

цитограмах зустрічались гістіоцити з наступною їх трансформацією у макрофаги та проміжну форму фібробластів – профібробласти (32 випадки; 27,35%), що віддзеркалювало початок регенеративних процесів.

У пацієнтів основної групи клітини епітелію спостерігались вже з третьої доби, а на п'яту добу лікування поодинокі клітини епітелію зустрічались в усіх полях зору у 65 спостереженнях (75,6%), у той час як у хворих групи порівняння схожа картина проявлялась лише у 14 цитограмах (45,2%).

Таким чином, порівняльний аналіз цитологічних досліджень надав підставу констатувати, що процеси загоєння рани у пацієнтів основної групи проходили швидше, ніж у групі порівняння.

У якості інтегрального показника ефективності лікування хворих було проведено аналіз термінів перебування пацієнтів на листку непрацездатності. Так, встановлено, що середня тривалість перебування пацієнтів основної групи в стаціонарі була на $4,3 \pm 2,28$ доби меншою, ніж у хворих групи порівняння.

Висновки

1. Антибіотикопрофілактика є ефективним чинником попередження розвитку інфекційних ранових ускладнень при операційних втручаннях з приводу екстра- та інтраабдомінальної хірургічної патології.

2. Включення в схему періопераційної антибіотикопрофілактики, препаратів з групи цефалоспоринів попереджує виникнення ЗРУ, що сприяє оптимальному загоєнню рани та скорочує, тим самим, терміни перебування хворих у стаціонарі.

Література

1. Вікторов О.П. Цефалоспорины чи фторхінолоны? Проблеми безпеки при медичному застосуванні залишаються // Український хіміотерапевтичний журнал - №1-2 (23) - 2010 - с. 11-19

2. Даденко Б.М., Тамм Т.И. Местная профилактика нагноения ран. / Матеріали 10 науково-практичної конференції з міжнародною участю «Рани, ранова інфекція, пластика та з'єднання тканин».- м. Київ - 25-26 листопада 2010 р.

УДК: 616.381-089.85-083.98

Андрющенко В.П., Федоренко С.Т., Дворчин О.М.

Релапаротомія у невідкладній абдомінальній хірургії: термінологічні дефініції, зміст та засади реалізації

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра загальної хірургії, Львів, Україна

Резюме. Здійснено аналіз результатів лікування 160 пацієнтів, яким виконувалася релапаротомія. Вимушених релапаротомій виконано 104 (65%), програмованих – 56 (35%). Вивчено структуру основних причин, що вимагали виконання вимушених релапаротомій. Визначено термінологічні дефініції “вимушена”, “програмована” та “за потребою” релапаротомій. Окреслено коло показань для проведення кожної з них. Загальна летальність після виконання релапаротомій склала 30,6%.

Ключові слова: програмована релапаротомія, термінологія, зміст.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Релапаротомія (РЛТ) впродовж достатньо тривалого часу є виправданим компонентом у комплексному хірургічному лікуванні гострих захворювань органів черевної порожнини, а також у корекції виникаючих ускладнень захворювання та операційного втручання [2,3,6]. В теперішній час погляди на РЛТ зазнали певних змін, що пов'язано, передовсім, із введенням у клінічну практику термінів “програмована”, “вимушена”, “за потребою” РЛТ [4,5]. Однак, дефініції зазначених понять, зміст та засади реалізації РЛТ у невідкладній абдомінальній хірургії залишають-

ся далекими від однозначного вирішення.

3. Грубник В.В. Эффективность профилактической антибиотикотерапии при хирургических вмешательствах на печени, желчном пузыре и желчных протоках // Ліки України. - 2003. - № 6. - С. 31-32.

4. Принципы построения тактики антибактериальной терапии, профилактики и лечения септических состояний в раннем послеоперационном периоде. Методические рекомендации / Лозоришинец В.В., Лоскутов О.А., Крикунов А.А. и др. - К., 2005. - 28 с.

5. Lippert H., Gastinger J. Antimicrobial prophylaxis in laparoscopic and conventional cholecystectomy. Conclusions of a large prospective multicenter quality assurance study in Germany // Chemotherapy-1998.- vol.44.№5.-P.355-363.

Андрющенко В.П., Кунувський В.В.

