

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

# **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ**

Матеріали 86-ї підсумкової конференції науковців  
Буковинського державного медичного університету

Чернівці, БДМУ  
2005

<b>В.П. Пішак, І.Й.Сидорчук, М.Ю.Коломоець</b> НАУКОВА ДІЯЛЬНІСТЬ БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ У 2004 РОЦІ .....	3
---	---

## **КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА**

<b>М.А.Карлійчук</b> ЛОВАСТАТИН У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДІАБЕТИЧНОГО МАКУЛЯРНОГО НАБРЯКУ, ЗУМОВЛЕНОГО ЗАДНІМ ВІДЩАРУВАННЯМ СКЛИСТОГО ТІЛА .....	11
<b>М.М. Кузьмін, Б.І. Квасницький, В.С. Самараш, О.Л. Присяжнюк</b> КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ „ПРОТЕФЛАЗИД” У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИХ ХВОРИХ НА ДЕСТРУКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ.....	14
<b>О.П.Кучук, Г.Д.Ловля</b> ДІАБЕТИЧНА РЕТИНОПАТІЯ: ОФТАЛЬМОСКОПІЧНІ ПРОЯВИ ТА КЛАСИФІКАЦІЙНІ СХЕМИ .....	18
<b>О.В.Мироник, О.М.Давиденко, Г.І.Печенюк, В.В.Печенюк</b> КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕОСОРБЛАКТУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ГЕПАТИТ А .....	23
<b>О.В.Пішак, Г.І.Арич</b> ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ СТАНДАРТНИХ ТЕРАПЕВТИЧНИХ СХЕМ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ В ДОБОВОМУ АСПЕКТІ .....	26
<b>І.А.Плеш, А.М.Троян, В.І.Каленюк</b> ІОНОРЕГУЛЮВАЛЬНА ФУНКЦІЯ НИРОК У ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ II СТАДІЇ З РІЗНИМ ЦИРКАДАННИМ РИТМОМ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ .....	30
<b>О.С.Полянська</b> РЕАБІЛІТАЦІЯ ЯК ОСНОВА СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ.....	34
<b>О.С. Полянська, Т.М. Амеліна, Н.М. Зюлковська</b> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ БРОНХІТОМ.....	37
<b>О.С. Полянська, Т.В.Куртян</b> МАЛАТ ЦИТРУЛІНУ ТА ВЕГЕТАТИВНА ДИСФУНКЦІЯ.....	42
<b>І.Ю.Полянський</b> ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ГОСТРОМУ ПЕРИТОНІТІ.....	49

## ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ГОСТРОМУ ПЕРИТОНІТІ

І.Ю. Полянський

Кафедра факультетської хірургії, ЛОР та очних хвороб  
(зав.- проф. І.Ю.Полянський)  
Буковинського державного медичного університету

**Вступ.** Підвищення ефективності лікування хворих з гострим перитонітом є однією з найактуальніших проблем абдомінальної хірургії. Зумовлено це високою частотою розвитку перитоніту, відсутністю єдиної загальноновизнаної лікувальної тактики, різноплановістю методів оперативного втручання [1,2]. Стандартизації комплексного лікування хворих з гострим перитонітом перешкоджає ще й те, що багато аспектів багатогранного його патогенезу вивчені недостатньо повно [3,4,5], що затруднює не тільки вибір адекватного об'єму оперативного втручання, а й комплексного післяопераційного лікування [1,6].

**Мета дослідження.** Підвищити ефективність лікування хворих на розповсюджені форми перитоніту.

**Матеріал і методи.** Об'єктом експериментальних досліджень стали 204 тварин, серед яких – 158 самців та самок білих щурів та 46 безпородних собак. Умови утримування тварин відповідали необхідним вимогам. При виконанні експериментів витримувались основні вимоги Гельсінської декларації прав людини (1975) та Ванкуверської конвенції (1979, 1994) про біомедичні експерименти. Гострий перитоніт моделювали за власною методикою (а.с. №1827682).

Клінічний матеріал склали 112 хворих з різними видами гострого перитоніту віком від 16 до 75 років.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Клінічні та експериментальні дослідження дозволили виявити нові аспекти ініціації та прогресування запального процесу в очеревинній порожнині, шляхи розповсюдження мікроорганізмів та токсинів з очеревинної порожнини, механізми реалізації системної запальної відповіді при

перитоніті. Виявлені закономірності лягли в основу розробленої лікувальної тактики при розповсюджених формах перитоніту.

