

6. Патоморфологічні зміни в стінці тонкої кишки при експериментальній кишковій непрохідності / О.В. Лігоненко, І.І. Дігтяр, І.О. Чорна [та ін.] // Вісник проблем біології і медицини. – 2011. – Вип.2, Том 1. – С. 190-191.

7. Півторак В.І. Морфологічні зміни тонкої кишки при експериментальній гострій кишковій непрохідності / В.І. Півторак, С.В. Шапринський, С.В. Вернигородський // Кліні. анатомія та операт. хірургія. – 2007. – Том 6, №2. – С. 57-60.

8. Хажин Г.А. Морфофункціональні зміни тонкої кишки і легких при різних видах гострої кишечної непрохідності : автореф. дис. на соискание ученої ступені канд. мед. наук : спец. 14.00.02 – “Анатомія людини” / Г.А. Хажин. – Москва, 2005. – 20 с.

9. Хирургическое лечение обтурационной непроходимости ободочной кишки / В.З. Тотиков, А.К. Хестанов, К.Э. Зураев [и др.] // Хирургия. – 2001. – №8. – С. 51-54.

10. Differential regional and subtype-specific vulnerability of enteric neurons to mitochondrial dysfunction / A. Viader, E.C. Wright-Jin, B.P. Vohra [et al.] // PLo One. – 2011. – Vol. 6(11). – P. e27727.

11. Intestinal mucosae lesions in low-flow states / I.A. morphological, hemodynamic and metabolic reappraisal / C.J. Chiu, B. McArdle, R. Brown [et al.] // Arch. Surg. – 1970. – Vol. 101. – P. 478-483.

12. Predicting of survival of experimental ischemic small bowel using intraoperative near-infrared fluorescence angiography // A. Matsui, Y.H. Winer, R.G. Laurence [et al.] // Br. J. Surg. – 2011. – Vol. 98(12). – P. 1725-1728.

13. Wiesner W. Small bowel ischemia caused by strangulation in complicated small bowel obstruction. CT findings in 20 cases with histopathological correlation / W. Wiesner, K. Mortelet // JBR BTR. – 2011. – Vol. 94(6). – P. 309-314.

Дельцова Е.И., Геращенко С.Б., Гончар М.Г., Скрипко В.Д.

Реактивные изменения в структурах стенки тонкой кишки при острой кишечной непроходимости у человека

Резюме. Изучено состояние приводящей и отводящей петли тонкой кишки (13 случаев), забранных во время операции резекции тонкой кишки по поводу механической кишечной непроходимости. Установлено, что гистопатологические изменения приводящей и отводящей петли кишки человека на разном расстоянии от некротизированной зоны имеют выраженные отличия. В границах общепринятой резекции 40 см приводящей и 20 см отводящей петли они отличаются в зависимости от типа непроходимости.

Ключевые слова: кишечная непроходимость, тонкая кишка, морфология.

Deltsova O.I., Geraschenko S.B., Gonchar M.G., Scripko V.D.

Reactive Changes in the Structures of Wall of Small Intestine at a Acute Intestinal Obstruction for a Man

Summary. The state of leading and taking loop of small intestine (13 cases), taken away during the operation of enterectomy concerning a mechanical bowel obstruction. It is set that the histological changes of leading and taking loop of small intestine of man on different distance from a necrotised area have marked differences. Within bounds of the generally accepted resection a 40 cm of leading and 20 cm of taking loop they differ depending on the type of obstruction.

Key words: intestinal obstruction, small intestine, morphology.

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК: 616.381-002-07-089.85

Дроняк М.М., Шевчук І.М., Пилипчук В.І.

Хірургічна тактика лікування хворих на післяопераційні гнійники черевної порожнини

Кафедра хірургії № 2 (зав. каф. - проф. І.М.Шевчук)

Івано-Франківського національного медичного університету

Резюме. Проаналізовані результати лікування 91 хворого з післяопераційними гнійниками черевної порожнини. Пункційно-дренувальні втручання під контролем УЗД проведені у 76 (83,5%) хворих, релапаротомія – у 15 (16,5%) хворих. Показани до повторного відкритого оперативного втручання у 15 (16,5%) хворих були технічна неможливість застосування пункційно-дренувального втручання під час УЗД чи його неефективність.