Антибіотикопрофілактика раневої інфекції при оперативних втручаннях по поводу екстра і інтраабдомінальної хірургічної патології

Резюме. Изучена эффективность использования антибиотиков цефалоспоринового ряда, средств передоперационной антибиотикопрофилактики раневых осложнений при выполнении операционных вмешательств по поводу экстр- и интраабдоминальной хирургической патологии. В группе пациентов (86) с использованием применяемых методик наблюдался положительный эффект по клиническим, лабораторным, биохимическим и цитологическим критериями. Сделан вывод о целесообразности реализации предложенных методик профилактики воспалительных раневых осложнений.

Ключевые слова: антибиотикопрофилактика, цефалоспорины.

Andriuschenko V.P., Kunovsky V.V.

Antibiotic Prophylaxis of Wound Infection During Operative Interventions in Extra- and Intra- Abdominal Surgical Pathology

Summary. Studied an efficiency of the cephalosporin's antibiotics usage as remedies for preoperational antibiotic prophylaxis of the wounds complications during operations of the extra – and intraabdominal surgical diseases. In the group of patients (86) using proposed methods was positive result for clinical, laboratory, biochemical and cytologic criterions. Prepared conclusion about necessity of proposed methods of the inflammatory wounds complications prophylaxis.

Key words: antibiotic prophylaxis, cephalosporins.

Надійшла 25.06.2012 року.

ся далекими від однозначного вирішення.

Матеріал і методи дослідження

За період з 1996 по 2011 роки в клініці загальної хірургії РЛТ виконано 160 хворим у віці від 18 до 90 років. Жінок було 66 (41,2%), чоловіків - 94 (58,8%). Середній вік пацієнтів склав 58,8 років.

Мета роботи. Термінологічне упорядкування, визначення змісту та місця РЛТ як ефективного методу хірургічної корекції ускладнень захворювань та оперативних втручань при гострих захворюваннях органів черевної порожнини.

Результати дослідження та їх обговорення

Основні нозологічні форми невідкладної абдомінальної патології, з приводу яких виконувалися первинні оперативні втручання, наведені в таблиці 1.

Як видно, в структурі гострих захворювань органів черевної порожнини домінували гострий некротизуючий панкреатит, гостра кишкова непрохідність, гострий апендицит та защемлена грижа.

Характеристику чинників, що зумовлювали необхідність

Таблиця 1. Види невідкладної абдомінальної патології

Нозологічний вид патології	К-сть хворих	%
Гострий некротизуючий панкреатит	48	30,0
Гостра кишкова непрохідність	29	18,2
Гострий апендицит	16	10,0
Защемлені грижі	16	10,0
Проривна гастродуоденальна виразка	12	7,6
Перфорації кишок	10	6,3
Тупа травма живота	7	4,3
Гострий холецистит	8	5,0
Інша патологія	14	8,6
РАЗОМ	160	100%

виконання РЛТ, представлено в таблиці 2.

При зазначених ускладненнях раннього післяопераційного періоду виконувалися вимушені РЛТ (84 пацієнти; 62,7%), як безальтернативний лікувальний метод. При цьому об'єм операції, окрім традиційного усунення/елімінації ускладнення, санації та дренивання черевної порожнини, доповнювався пролонгованою декомпресією тонкої кишки із застосуванням розпрацьованої череззондової лікувальної програми [1].

Оскільки в структурі чинників вимушених РЛТ чільне місце (22,4%) посідала рання післяопераційна спайкова кишкова непрохідність (РПСКН), проведено аналіз причин даного ускладнення (таблиця 3).

Як видно, найчастіше РПСКН виникала після апендектомії (40,6 %) з приводу деструктивного апендициту з поширеним перитонітом, а також після первинної ліквідації спайкової кишкової непрохідності (21,8 %). Основними чинниками розвитку РПСКН і необхідності виконання вимушеної РЛТ були недостатня санація черевної порожнини або її неадекватне дренивання.

