

рівнів МСМ<sub>1</sub>, МСМ<sub>2</sub> в 1,5 та 1,3 рази відповідно. Концентрація  $\alpha_2$ -М знижувалась в 1,5 рази. Через 6 годин після оперативного втручання концентрація цього білка достовірно не змінювалась, а до кінця першої доби зростала в 1,3 рази. На третю добу концентрація  $\alpha_2$ -М сягла (3,32±0,07) г/л, що достовірно не відрізняється від рівня практично здорових людей.

Про ефективність запропонованого лікування у хворих з токсичною стадією ГПП свідчить зниження на першу добу рівня Н-FABP – на 19,2%, а на сьому – на 49,2%. У хворих з термінальною стадією ГПП знижувався на 16,2% і 39,6% відповідно. Відзначено зниження рівня маркера пошкодження тонкої кишки вже з третьої доби післяопераційного періоду на 29,8%, порівняно з контрольною групою. На сьому добу післяопераційного періоду його рівень в основній групі був на 41,3% меншим, ніж у контрольній групі.

Алгоритм комплексного хірургічного лікування хворих з ГПП дозволив знизити рівень післяопераційної летальності з 14,1% до 8,5%, частоту післяопераційних ускладнень – з 73,6% до 39,1%.

### Висновки

1. У хворих на гострий поширений перитоніт у токсичній стадії активність некротичних процесів у слизовій оболонці тонкої кишки за рівнем маркера I-FABP збільшувалась на 208,1%, печінки L-FABP на 34,8%, серця (H-FABP) – на 663,1% порівняно з показником у практично здорових осіб. У термінальній стадії гострого поширеного перитоніту показники концентрації I-FABP були збільшеними на момент госпіталізації на 368,1%, порівняно з показником у практично здорових осіб, печінки (L-FABP) – на 147,7% та серця (H-FABP) – на 1039,1%. Найвищі показники концентрації маркера пошкодження кардіоміоцитів та гепатоцитів відмічені на першу-другу добу, тонкої кишки – третю-п'яту добу післяопераційного періоду.

2. У хворих з токсичною і термінальною стадією гострого поширеного перитоніту при дисфункції дихальної і серцево-судинної систем менше 2 балів за шкалою Bernard G.R. та активізації некротичних процесів слизової оболонки тонкої кишки з третьої до п'ятої доби після операції – показана тривала (до 7 діб) закрыта назоінтестинальна інтубація (декомпресія) тонкої кишки. При дисфункції дихальної і серцево-судинної систем 2 бали і більше за шкалою Bernard G.R. та високим ступенем (більше 9 Іг КУО/мл) бактеріальної контамінації черевної порожнини слід надавати перевагу відкритим методам інтубації кишки і програмованій лапаростомії.

### Література

1. Дзюбановський І. Я. Хірургічні аспекти лікування хворих на гострий перитоніт / І. Я. Дзюбановський, Б. О. Мігенько // Шпитальна хірургія. – 2004. – № 4. – С. 193–196.
2. Дзюбановський І. Я. Поліорганна дисфункція у хворих на гострий поширений перитоніт / І. Я. Дзюбановський, Б. О. Мігенько, К. Г.

Поляцко // Харківська хірургічна школа. – 2007. – № 4. – С. 70–73.

3. Ковальчук Л.Я. Апоптоз, як можливий чинник ініціації поліорганної недостатності при перитонеальному сепсисі / Ковальчук Л.Я., Ляліс М.О., Івашук Л.Ю. // Acta Medica Leopoliensia. – 2001. – № 3. – С. 15–17.

4. Павловський М.П. Роль і місце мініінвазивних технологій у лікуванні перитоніту та його септичних ускладнень // Клінічна хірургія. – 2003. – № 4-5. – С. 29.

5. Павловський М.П. Поліорганна недостатність і септичний шок як перші симптоми післяопераційного перитоніту / Павловський М.П., Шахова Т.І., Коломійцев В.І. // Клінічна хірургія. – 2003. – № 4-5. – С. 30.

6. Полянський І.Ю. Деякі аспекти патогенезу кишкової недостатності при перитоніті / Полянський І.Ю., Войтів Я.Ю. / Т. 6, №4 – 2007.

7. Фомін П.Д. Нові аспекти тактики хірургічного лікування перфоративних гастроудоденальних виразок / Фомін П.Д., Шепетько Є.М., Повч О.А. / Зб. наук. праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика. – 2002. – Вип. 11. – С. 806–811.

