

Візуалізація органів черевної порожнини була адекватною і була отримана важлива інформація стосовно діагнозу та подальшої тактики лікування дітей. В одній дитини патологічних змін з боку органів черевної порожнини не було виявлено. У двох дітей ознак перфорації кишків не було, хоча в черевній порожнині було до 30-40 мл мутного випоту, який було видалено. Дренування черевної порожнини у цих дітей не проводили і в подальшому вони одужали після проведення інтенсивної консервативної терапії. В одній дитини виявлено ішемічно-некротичні зміни тонкої кишки і висхідної ободової кишки, проте без ознак перфорації. У цієї дитини черевну порожнину дренивали двома дренажами, через які у післяопераційному періоді вводили антисептики та антибіотики.

У п'яти дітей була виявлена перфорація некротично зміненої стінки тонкої кишки з формуванням обмеженого абсцесу. У цих дітей виконана мікролапаротомія, чітко над зоною абсцесу, який було дреновано під візуальним контролем, і накладена проксимальна стома.

Ускладнень лапароскопії у дітей не спостерігали. В післяопераційному періоді померла одна (11,1%) дитина від важкої поєднаної патології.

Висновки

Рішення щодо проведення лапароскопії, у новонароджених з низькою масою тіла є важливим для лікування дітей без рентгенологічних ознак перфорації. Виявлення при лапароскопії НЕК без перфорації дозволяє провести адекватну санацію черевної порожнини і такі діти не потребують виконання лапаротомії.

Перспективи подальших досліджень

Проведені дослідження дадуть можливість на більш ранніх термінах ставити показання до операції, що, у свою чергу, знизить смертність серед новонароджених з некротичним ентероколітом.

Література

1. Chwals W.J., Blakely M.L., Cheng A. et al. Surgery-associated complications in necrotizing enterocolitis: a multiinstitutional study // J. Pediatr. Surg.-2001.-Vol.36.-P.1722-1724.
2. Henry M.C., Moss R.L. Current issues in the management of necrotizing enterocolitis // Semin. Perinatol.-2004.-Vol.28.-P.221-233.
3. Henry M.C., Moss R.L. Neonatal necrotizing enterocolitis // Semin. Pediatr. Surg.-2008.-Vol.17.-P.98-109.
4. Ibáñez V., Couselo M., Marijuán V. et al. Could clinical scores guide the surgical treatment of necrotizing enterocolitis? // Pediatr Surg Int.-2012.-Vol.28.-P.271-276.

УДК 616.345-089-06

Препарат В.В.

Експериментальне обґрунтування методів профілактики неспроможності кишкових швів при гострому перитоніті

Буковинський державний медичний університет

Резюме. Представлені результати дослідження протеолізу та фібринолізу тканин шлунка, тонкої та товстої кишків при перитоніті. Показано, що активність цих процесів переважно зростає за рахунок ферментаційних механізмів. Запропоновані нові способи профілактики неспроможності кишкових швів.

Ключові слова. протеоліз, фібриноліз, перитоніт, кишкові шви.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Загроза неспроможності кишкових швів (НКШ) є одним із основних факторів, які обмежують можливості виконання радикальних операцій і умовах гострого перитоніту [3,4]. Окрім того, НКШ є однією з причин виникнення післяопераційного перитоніту [5]. Чисельні дослідження, спрямовані на пошук ефектив-

5. Leva E., Di Cesare A., Canazza L. et al. The role of laparoscopy in newborns affected by NEC // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A.-2010.-Vol.20.-P.187-189.

6. Nah S.A., Tan H.L., Tamba R.P. et al. Laparoscopic localization and microlaparotomy for focal isolated perforation in necrotizing enterocolitis: an alternative approach to a challenging problem // J. Pediatr. Surg.-2011.-Vol.46.-P.424-427.

7. Neu J. Gastrointestinal development and meeting the nutritional needs of premature infants // Am. J. Clin. Nutr.-2007.-Vol.85, Suppl.-S.629-634.

8. Numanoglu A., Millar A.J. Necrotizing enterocolitis: early conventional and fluorescein laparoscopic assessment // J. Pediatr. Surg.-2011.-Vol.46.-P.348-351.

9. Sharma R., Hudak M.L., Tepas J.J. III et al. Impact of gestational age on the clinical presentation and surgical outcome of necrotizing enterocolitis // J. Perinatol.-2006.-Vol.26.-P.342-347.

