



Хворим після накладання карбоперитонеуму вводили лапароскоп і проводили ревізію органів черевної порожнини з метою діагностики. Подальша тактика залежала від діагностованої патології: коли патологія вимагала подальшого оперативного втручання, хворому виконували необхідну операцію після введення додаткових необхідних інструментів. В крайніх випадках, при неможливості проведення адекватної ревізії, на фоні лапароліфтингу одним лапароскопом поставити діагноз було неможливо, переходили на конверсію. В тих випадках, коли патології органів черевної порожнини не було знайдено, лапароскоп й інструменти видаляли з черевної порожнини а троакарні отвори ушивали.

Повторно лапароскопічні втручання виконані у 42 хворих з метою визначення наявності ускладнень в післяопераційному періоді. У 6 хворих лапароскопічні втручання використані для видалення кістозних утворень печінки та серповидної зв'язки а у 64 хворих при гінекологічній патології (23 випадки кіст яєчників, 41 випадків - неплідність різного генезу. Як метод діагностики у 83 хворих застосовувалась лапароскопія, а у 56 хворих - торакокопія.

Серед 2905 хворих на хронічний калькульозний холецистит у 1131 хворих мали місце злуки жовчного міхура з іншими органами, тканинами. Це призвело до конверсії у 43 хворих. З 2202 хворих на гострий калькульозний холецистит у 414 випадках зустрічався біліміхуровий інфільтрат, що стало причиною конверсії у 56 хворих. У 134 хворих була виконана конверсія. Причини конверсії при лапароскопії були: наявність короткої або широкої міхурової протоки - 17 хворих; пошкодження міхурової протоки або холедоху - 19 хворих; пенетруюча виразка ДПК - 9 хворих; виникнення масивної кровотечі - 28 хворих (20 хворих з гострим та у 8 хворих - з хронічним калькульозним холециститом); вклинений конкремент у міхуровій протоці - 12 хворих; підозра на наявність конкременту в залишеній куксі міхурової протоки - 9 хворих; наявність гематоми брижі поперечно-ободової кишки - 2 хворих; пошкодження товстої кишки внаслідок травми - 1 хвора. Причини конверсії при торакокопії були кісти легень великих розмірів - 47 хворих.

Для запобігання ускладнень при проведенні лапароскопічних операцій їх треба застосовувати строго за показами. Конверсію необхідно виконувати своєчасно і вважати її як етап комплексного втручання. Малотравматичність і надійний функціональний результат від лапароскопічних методик прогнозує їх перселективне кількісне зростання в плановій і ургентній хірургії і, паралельно з цим, вимагає удосконалення індивідуальної техніки хірургів. Сучасне захоплення лапароскопічною хірургією з накопиченням досвіду, з глибоким і ретельним вивченням віддалених результатів, з часом дозволить розробити чіткі покази до застосування малоінвазивної і традиційної хірургії.

Ми вважаємо за необхідне ширше ставити покази до використання малоінвазивних оперативних втручань у хворих в ургентному порядку. Це дозволило діагностувати хірургічну патологію в очеревинній порожнині у 76 хворих. Діагностична лапароскопія застосовувалась у 15 хворих з цирозом печінки у яких, крім біопсії печінки, виконана оментогепатопексія. Діагностична торакокопія - у 19 хворих з пневмотораксом, причина якого була ліквідована шляхом коагуляції та у 46 хворих з кістами легень. Таким чином при наявності труднощів у поточненні діагнозу потрібно ширше ставити покази для використання лапароскопічних втручань з метою визначення подальшої лікувальної тактики. Результати проведених досліджень обґрунтовують доцільність напрацювання нових підходів до діагностики, прогнозування перебігу та лікування гострих захворювань органів черевної порожнини.

Отже, при гострому калькульозному холециститі оперативне втручання бажано робити в перші 48 годин від моменту захворювання. Враховувати вказані критерії, які спричиняють конверсію. Це дозволить більш раціонально обирати метод оперативного втручання та знаходити компроміс між бажаннями пацієнтів і можливостями вітчизняної ургентної хірургії. У хірургічних хворих з важкою супутньою серцево - легенною патологією лапароскопічні технології дозволяють встановити правильний діагноз що є запорукою успішного лікування.

Гринчук А.Ф., Гринчук Ф.В., Полянський І.Ю.
ПРОГНОЗУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ПЕРИТОНІТУ

Кафедра хірургії № 1
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

Прогнозування післяопераційних ускладнень є важливим компонентом лікування гострого перитоніту. Численні методи, які базуються на урахуванні різноманітних показників не знайшли визнання внаслідок їхньої значної кількості, що зумовлює складність застосування. Методи, засновані на малій кількості критеріїв залишаються недостатньо вірогідними. Залишається поширеним застосування Мангаймського перитонітного індексу (МПІ), за допомогою якого визначають тяжкість перитоніту. По мірі її зростання ймовірність розвитку післяопераційних ускладнень збільшується, проте диференціювати ризик виникнення окремих ускладнень це не дозволяє. У зв'язку з цим розробка ефективного методу прогнозування ПУ залишається актуальним питанням сьогодення.

Нами проведений ретроспективний аналіз наслідків лікування 169 хворих на різні форми перитоніту, віком від 17 до 84 років. Чоловіків було 98, жінок - 71. Місцевий перитоніт був у 45 хворих, дифузний - у 53, розлитий - у 57, загальний - у 13 хворих. У 79 пацієнтів були післяопераційні ускладнення: запалення і нагноєння рани (24), евентерація (5), інтраабдомінальні інфільтрати і абсцеси (14), неспроможність кишкових швів (18), триваючий перитоніт (18). Померло 39 хворих. У 123 хворих діагностовано супутні захворювання.