Ключові слова: післяопераційний перитоніт, абдомінальний сепсис, мініінвазивні технології.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Незважаючи на досягнення інтенсивної терапії, впровадження нових методів діагностики і лікування, структура ускладнень після операцій на органах черевної порожнини та їх наслідки суттєво не змінилися [1,4,8]. Гнійно-септичні ускладнення виникають у 3-10% оперованих з приводу хірургічних захворювань органів черевної порожнини, на фоні загального перитоніту, їх частота зростає до 15-25% [6,8]. Найчастішими із внутрішньоочеревинних ускладнень, які вимагають релапаротомії (РЛ), залишаються гнійно-септичні ускладнення та післяопераційний перитоніт [2,3 5, 7,8].

Матеріал і методи дослідження

З 2001 по 2011 рр. у хірургічному відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні пролікований 91 хворий на місцевий післяопераційний перитоніт. Чоловіків було 48 (52,7%), жінок – 43 (47,3%), віком від 18 до 80 років. Причинами місцевого післяопераційного перитоніту у всіх хворих були абсцеси черевної порожнини, які виникли після раніше проведених оперативних втручань. Підпечінковий абсцес 24 (26,4%) хворих, з них, після лапароскопічної холецистектомії у 13 (54,2%), відкритого втручання з приводу деструктивного холецистити, холедохоліпазу, гнійного холангіту і гнійного перитоніту – у 11 (45,8%) хворих. Піддіафрагмальний абсцес діагностований у 42

(46,2%) хворих. Міжпелтєві абсцеси діагностовані у 18 (19,8%) хворих.

Для інструментальної діагностики застосовували УЗД, КТ, за показаннями ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію (ЕРПХГ).

Дренування гнійників проводили стилет-катетером типу «pig tail» під УЗД контролем. Втручання проводили після стандартної премедикації під місцевим знеболюванням 0,25% - ним розчином новокаїну. Пункцію і дренування гнійника здійснювали по найкоротшій траєкторії, включаючи і міжреберний доступ по задній аксильній і лопатковій лінії. Інтермітуючу вено-венозну гемодіалізацію online проводили за допомогою апарату штучної нирки АК 200 ULTRA S (Gambro) з колонкою для гемодіалізу /гемодіалізації Polyflux 14 S. Бактеріологічне дослідження гною, крові і сечі проводили у бактеріологічній лабораторії ОКЛ із визначенням мікрофлори, чутливості її до антибактеріальних препаратів. Для діагностики сепсису використовували критерії Чикагської конференції (1991) [5].

Результати дослідження та їх обговорення

Гіпертермію понад 38°C відзначали у 78 (85,7%) хворих, зниження температури тіла нижче 36°C мали 7 (7,7%) хворих. Тахікардію більше 90 уд. за 1 хв мали 59 (64,8%) хворих, у 32 (35,2%) хворих частота серцевих скорочень сягала 120 і більше уд за 1 хв. У 74 (81,3%) хворих тахіпноє було в межах 18-20 за 1 хв. У 17 (18,7%) хворих частота дихання перевищувала 30 за 1 хв. У загальному аналізі крові відзначали збільшення кількості лейкоцитів, з них у 42 (46,1%) хворих понад 15×10^9 /л. У лейкоцитарній формулі відзначали значний зсув вліво, кількість паличкоядерних нейтрофілів становила в середньому 14,5+1,9 (%). У 32 (35,1%) хворих кількість паличкоядерних нейтрофілів перевищувала 20%. Анемію різного ступеня виявлено у 64 (70,3%) хворих, з них у 17 (26,5%) гемоглобін був менше 70 г/л. У 76 (83,5%) хворих виявлено гіпопротеїнемію. Рівень загаль-