*Дзюбановський І.Я., Мігенько Б.А.*

### Комплексное лечение больных острым распространенным перитонитом

**Резюме.** Проанализированы результаты хирургического лечения 123 больных с острым распространенным перитонитом. Изучена динамика активности некротических процессов в слизистой оболочке тонкой кишки с маркером ее повреждения I-FABP, печени L-FABP и сердца H-FABP в дооперационном периоде и на 1, 3, 5, 7 сутки после операции. Обсуждены показания к выбору метода (закрытой, открытой) интубации кишки, программируемой лапаростомии, разработаны способы медикаментозной коррекции синдрома полиорганной недостаточности.

**Ключевые слова:** острый распространенный перитонит, синдром полиорганной недостаточности, хирургическое лечение, медикаментозная коррекция.

*Dzyubanovskiy I.Ya., Migenko B.O.*

### Combined Treatment of Patients with Acute Extensive Peritonitis

**Summary.** Analyzed the results of the surgical treatment of 123 patients with acute extensive peritonitis have been. It was studied the dynamics of intensification of necrosis of mucous membrane of small intestine according to the marker of its affection I-FABP, of liver – L-FABP and of the heart – H-FABP in preoperative period and after the 1, 3, 5, 7 days after the operation.

Due to the level of multyorgan insufficiency according to the scale of Bernard G.R. and co-author (1995) and the level of bacterial contamination of abdominal cavity during the operative treatment of patients with acute extensive peritonitis there are proved the directions to the choice of the method (closed and open) intubations of intestine, the programmed laparostomia. The worked out kinds of medicamentous (inotropic, antibacterial, infusion) correction of syndrome of multyorgan insufficiency during the complex treatments of patients in toxically and terminal stages.

**Key words:** acute extensive peritonitis, syndrome of multyorgan insufficiency, surgical treatment, medicamentous correction.

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК 616.381-002-036.11 – 089

*Дзюбановський І.Я., Бенедикт В.В.*

### Гострий поширений перитоніт. Деякі особливості хірургічного лікування

Кафедра хірургії ФПО

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського»

**Резюме.** На підставі аналізу результатів лікування 131 пацієнта на гострий поширений перитоніт і 44 медичних карт померлих хворих показана необхідність застосування дренивання тонкої кишки за допомогою ентеростом і виконання лапаростомії. Запропоновано способи відкритої ентеростомії і лапаростомії.

**Ключові слова:** перитоніт, інтубація кишки, лапаростомія.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.** Лікування гострого поширеного перитоніту (ГПП) становить

певні труднощі у невідкладній абдомінальній хірургії [7]. Про це свідчать показники летальності, які коливаються в межах від 20 до 73% [1,5,6]. В сучасних умовах вислів В.Н. Шамова (1937) про те, що проблема перитоніту є «...во многом неразрешенной и продолжает вырывать из хирургических учреждений одну жертву за другой» залишається актуальним.

**Мета.** Розробка деяких заходів під час операції, які сприяють покращенню результатів хірургічного лікування хворих на ГПП.

## Матеріал і методи дослідження

У 131 пацієнта на ГПП непухлиного генезу досліджено терміни відновлення моторно-евакуаторної функції травного тракту, Мангеймський індекс перитоніту, ступінь важкості інтоксикаційного синдрому за допомогою визначення лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ) [4], сорбційної здатності еритроцитів [9]. Для визначення можливих причин летальності у пацієнтів на ГПП нами ретроспективно проаналізовано 44 медичних карт стаціонарного хворого з летальним наслідком.

## Результати дослідження та їх обговорення

При проведенні ретроспективного аналізу медичних карт померлих хворих було встановлено, що причиною смерті в 35 пацієнтів (79,5%) був синдром поліорганної недостатності, бактеріально-токсичний шок; тромбемболія легеневої артерії - в 5 (11,36%) випадках, церебральна патологія - 3 (6,82%), прогресування легенево-серцевої недостатності з розвитком ДВЗ-синдрому - у одного хворого (2,27%). Операція виконана в 36 (81,82%) випадках. На першій стадії перитоніту поступило 3 пацієнтів (6,82%) від усіх досліджених цієї групи і в 8,33% оперованих; в другій - 13 (29,54% і 36,11%, відповідно); в третій - 28 (63,64% і 77,78%, відповідно). Мангеймський індекс перитоніту в середньому склав 26,22 бали. 3 першим ступенем тяжкості перитоніту було 11 випадків (25,0%); з другим - 17 хворих (38,64%); третій ступінь тяжкості спостерігався у 16 пацієнтів (36,36%).