У 60 пацієнтів (37,5%) застосовано методику програмованої РЛТ. Даний оперативно-тактичний підхід реалізовувався, якщо одномоментна субопераційна елімінація патологічного процесу в черевній порожнині була принципово неможливою. Це стосувалося, перш за все, хворих із гнійно-некротичним панкреатитом, параколітом та поширеними формами фібринозно-гнійного перитоніту. Об'єм програмованої РЛТ передбачав етапні некрсеквестректомії девіталізованих тканин, повторний лаваж черевної порожнини з ліквідацією скупичень ексудату і злипання петель кишок між собою та заміну трубчасто-гумових дренажів. У 22 пацієнтів з гострим некротичним панкреатитом субопераційно проводився назогастроінтестинальний зонд в початковий відділ тонкої кишки і у 38 хворих формувалася еностома за Witzel. Це забезпечувало декомпресію дигестивного тракту на фоні динамічної кишкової непрохідності (яка є притаманна гострому панкреатиту), а з 2-3 доби – зонди використовувалися для раннього ентерального харчування.

У 26 пацієнтів (16,3 %) здійснено програмовану РЛТ за принципом Second Look. Первинні операційні втручання у даних хворих виконувалися з приводу: защемлених гриж та сегментарного тромбозу мезентеріальних судин (по 7 випадків), странгуляційної кишкової непрохідності (3 спостереження), множинних розривів тонкої кишки і товстокишкової непрохідності пухлинного генезу (по 2 випадки), гострої спайкової кишкової непрохідності та флегмони тонкої кишки (по 1 спостереженню). Підґрунтям для їх виконання були: оцінка стану стінки кишки,

Таблиця 3. Види втручань, що ускладнилися виникненням РПСКН

Вид первинної операції	К-сть	%
Апендектомія	13	40,6
Ліквідація спайкової кишкової непрохідності	7	21,8
Зашивання перфоративної виразки	4	12,5
Правобічна геміколонектомія	2	6,3
Герніотомія при защемленій грижі	2	6,3
Інші	4	12,5
РАЗОМ	32	100%

Таблиця 2. Чинники, що зумовлювали необхідність виконання РЛТ

Характер патології	К-сть хворих	%
Панкреатичні та парапанкреатичні абсцеси	33	20,6
Рання післяопераційна спайкова кишкова непрохідність	32	20,0
Внутрішньочеревні кровотечі	19	11,9
Неспроможність швів та перфорації кишок	19	11,9
Перитоніт	17	10,7
Абсцеси черевної порожнини	12	7,5
Евентрація	11	6,8
Паралітичний ілеус	11	6,8
Інші	6	3,8
РАЗОМ	160	100%

якщо при первинному втручанні життєздатність її була сумнівною, герметичності швів анастомозів, які формувалися в несприятливих умовах, констатація прогресування/непрогресування тромбозу брижових судин. У 23 хворих цієї групи (88,5%) стверджено сприятливий перебіг змін, у зв'язку з чим 14 пацієнтам проведено остаточне зашивання лапаротомної рани, трьом -герніопластику, шістьом - резекцією сегментарних некротів кишок. У трьох осіб (11,5%) з тромбозом мезентеріальних судин верифіковано прогресування патологічного процесу.

У 11 пацієнтів з поширеними формами перитоніту було реалізовано принцип РЛТ “за потребою”, або “вірогідно можливо”. Зміст її полягав у тому, що первинне хірургічне втручання свідомо завершувалося зашиванням передньої черевної стінки на шви-зав'язки, що створювало зручні умови для повторної експлорації черевної порожнини за необхідністю. Покази до виконання РЛТ ґрунтувалися на традиційній оцінці характеру перебігу раннього післяопераційного періоду. Так, наявність клінічних, лабораторно-біохімічних ознак триваючої інтоксикації або місцевих проявів нерозрішеного перитоніту засвідчували необхідність виконання РЛТ, яку і було проведено у 8 пацієнтів.

Загальна післяопераційна летальність після всіх наведених видів РЛТ склала 30,6 %, основними причинами якої були прогресуюча інтоксикація, ПОН і ТЕЛА.

За результатами аналізу клінічного матеріалу та на підставі багаторічного досвіду клініки в невідкладній абдомінальній хірургії вважаємо за доцільне виокремлення наступних видів РЛТ, кожна з яких має свій лікувально-тактичний та оперативнотехнічний зміст. “Вимушена” РЛТ – повторна операція з метою ліквідації прогресуючих ускладнень захворювання або загрозливих життю пацієнта ускладнень первинного операційного втручання.