ного білірубину в сироватці крові у 19 (20,8%) хворих становив в середньому $38,9 \pm 4,73$ мкмоль/л. У 11 (12,1%) хворих зростання активності АсАТ та АлАТ сягало 4,5 та 4,2 мкмоль/л-год, відповідно, що свідчило про руйнування мембран гепатоцитів і наростання печінкової недостатності. Рівень креатиніну перевищував норму у 36 (39,5%) хворих і становив в середньому $91,8 \pm 9,46$ мкмоль/л. Рівень сечовини у 33 (36,2%) хворих становив в середньому $11,3 \pm 1,62$ мкмоль/л. У 29 (31,8%) хворих рівень креатиніну та сечовини зростав до 3-ї доби захворювання, проте, вже на 7-у добу після проведеного лікування показники поверталися до норми. Рівень ПСММ в першу добу госпіталізації перевищував норму у 68 (74,7%) хворих і становив, в середньому $0,512 \pm 0,048$ ум. од. Концентрація ДК коливалася від 2,896 до 4,978 од опт. шільн., і становила в середньому $4,954 \pm 0,337$ од опт. шільн. Концентрація МДА перевищувала верхню межу норми у 72 (79,1%) хворих, максимально сягала 6,532 нмоль/мл, і становила в середньому $5,724 \pm 0,612$ нмоль/мл, що свідчило про тяжку ендogenous інтоксикацію, яка може призводити до ураження життєво важливих органів та систем.

Таким чином, у всіх хворих на місцевий післяопераційний перитоніт спостерігали ознаки АС. При госпіталізації, в перші 3 доби від початку захворювання тяжкий АС діагностований у 13 (14,3%) із 91 хворого. Серед хворих, госпіталізованих на 5-7 добу від початку захворювання тяжкий АС мали 19 (20,8%) хворих.

У 76 (83,5%) хворих застосували черезшкірне дренирування гнійника стилет катетером типу "rig tail" під контролем УЗД. Гній максимально видаляли, проводили його бактеріологічне та цитологічне дослідження. Порожнину гнійника під час дренирування і після промивання розчином антисептика (бетадин, 0,02% - ний розчин декасану). Великі гнійники об'ємом 150 мл і більше при можливості дренирували кількома стилет катетерами у крайній верхній і нижній точках і налагоджували постійне крапельне промивання порожнини. При стиханні запальних явищ, ліквідації ознак системної запальної відповіді, та зменшенні розмірів залишкової порожнини гнійника, хворих виписували із дренажами на амбулаторне лікування. Дренажі утримували до повної облітерації залишкової порожнини гнійника. Терміни стаціонарного лікування після дренирування під контролем УЗД солітарного абсцесу черевної порожнини складали в середньому $12 \pm 1,6$ днів, при множинних гнійниках $18 \pm 2,1$ днів.

Показами до проведення РЛ у 15 (16,5%) хворих стала технічна неможливість застосування пункційно дренирувального втручання під УЗД контролем чи його неефективність. Об'єм оперативного втручання передбачав роз'єднання злук, санацію і дренирування гнійника та черевної порожнини.

Антибактеріальну терапію розпочинали з моменту госпіталізації. До верифікації збудника стартова антибактеріальна терапія була емпіричною, після отримання результатів на 3-4 день змінювали антибактеріальні препарати на карбапенеми (меронем меропенем, ронем, ертапенем, сінерпен). Для профілактики грибкової патологічної колонізації і суперінфекції призначали дифлюкан (флуконазол) в добовій дозі 50-100 мг.

При бактеріологічному дослідженні гною *E. coli* висіяли у 26 (28,5%) хворих, *Pr. mirabilis* у 17 (18,6%) хворих, *St. aureus* у 6 (6,6%) хворих, *Ps.* у 4 (4,4%) хворих. Комбінації цих збудників встановлено у 38 (41,7%) хворих. При бактеріологічному дослідженні крові і сечі результати були позитивними тільки у 16 (17,6%) хворих.

При тяжкому АС в комплекс заходів інтенсивної терапії у 22 (24,1%) із 91 хворих включили методи екстракорпоральної детоксикації, зокрема, вено венозну гемодіалізацію. У 5 (26,3%) хворих вже на 2-3 добу наступило покращення стану, зменшилась вираженість проявів СПОН, ендogenous інтоксикації, що сприяло їх видужанню.