19 хворим (52,8%) проведено ушивання виразки шлунка, дванадцятипалої або тонкої кишки; висічення виразки з пілоро-, дуоденопластикою - у 7 (9,4%), ушивання виразки з гастроентероанастомозом - у 2 (5,5%), антрумрезекція - в 1 (2,8%) випадку, резекція кишки - у 3 (8,3%), апендектомія - у 3 (8,3%), розкриття абсцесу черевної порожнини - у 1 (2,7%) пацієнта. Інтубація тонкої кишки (НП) виконана у 13,9% прооперованих хворих, а закінчення операції у вигляді лапаростомії проведено в 19,4% випадків.

Серед причин летальності провідним є синдром поліорганної недостатності із ентеральною недостатністю [2]. Принциповим моментом в лікуванні цього синдрому є дренування патологічно зміненої кишки.

Окрім цього, традиційні способи закриття черевної порожнини можуть сприяти підвищенню внутрішньоабдомінального тиску. На це вказують і терміни летальних наслідків у цієї групи хворих. Дані наведено на рисунку 1.

Як видно, пік летальності спостерігається на першу-другу і четверту доби після операції.

При дослідженні хворих на ГПП при його задовільному перебігу післяопераційного періоду ми отримали наступні результати. ЛІІ у пацієнтів до операції був  $(5,26 \pm 0,17)$  од., на першу добу -  $(6,27 \pm 0,21)$  од., на третю -  $(3,66 \pm 0,11)$  од. і тільки на 6-8 добу цей показник наближався до нормального значення. На 1-у добу після операції сорбційна здатність еритроцитів становила  $(56,4 \pm 1,97)$  %, на 3-ю -  $(50,48 \pm 1,82)$  %, на 5-у - в 1,8 разів менше і при виписці - у 2,2 рази менше, порівняно з доопераційною величиною. Перистальтика кишки в 90% випадків

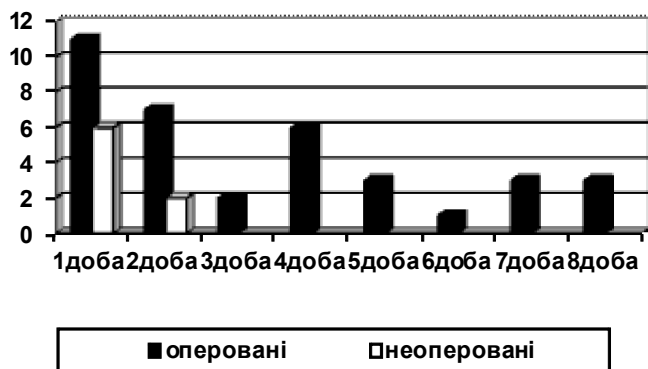


Рис.1. Терміни летальних наслідків у хворих на ГПП

визначалася тільки в кінці 4-ої доби, а самостійне відходження газів майже у 70% спостерігалася на 6-7-у добу.

Враховуючи отримані результати, ми застосовували наступний інтраопераційний алгоритм. Після ліквідації джерела перитоніту, лаважу і дренування черевної порожнини операцію закінчували (за показами) НП або ентеростомією, і при необхідності накладали лапаростому (в термінальній стадії ГПП, при клінічній картині анаеробного перитоніту).

Однією з причин незадовільного перебігу захворювання після операції є неадекватна декомпресія травного каналу. Дані літератури [3,10] і наш клінічний досвід засвідчує випадки неефективного дренування тонкої кишки в післяопераційному періоді за допомогою НП. Нами використано запропонований спосіб ентеростомії, який полягає в тому, що дренуючу трубку вводять у привідну петлю кишки через сформований перед тим і підшитий до черевної стінки анастомоз за Брауном [8]. Інтубаційний інтестинальний зонд використовували для ранньої стимуляції моторики травного тракту. Це сприяє ранньому відновленню моторики кишки, покращанню процесів всмоктування в цьому органі і зменшенню вірогідності розвитку синдрому ентеральної недостатності. Видалення інтубаційної трубки проводилося в терміні 8-12 доба після операції. Ентеростомічний отвір самостійно закривався на 2-3 добу. Дренування тонкої кишки за допомогою запропонованої нами методики ентеростомії у хворих на ГПП є одним з дієвих, ефективних і доцільних заходів для декомпресії тонкої кишки, що сприяє суттєвому зменшенню рівня інтоксикаційного синдрому, усуває причини поглиблення поліорганної недостатності.