При “програмованій” РЛТ доцільним є виокремлення її наступних видів, кожен з яких має чіткі межі застосування. А саме: 1) санаційна РЛТ (або етапна) – з метою проведення чергової санації гнійно-некротичних осередків у черевній порожнині та заочеревинному просторі. Виконується переважно на 2-3-ю добу при розповсюджених формах перитоніту чи на 5-7-у добу при гнійно-некротичному панкреатиті або парапанкреатиті; 2) експлоративна РЛТ (за принципом Sekond Look), здійснюється для оцінки життєздатності порожнистого органу сумнівного при первинному втручанні або спроможності сформованого анастомозу.

В окремих клінічних випадках при аналізі субопераційної ситуації не виключається імовірність виконання РЛТ “за потребою”. Вона передбачає готовність до вірогідної повторної (етапної) санації черевної порожнини за наявності клінічних та лабораторних ознак триваючої інтоксикації або місцевих проявів “неблагополуччя” в ранньому післяопераційному періоді. Хоча за сприятливого перебігу післяопераційного періоду може бути і взагалі не реалізованою.

Висновки

1. РЛТ є ефективним методом хірургічної корекції прогресу-

суючих ускладнень гострої абдомінальної патології та первинних оперативних втручань.

2. У структурі релапаротомії доцільно виділяти “вимушену” і “програмовану” релапаротомію - етапно-санаційну, експлоративну (за принципом Sekond Look) та “за потребою” (“вірогідно можливо”).

3. Диференційований підхід до різних видів РЛТ є вагомим важелем оптимізації хірургічної тактики у лікуванні найбільш важких хворих з гострими захворюваннями органів черевної порожнини.

Література

1. Андрищенко В.П., Федоренко С.Т. Застосування череззондової лікувальної програми у хворих з гострою непрохідністю кишечника та перитонітом // Клінічна хірургія. – 1997. - № 9-10. – С. 18-20.
2. Бондаренко М.В. Релапаротомія у хворих з високим операційним ризиком // Клінічна хірургія. -2004. -№3. –С. 26-29.
3. Ольшанецкий А.А., Румянцев Г.В., Глазунов В.К. Управляемые релапаротомии и многоэтапные операции при сомнительной жизнеспособности кишки у больных с ущемленной грыжей и острой непроходимостью кишечника // Харківська хірургічна школа.- 2004. - №1-2. –С. 122-124.4. Радзиховский А.П., Бобров О.Е., Ткаченко А.А. Релапаротомия. – Киев: Феникс, 2001. – 360с.
5. Van Goer H., Nulsebos R.G., Bleichroolt R.P. Complication of planned relaparotomy in patients with severe general peritonitis // Eur. J. Surg. – 1997, 163(1): 61-66.
6. Zaniewsky M., Urbanek T., Knipwies A., Kazibudzi M. et al. Sec-

ond-look in abdominal surgery // Wiad. Lek. – 1997, 50(2) : 241-246.

Андрищенко В.П., Федоренко С.Т., Дворчин А.Н.

Релапаротомии в неотложной абдоминальной хирургии: терминологическая дефиниция содержания и принципы реализации

Резюме. Осуществлен анализ результатов лечения 160 пациентов, которым выполнялась релапаротомия. Вынужденных релапаротомией выполнено 104 (65%), программируемых - 56 (35%). Изучена структура основных причин, которые требовали выполнения вынужденных релапаротомий. Определены терминологические дефиниции “вынужденная”, “программируемая” и “по потребности” релапаротомии. Очерчен круг показаний для проведения каждой из них. Общая летальность после выполнения релапаротомий составила 30,6%.

Ключевые слова: *программируемая релапаротомия, терминология, содержание.*

Andriuschenko V.P., Fedorenko S.T., Dvorchyn O.M.

Relaparotomy in Emergency Abdominal Surgery: Terminological Definitions, Contents and Principles of Realization

Summary: Carried out analysis of the treatment results of 160 patients which had relaparotomy. There was 104 (65%) forced relaparotomies executed, programmable - 56 (35%). The structure of principal reasons which required implementation of forced relaparotomies is studied. Determined terminologic definitions of “forced”, “programmed”, and for “demand”. General mortality after implementation of relaparotomy was 30,6%.