Померли 14 (15,4%) із 91 хворого на місцевий післяопераційний перитоніт, ускладнений АС внаслідок наростання

ПОН, з них після застосування малоінвазивних втручань 5 (35,7%) хворих, після РЛ 9 (64,3%) хворих.

Висновок

Найбільш ефективним методом у лікуванні хворих місцевого післяопераційного перитоніту, ускладненого абдомінальним сепсисом, є застосування пункційно-дренирувального втручання під контролем УЗД. Релапаротомії слід проводити при неможливості виконання та неефективності мініінвазивних технологій. Застосування таких підходів до лікування поряд із методами екстракорпоральної детоксикації дозволило зменшити летальність до 15,4%.

Перспективи подальших досліджень

Розробка уніфікованої сучасної тактики лікування, впровадження нових технологій.

Література

1. Жилина С.В. Диагностика сепсиса: микробиология и клиника / С.В.Жилина, Н.В.Пивкина, С.В.Поликарпова [и др.]. - Клин. антибиотикотерапия. - 2005. № 4. - С. 37.
2. Мошковський Г.Ю. Особливості лікування холангіогенних абсцесів печінки шляхом черезшкірних втручань під контролем ультразвукового дослідження / Г.Ю. Мошковський. - Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої 35-річчю ІХТ ім. О.О. Шалімова «Актуальні проблеми клінічної хірургії» - Київ. Клінічна хірургія, 2007. - № 5-6. - С. 31.
3. Сидорчук Р.І. Динаміка змін специфічної імунної реактивності при абдомінальному сепсисі / Р.І.Сидорчук, О.І.Івашук, О.В.Михайлівський [та ін.]. - Львівський медичний часопис. - Т. XIV, № 3. - 2008. - С. 104-107
4. Шаповал С.Д. Хирургический сепсис. Критерии диагностики./ С.Д.Шаповал, Б.М.Даценко, В.Б.Мартынюк [и др.]. - Клин. хірургія. 2007. № 7. С. 34-37.
5. Abraham E. Alteration in cell signaling in sepsis / E. Abraham. - Clin. Infect. Dis. - 2005. - Vol. 15, N 41. - P. 459 - 464.
6. Heidecke C.D. Immune paralysis of T-lymphocytes and monocytes in postoperative abdominal sepsis. Correlation of immune function with survival / C.D.Heidecke, H.Weighardt, T.Hensler et al. - Chirurg - 2000. - Vol. 71, № 2. - P. 159-165.
7. Dhainaut J.F. Cleassens Y.E. Protein C/activated protein C pathway: overview of clinical trial results in severe sepsis / J.F.Dhainaut, S.B.Yan. - Crit. Care Med. - 2004. - Vol. 32. - P. 194-201.
8. Foitzik T. Persistent multiple organ microcirculatory disorders in severe sepsis. Experimental findings and clinical implications / T.Foitzik, B.Hotz. - Dig.Dis.Sci. - 2002. - Vol. 47. - P. 130-138.

Дрояк Н.Н., Шевчук И.М., Пилипчук В.И.

Хирургическая тактика лечения больных с послеоперационными гноиниками брюшной полости

Резюме. Проанализированы результаты лечения 91 больного с послеоперационными гноиниками брюшной полости. Пункционно-дренирующие вмешательства под контролем УЗИ проведены у 76 (83,5%) больных, релапаротомия - у 15 (16,5%) больных. Показаниями к повторному открытому оперативному вмешательству у 15 (16,5%) больных были, техническая невозможность применения пункционного дренирующего вмешательства под УЗИ или его неэффективность.

Ключевые слова: послеоперационный перитонит, абдоминальный сепсис, миниинвазивные технологии.

Dronyak M.M., Shevchuk I.M., Pylpchuk V.V.

The Surgical Treatment Patients with Postoperation Abscesses of Abdominal Region

Summary: The analysed results of treatment 91 patient with the post-operation abscesses of abdominal region. Punction-drainage of interference under control ultrasonic research conducted in 76 (83,5%) patients, relaparotomy - in 15 (16,5%) patients.

Key words: postoperacion peritonitis, abdominal sepsis, miniinvasion technologies.

Надійшла 25.06.2012 року.