згідно з останніми рекомендаціями АССР

Кафедра загальної хірургії медичного факультету  
Івано-Франківський національний медичний університет

**Резюме.** Виходячи із позицій доказової медицини, керівництвом для лікарів усього світу щодо профілактики та лікування тромботичних захворювань була публікація CHEST - 8-ме видання АССР (асоціації грудних лікарів Америки). На початку 2012 року з'явилося нове, 9-те видання даної асоціації. У представленій робо-

ті наводяться рекомендації згаданої асоціації щодо профілактики та лікування тромбозу глибоких вен у вагітних і породіль.

**Ключові слова:** тромбоз глибоких вен, вагітність, породілля, АССР.