Аналізували клінічні дані, результати лабораторних методів, параметри МПІ, класу поєднаної патології, вік. Вплив досліджених показників на розвиток післяопераційних ускладнень визначали за допомогою дисперсійного аналізу.

Виконаний аналіз дозволив розробити шкалу, згідно якої прогнозування ПУ проводиться у два етапи. На першому етапі, до операції, у шкалу включені показники, які характеризують хірургічну патологію, перитоніт і супутні захворювання. Кожному з них надана певні кількість пунктів: гострий апендицит, гострий простий холецистит, гінекологічна патологія, кишкова обструкція (не пухлинна) без некрозу (1); кишкова обструкція (не пухлинна) з некрозом, гострий деструктивний холецистит, перфорація гастродуоденальних виразок, тонкої кишки, пухлин шлунка, гостра виразкова кровотеча, акушерська патологія (2); травма живота, пухлина ободової кишки з непрохідністю, хвороба Крона, гострий панкреатит, мезентеріальний тромбоз, післяопераційний перитоніт (3); місцевий перитоніт (2), дифузний перитоніт (4), розлитий перитоніт (6); супутня патологія відсутня (0), клас коморбідності 0 (0), клас 1 (1), клас 2 (2), клас 3 (3).

Результати дисперсійного аналізу засвідчили статистично істотну залежність частоти розвитку ускладнень від визначеної суми пунктів. Згідно шкали, хворі попередньо поділяються на групи звичайного (2-4 пункти), збільшеного (5-7 пунктів), середнього (8-9 пунктів) і високого (10 і більше пунктів) ризику виникнення післяопераційних ускладнень. Таке виділення груп ризику дозволяє застосовувати необхідні заходи з профілактики ускладнень вже на етапі передопераційної підготовки хворих. Остаточне визначення ризику проводиться з урахуванням даних інтраопераційної ревізії та лабораторних досліджень. На цьому етапі склад і внесок прогностичних критеріїв наступні: характеристики хірургічної патології згідно передопераційних даних; характеристики перитоніту згідно показника МПІ; характеристики супутньої патології згідно доопераційних даних; вміст паличкоядерних лейкоцитів: менше 3, або більше 37% – 3 пункти, 26 – 36% - 2, 4 – 25% - 0; застосування запрограмованої санації 2 пункти.

Аналіз клінічних і лабораторних показників засвідчив, що дисперсія параметрів післяопераційних ускладнень статистично істотно пояснюється внеском представлених показників. Розмежування груп ризику проводиться наступним чином: менше 18 пунктів – звичайний ризик, 18-25 пунктів - збільшений (переважно ранові ускладнення), 26-34 пункти - середній (абсцеси, інфільтрати, дифузний перитоніт, неспроможність швів), більше 35 пунктів - високий ризик (тяжкий перитоніт, сепсис), що підтверджено результатами однофакторного дисперсійного аналізу. Віднесення конкретного хворого до певної групи дозволяє обґрунтовано використовувати необхідні профілактичні заходи під час операції та в післяопераційний період.

Таким чином, запропонований метод дозволяє відносити хворих на різні форми гострого перитоніту до груп звичайного, збільшеного, середнього і високого ризику виникнення післяопераційних ускладнень. Проведення роздільного прогнозування до та під час операції дозволяє диференційовано застосовувати заходи з профілактики ускладнень впродовж всього періоду лікування.

Дудко О.Г., Головчанський І.В.

ОСОБЛИВОСТІ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ВІДКРИТИХ ПЕРЕЛОМІВ КИСТІ

Кафедра травматології та ортопедії

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Відкриті переломи кісток кисті становлять 91,2% всіх переломів кисті, переважна більшість яких зустрічається у чоловіків працездатного віку. Нерідко вони супроводжуються значним пошкодженням м'яких тканин: шкіри, сухожилків, судин та нервів, що значно погіршує прогноз їх лікування та відновлення функції зокрема.

Нами проведено аналіз лікування та методів остеосинтезу при відкритих переломах кісток кисті у пацієнтів, що лікувалися в травматологічному відділенні для дорослих ОКУ «ЛІІМД» м. Чернівці в 2015 – 2016 роках. Всього на стаціонарному лікуванні знаходився 121 хворий з переломами кисті, з них у 76 хворих були відкриті переломи (42 пацієнта у 2015 році, 34 – у 2016 році). Остеосинтез спицями проведено у 64 хворих, остеосинтез гвинтами у 4 хворих, остеосинтез гвинтами і спицями у двох хворих, остеосинтез АЗФ (апарат зовнішньої фіксації) у 6 хворих. При відкритих переломах фаланг пальців і п'яних кісток для остеосинтезу частіше застосовуються спиці Кіршнера різного діаметру. Застосування АЗФ показано при значній травматизації тканин кисті, обширних рваних ранах, субтотальних ампутаціях пальців. Зокрема при остеосинтезі скалкових, нестабільних переломів кісток кисті накладання АЗФ дозволяє швидко та атравматично провести стабілізацію перелому, після чого проводиться відновлення сухожилків та інших пошкоджених м'якотканинних структур. Крім того післяопераційне ведення даних хворих має наступні переваги: ведення хворого без гіпсової пов'язки, кращі умови для загоєння ран та відновлення функції сегменту. Консолідація переломів та видалення фіксаторів проводилося в терміни 4-5 тижнів з подальшою розробкою рухів в суглобах кисті.

При переломах з косою і гвинтоподібною лінією зламу доцільно застосовувати стягуючі мінігвинти, в поєднанні зі спицями Кіршнера. При значному пошкодженні м'яких тканин у випадку відкритих переломів кісток кисті доцільно проводити фіксацію АЗФ. Застосування АЗФ з різьбовою планкою дозволяє проводити distraкцію та репозицію змішених кісткових відламків.