10. Sharma R., Tepas J.J. III, Mollitt D.L. et al. Surgical management of bowel perforations and outcome in very low birth weight infants (d¹, 200 g) // J. Pediatr. Surg.-2004.-Vol.39.-P.190-194.

11. Tan H.L., Tantoco J.G., Ee M.Z. The role of diagnostic laparoscopy in micropremies with suspected necrotizing enterocolitis // Surg. Endosc.-2007.-Vol.21.-P.485-487.

Переяслов А.А., Борис О. Я.

Лапароскопия в диагностике и лечении детей с некротическим энтероколитом

Резюме. Результаты лечения 9 детей с некротическим энтероколитом (НЭК) на разной стадии заболевания с применением лапароскопии. Описанная техника хирургического вмешательства при лечении конкретного случая. Проанализирована лечебная тактика при подозрении на НЭК, в частности при возникновении перфорации и перитоните.

Ключевые слова: некротический энтероколит, новорожденные, перфорация, лапароскопия.

Pereyaslov A.A., Borys O.Ya.

Laparoscopy in the Diagnosis and Treatment of Children with Necrotic Enterocolitis

Summary. Results of treatment of 9 children with necrotic enterocolitis (NEC) at different stages of disease using laparoscopy. This disease is one of the most sophisticated diagnostic and surgical treatment of disorders newborns. Treatment of children with given pathology is often a difficulty in choosing tactics surgery. We describe a technique of surgical intervention in the treatment of a particular case. The average gestational age 34.2±3.7, weighing on average 1309.8±76.9. It was analyzed the treatment strategy for suspected NEC, especially in case of perforation and peritonitis.

Key words: necrotizing enterocolitis, newborns, perforation, laparoscopy.

Надійшла 25.06.2012 року.

них методів профілактики НКШ, не досягли достатньої ефективності.

Мета дослідження. Дослідити зміни локального протеолізу та фібринолізу тканин порожнистих органів травлення в умовах перитоніту.

Матеріал і методи дослідження

Дослідження проведені на 32 блих статевозрілих нелінійних щурів. Перитоніт моделювали за розробленою методикою шляхом дискретного ін'єкційного введення в очеревинну порожнину розчину автокалу. Досліджували ділянки стінок шлунка, тонкої, товстої кишків. При виконанні роботи дотримувались основних вимог Ванкуверської конвенції (1979, 1994) про біомедичні експерименти. Експерименти

проведені під інгаляційним знеболенням. Виведення тварин з експерименту проводилось шляхом передозування анестетика.

Фібринолітичну та протеолітичну активність визначали за допомогою реактивів фірми "Simko Ltd." (Львів) за методикою О.Л. Кухарчука [2]. Активність протеолізу оцінювали за азоказеїном (лізис високомолекулярних білків), азоальбуміном (лізис низькомолекулярних білків) та азоколом (лізис колагену).

Результати дослідження та їх обговорення

Встановлено, що сумарна фібринолітична активність (СФА) тканин тонкої кишки стрімко зростала впродовж 48 год. з часу ініціації перитоніту як за рахунок неферментаційної (НФА), так і за рахунок ферментаційної (ФФА) активності. Через 72 год. відзначене деяке зниження СФА, переважно за рахунок неферментаційного фібринолізу. Активність лізису азоальбуміну (АзА), азоказеїну (АзКз) збільшувалась впродовж 24 год., дещо зменшувалась через 48 год., після чого стрімко зростала. Протеолітична деградація азоколагену (АзКл) невинно збільшувалась.

СФА тканин товстої кишки після деякого зниження в першу добу стрімко зростає переважно за рахунок ферментаційного фібринолізу. Протеолітична активність тканин товстої кишки постійно збільшувалась.

СФА тканин шлунка зростала через добу, незначно зменшувалась через дві, після чого різко збільшувалась, переважно за рахунок ФФА. Активність лізису АзА та АзКл змінювалась неоднозначно. Проте, лізис високомолекулярних білків поступово активізувався.

Викладене свідчить, що розвиток перитоніту супроводжується переважним зростанням активності ферментаційного фібринолізу у всіх досліджених органах. У тканинах кишок прогресивно збільшується протеолітична деградація білків, причому абсолютні параметри суттєво переважають у товстій кишці. У тканинах шлунка переважно наростає лізис АзКз. Виявлені відмінності мають важливе практичне значення. Зокрема, встановлені закономірності пояснюють один із механізмів частішого виникнення НКШ саме на товстій кишці. Окрім того, результати засвідчують провідну роль у розвитку НКШ ферментаційних механізмів.