Key words: *programmed relaparotomy, terminology, content.*

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК: 616.37-036.11-085.246.1-037

Бідюк Д.М., Лисюк Ю.С., Андрищенко В.П.

Гострий панкреатит: сучасні аспекти хірургічної тактики

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра загальної хірургії, м.Львів, Україна

Резюме. За період з 01.2000 по 12.2010 р проліковано 2609 хворих на гострий панкреатит (ГП) : біліарний – 581 (22,3 %); етанольний – 2028 (77,7 %). Ініціальна терапія ГП була консервативною; в різні терміни прооперовано 480 (18 %) пацієнтів. Показаннями до відтермінованих оперативних втручань були відсутність ефекту від консервативної терапії з наростанням абдомінальної симптоматики, поліорганної недостатності та розвиток септичних ускладнень, а також поєднана прогресуюча біліарна патологія. Оперативне лікування ґрунтувалося на диференційованому застосуванні малоінвазивних пункційних дренажів та відкритих хірургічних втручань. При абсцесах і нагноєних псевдокістах санація вогнищ ураження поєднувалася з тривалим проточно-промивним дренажуванням, при некротичних панкреатитах і поширених паранекротичних – з ретроперітоностомією із наступними програмованими ревізіями. У пацієнтів із біліарними формами ГП, яким засобами консервативної терапії вдалося досягнути абортівного перебігу захворювання, через 2-3 тижні виконували планову санацію жовчовивідних шляхів. Загалом післяопераційна летальність становила 14,8%.

Ключові слова: *гострий панкреатит, комплексне хірургічне лікування, малоінвазивні методики.*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Лікування гострого панкреатиту (ГП) залишається відкритою, незважаючи на вагомі досягнення в інтенсивній терапії та застосуванні різноманітних хірургічних тактик [4, 5, 6, 9, 10]. Удосконалення схем консервативної терапії та малоінвазивних хірургічних методик хоча загалом і поліпшують результати лікування, тяжкі клінічні форми ГП залишаються значною клінічною проблемою [5, 6, 8, 9].

Мета дослідження. На основі проспективного вивчення проаналізувати результати лікування пацієнтів із запальними ураженнями підшлункової залози та окреслити основні тенденції в тактиці ведення цих хворих.

Матеріал і методи дослідження

Вивченням охоплено 2609 хворих на ГП, які отримали лікування

у спеціалізованому центрі на базі клініки загальної хірургії в умовах комунальної міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги м.Львова за період з 2000 по 2010 роки. Для характеристики форм перебігу захворювання застосовували визнані класифікаційні дефініції: набряковий та некротичний панкреатит, панкреатичний абсцес, постнекротична псевдокіста [4, 7, 8, 9]. Діагностика ґрунтувалася на оцінці клініко-лабораторних даних та результатів додаткових методів обстеження (ультрасонографії, комп'ютерної томографії, лапароскопії).

Результати дослідження та їх обговорення

Розподіл за етіологічними чинниками засвідчив істотну перевагу контингенту пацієнтів із панкреатитом етанольного генезу (2028 хворих; 77,7 %) над біліарним (581; 22,3 %).

Виключно консервативне лікування отримали 2129 (81,6%) хворих, 480 (18,4 %) – були оперовані у різні терміни захворювання. Медикаментозна терапія пацієнтів була комплексною, скерованою на різні патогенетичні ланки ГП [7]. Гемодинамічна підтримка забезпечувалась стандартними схемами відновлення ОЦК, профілактики постперфузійних ускладнень в умовах палат інтенсивної терапії [2, 8]. Обезболююча терапія базувалася на системному та регіональному (ПДА) введенні відповідних препаратів. Блокада секреторної активності підшлункової залози, активності панкреатичних ферментів та медіаторів системної запальної відповіді забезпечувалася голодуванням, аспірацією шлункового вмісту через назогастральний зонд, холінолітичними та нестероїдними протизапальними препаратами, блокаторами протонної помпи, гормональними препаратами (окрестатин/сандостатин).

Профілактика септичних ускладнень здійснювалася шляхом призначення антибіотиків [7]. На сьогодні в клініці за стандарт прийнята схема поєднаного застосування препаратів трьох груп – цефалоспоринів, фторхінолонів та імідазолів, які перекривають весь основний спектр аеробної/анаеробної мікрофлори [5].