При ускладненому перебігу післяопераційного періоду, який супроводжується підсиленням ендогенної інтоксикації, стійким порушенням моторно-евакуаторної функції травного каналу і ствердженням під час релапаротомії неефективності закритої антенградної декомпресії, доцільним є використання ретроградної відкритої інтубації тонкої кишки.

При наявності у хворого термінальної стадії перебігу ГПП, при клінічній картині анаеробного перитоніту або під час проведення релапаротомії ми виконували лапаростомію за нашою методикою. Перевагою її є відсутність необхідності повторної релапаротомії при задовільному перебігу захворювання після операції (за клінічними, сонографічними критеріями). Закриття лапаростомії виконується поетапно на сьому-десяту добу після операції.

У 20 (15,27%) пацієнтів в лікуванні ГПП було використано метод лапаростомії. В 7 - ми випадках нами проведено накладання кінцевої ентеростомії і в 5 - ентеростомію за нашою методикою.

## Висновки

- Для покращення результатів лікування хворих на гострий поширений перитоніт в лікувальну програму під час операції необхідно включати методи декомпресії тонкої кишки та адекватні способи завершення операції.
- Використання відкритих методів дозволяє попередити розвиток синдрому поліорганної недостатності, синдрому інтраабдомінальної гіпертензії у хворих на гострий поширений перитоніт.

## Перспективи подальших досліджень

Розробка більш широких показів до використання відкритих декомпресій травного каналу і черевної порожнини.

## Література

- Британчук Р.В. Сучасні погляди на комплексне лікування розповсюджених форм перитоніту в токсичній фазі / Науковий вісник Ужгородського університету, Вип.30. - 2007. - С.117-122.
- Дзюбановський І. Я., Мігенько Б. О. Роль синдрому ентеральної недостатності у розвитку абдомінального сенсису у хворих на гострий поширений перитоніт. // Шпитальна хірургія. - 2005. - № 4. - С. 71-73.
- Ерьюхин І.А., Петров В.П., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость: руководство для врачей.- СПб: Издательство

«Питер», 1999. – 448 с.

4. Кальф-Калиф Я.Я. О гематологической дифференциации различных форм и фаз острого аппендицита. // Хирургия.-1947.- №7.-С.40-43.

5. Кобылецкий Н.М., Пустовой А.И., Соболев Ю.И. Опыт лечения больных с острым перитонитом // Клінічна хірургія.-1996.-№2-3.-С.28-29.

6. Пеев Б.И., Пеев С.Б., Бильченко В.И. Современные аспекты диагностики и коррекции абдоминального компартмен-синдрома у больных с перитонитом // Харківська хірургічна школа.-2009.- №4.1.-С.275-277.

7. Симонян К.С.. Перитонит.-М.: Медицина, 1971.-296с.

8. Спосіб ентеростомії № 55573. Деклараційний патент на винахід 15.04.2003 бюл. № 4 - В.В.Бенедикт.

9. Тогайбаев А.А., Кургузкин А.В., Рикун И.В., Карибжанова Р.М. Способ диагностики эндогенной интоксикации // Лабораторное дело.- 1988.- № 9.- С. 22-24.

10.Томашук И.Т. Методы интубации кишечника при острых перитонитах /Анналы хирургической гепатологии.-1998.-№ 3.- С. 360-362.

*Дзюбановский И.Я., Бенедикт В.В.*

### **Острый распространенный перитонит. Некоторые особенности хирургического лечения**

**Резюме.** На основании анализа результатов лечения 131 пациента с острым распространенным перитонитом и 44 медицинских карт умерших больных показана необходимость применения дренирование тонкой кишки с помощью энтеростомы и выполнения лапаростомии. Предложены способы открытой энтеростомы и лапаростомы.

**Ключевые слова:** перитонит, интубация кишки, лапаростомия.

*Dziubanovskiy I.Ya., Benedykt V.V.*

### **Acute Widespread Peritonitis. Some Features of Surgical Treatment**

**Summary:** The analysis of treatment of 131 patients with acute widespread peritonitis and 44 case histories of deceased patients shows the need for drainage of small intestine via enterostoma and performance laparostomy. The methods of open enterostomy and laparostomy were proposed.

**Key words:** peritonitis, bowel intubation, laparostomy.

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК 616.33-002.44-089.15]-092

*Дзюбановський І.Я., Війтович Л.Є.*

### **Патогенетичне обґрунтування вибору лікувальної тактики у хворих на виразкову хворобу шлунка**

Кафедра хірургії ФПО

Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я.Горбачевського

**Резюме.** Проаналізовано 106 медичних карт стаціонарних хворих ВХШ. Усім пацієнтам проводилась ЕГДС з експрес біопсією виразки та периульцерозної інфільтрації.