З урахуванням отриманих даних нами напрацьовані нові шляхи профілактики НКШ. Ми модифікували безперервно-вузловий шов, який накладаємо у два ряди. При цьому окремо зшивається підслизовий шар, що збільшує гемостатичні властивості шва. Окрім цього, ми апробували шовний матеріал, якому надані антиферментні властивості. Експериментальні дослідження свідчать про ефективність таких заходів.

Висновки

1. Процес розвитку перитоніту супроводжується переважною активацією ферментаційної ланки фібринолізу.

2. Найвищі параметри протеолізу спостерігаються у товстій кишці, що пояснює один із механізмів частішого виникнення

неспроможності кишкових швів.

3. Напрацьовані з урахуванням змін протеолітичних та фібринолітичних властивостей тканин способи профілактики неспроможності кишкових швів засвідчили ефективність в експерименті.

Перспективи подальших досліджень

Проводиться клінічна апробація напрацьованих способів профілактики НКШ.

Література

1. Гринчук Ф.В. Динаміка показників протеолітичної системи плазми крові шурів за умов розвитку перитоніту на тлі поєднаної патології / Ф.В. Гринчук // Клінічна та експериментальна патологія. - 2006. - № 2. - С. 18-22.
2. Кухарчук О.Л. Патогенетична роль та методи корекції інтегративних порушень гормонально-месенджерних систем регуляції гомеостазу натрію при патології нирок: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук: спец. 14.00.16 «Патофізіологія» / О.Л. Кухарчук. - Одеса, 1996. - 36, [1] с.
3. Полянський І.Ю. Патогенез, лікування та профілактика неспроможності швів та анастомозів / І.Ю. Полянський // Клін. хірургія. - 2005. - № 11-12. - С.92.
4. Lipska M.A. Anastomotic leakage after lower gastrointestinal anastomosis: men are at a higher risk / M.A. Lipska, I.P. Bissett, B.R. Parry, A.E. Merrie // ANZ J. Surg. - 2006. - Vol.6, № 7. - P.579-585.
5. Post-operative peritonitis due to anastomotic dehiscence after colonic resection. Multicentric experience, retrospective analysis of risk factors and review of the literature / R. Ruggiero, L. Sparavigna, G. Docimo [et al.] // Ann. Ital. Chir. - 2011. - Vol. 82, № 5. - P. 369-375.

Преутесей В.В.

Экспериментальное обоснование методов профилактики несостоятельности кишечных швов при остром перитоните

Резюме. Представлены результаты исследования протеолиза и фибринолиза тканей желудка, тонкой и толстой кишок при перитоните. Показано, что активность этих процессов преимущественно растет за счет ферментационных механизмов. Предложены новые способы профилактики несостоятельности кишечных швов.

Ключевые слова. протеолиз, фибринолиз, перитонит, кишечные швы.

Preutesey V.V.

Experimental Study of Ways of Prophylactic the Leakage of Intestinal Sutures in Acute Peritonitis

Summary. The results of research of proteolysis and fibrinolysis in stomach, small and large intestines tissues during peritonitis have been presented. It is shown that the activity of activity of these processes increases mainly by enzymatic mechanisms. New ways to prevent the leakage of intestinal sutures were developed which based on the results of researching.

Keywords. proteolysis, fibrinolysis, peritonitis, intestinal sutures.

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК 616.24-002.5-089:579.783.21

Пристайко Я.Й.

Ендолімфатичне введення препаратів у комплексній передопераційній підготовці та хірургічному лікуванні хворих на поширений прогресуючий туберкульоз органів дихання

Клінічна лікарня «Феофанія» ДУС, центр загальної та ендоскопічної торакальної хірургії. Київ

Резюме. Від поширеного прогресуючого деструктивного туберкульозу легень проліковано 268 хворих. Ендолімфатично вводили розчинні форми протитуберкульозних препаратів, АБП широкого спектру дії.

Ключові слова: туберкульоз, ендолімфатичне введення препаратів, передопераційна підготовка, хірургічне лікування.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Проблема хірургічного лікування туберкульозу органів дихання є наслідком недостатньо ефективного, часто невиправданого тривалого консервативного лікування. Можливості протитуберкульозної терапії обмежені зростанням питомої ваги резистентних