Вивчали виразковий анамнез, частоту ускладнених форм виразки шлунка у вікових групах та проведені при цьому оперативні втручання. Об'єм та термін проведення оперативного втручання носив індивідуальний характер із урахуванням органощадного принципу та морфологічного субстрату.

**Ключові слова:** виразкова хвороба шлунка, органощадні та органозберігаючі оперативні втручання.

#### **Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.**

Незважаючи на беззаперечний ефект консервативної терапії виразкової хвороби шлунка (ВХШ), розповсюдженість її не має тенденції до зменшення, а частота ускладнень виразкової хвороби зростає у 2,5 рази [1]. Впровадження в клініку сучасних методів дослідження та оцінка основних ланок патогенезу виникнення виразкового процесу дають змогу по новому оцінити можливості і результати класичних резекційних способів лікування, удосконалити існуючі органозберігаючі і моделювати нові органощадні операції на шлунку в світлі попередження ускладнень та зменшення економічних витрат на тривале консервативне лікування [3].

**Мета дослідження.** розробка оптимальної лікувальної програми у хворих на ВХШ.

#### **Матеріал і методи дослідження**

Проаналізовано 106 медичних карт стаціонарних хворих ВХШ. Серед пацієнтів було 67% чоловіків та 33% жінок. Усім пацієнтам проводилась ЕГДС з експрес біопсією виразки та периульцерозної інфільтрації, для верифікації діагнозу та визначення локалізації виразки. Найбільша частота виявлення виразки шлунка серед чоловіків, віком 60-74 роки (38 випадків), дещо менша у віковій групі 20-59 р. (26 випадків).

Виразки І типу було виявлено у 46 (43 %) хворих, ІІ типу - у 10 (19 %), ІІІ типу - у 30 (28 %).

Вивчали тривалість виразкового анамнезу, домінуючі синдроми при різних типах виразок, частоту ускладнених форм виразки шлунка у вікових групах та проведені при цьому оперативні втручання. Загалом 85 пацієнтів отримали оперативне

лікування, 21 – консервативне. У 22 пацієнтів виразка шлунка не була ускладнена, 7 з них проліковано консервативно, 15 – оперативним шляхом.

Серед ускладнень ВХШ найчастіше виявлялась малігнізація – 29 випадків, з них 22 у віковій групі 60-74 р., кровотеча виявлена у 25 випадках, найчастіше у віці 60-74 р. (11 випадків). Перфорація ВШ виявлена у 12 хворих, 6 з них у віці 20-59 р. Пенетрація діагностована у 18 пацієнтів, 11 з них у віці 20-59 р., 6 у 60-74 р.. Стеноз внаслідок ВХШ виявили у віці 60-74 р. – 7 випадків, поєднаних із кровотечею, пенетрацією та малігнізацією виразки.

Було проведено 8 органозберігаючих операцій, 30 органощадних, 39 резекцій та 8 гастректомій.

#### **Результати дослідження та їх обговорення**

При вивченні тривалості виразкового анамнезу виявили, що у 40% пацієнтів виразка шлунка була виявлена вперше. Найбільше виразок, виявлених вперше було у віковій групі 20-59 р. У 23% хворих виразка шлунка була за давньою, виразковий анамнез тривав більше 5 р., у 37% - до 5 р.. У віковій групі 75-90 р. виразки шлунка виявлялись вперше (10 хворих) або були за давніми (4 хворих).

Виразки шлунка (І тип) характеризувалися больовим та маскоподібним синдромами (гострим або ниочим, стискуючим болем, субсифоїдальною або лівонадчревної локалізації, часто з іррадіацією в нижню третину стравоходу, за грудину, нерідко спостерігалися кардіалгії). Виразки цієї локалізації часто вторинні, "гіпоксичні", пов'язані з кардіопульмональною патологією у людей старечого віку, були вперше виявлені та маніфестували появою геморагічного синдрому. Поєднані виразки шлунка та ДПК (тип ІІ за Johnson) переважно проявлялись геморагічним або змішаним синдромом – больовим, що в подальшому ускладнювався кровотечею. Препілоричні виразки (ІІІ тип) часто характеризувалися наявністю больового синдрому, ускладнювалися кровотечами, пенетраціями, стенозами (гастритичний синдром) (табл. 1).

Підхід до вибору об'єму та методики оперативного втручання носив індивідуальний характер, базувався на сучасних даних про патогенез виразкоутворення. Враховувалися морфо-