Встановлений діагноз розповсюдженого перитоніту є абсолютним показом до оперативного втручання, яке виконується в ургентному порядку за життєвими показами. Оперативне втручання повинно бути направлене на вирішення 3-х основних завдань: ліквідації причини перитоніту, ефективної санації очеревинної порожнини та забезпечення умов для тривалого локального впливу на перебіг у ній запального процесу.

Вирішення першого завдання оперативного лікування перитоніту залежить від причини, що його викликала. Важливим є вибір адекватного об'єму оперативного втручання. З одного боку, воно повинно радикально ліквідувати причину перитоніту, з іншого – бути мінімальним, з якомога меншою кількістю накладених швів, неспроможність яких є основним ускладненням післяопераційного періоду. Суттєво знизити небезпеку такого ускладнення, за нашими даними, можливо при дотриманні умов вірогідного визначення життєздатності ділянок органа, на який накладаються кишкові шви, обґрунтованого вибору кишкового шва з урахуванням його властивостей та забезпечення захисту лінії швів від згубної дії перитонеального ексудату.

Для вірогідного визначення життєздатності тканин і органів нами розроблена методика, основана на вимірюванні їх питомої електропровідності.

Вибраний для зашивання кишковий шов повинен бути стійким до дії пошкоджуючих чинників як з боку просвіту кишки, так і до дії перитонеального ексудату; надійно співставляти захисті ділянки, тривалий час утримувати їх у такому стані, забезпечуючи високі параметри фізичної герметичності. Всі ці властивості має розроблений нами безперервно – вузловий шов (а.с. №1729496), який повинен стати методом вибору при перитоніті. Ми з успіхом використали його у 127 хворих з перитонітом.

Для захисту кишкових швів при перитоніті нами запропоновано спосіб (Патент РФ №2027407), в основі якого лежить покриття їх твердою мозковою оболонною плодів (ПТМО), консервованою таким чином, щоб надати їй наведені антимикробні властивості. Як свідчать результати експериментальних досліджень та клінічних спостережень, консервовані ембріональні тканини не тільки попереджують

порушення біологічної герметичності лінії швів, а й прискорюють регенерацію. Із 74 хворих, у яких використана така методика закріплення лінії швів, неспроможність не виявлена у жодному випадку.

Іншим завданням оперативного лікування перитоніту є санація очеревинної порожнини. Найефективнішим способом санації очеревинної порожнини при перитоніті є багаторазове промивання очеревинної порожнини оксигенованими розчинами поверхневоактивних антисептиків з наступним ультрафіолетовим опроміненням, яке дозволяє знизити мікробну забрудненість очеревини на 85-87%. Досягти абактеріальності очеревинної порожнини, ліквідації в ній запального процесу існуючими на сьогодні методами одномоментної санації практично неможливо. У зв'язку з цим, при розповсюджених формах перитоніту ми використовуємо запрограмовану лапароскопію – повторні розкриття очеревинної порожнини для її санації, контролю за перебігом запального процесу, спроможністю накладених швів. Виконуємо її за розробленим способом (Патент України №50932 А). Повторні розкриття поєднуємо з розробленими способами локальної (Патент України №52878) та тотальної перитонеосорбції (Патент України №50921), які дають змогу не тільки попередити дію патогенних агентів на очеревину, а й зменшити їх всмоктування та розповсюдження по організму, знижуючи прояви ендотоксикозу.

Розроблений комплекс післяопераційних заходів, який спрямований на корекцію провідних механізмів прогресування запального процесу в очеревинній порожнині.

Розроблена лікувальна тактика є ефективною у хворих з розповсюдженими формами гострого перитоніту, використання її дозволило знизити летальність з 16,7% до 5,9%.

**Висновки.** 1. Лікувальна тактика, спрямована на ліквідацію провідних механізмів розвитку запального процесу в очеревинній порожнині, попередження виникнення різних ускладнень дозволяє значно покращити результати лікування з розповсюдженими формами перитоніту. 2. Для профілактики неспроможності швів і анастомозів в умовах перитоніту ефективними є розроблені методи визначення життєздатності тканин, закріплення лінії швів консервованими ембріональними тканинами, використання запрограмованих повторних розкриттів очеревинної порожнини.

**Література.** 1. Милонов О. Б., Тоскин К. Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. – М.: Медицина, 1998. – 560 с. 2. Неотложная абдоминальная хирургия / Под.ред А.А. Гринберга. – М.: Триада-Х, 2000. – 496 с. 3. Caron R., Gorla C., Florianello F. Il riassorbilite nella sutura della parete abdominale // *Minerva Chir.* – 2003. – V. 41, №29. – P.1105-1107. 4. Kressner U., Antonsson J., Ejerblad S. et al. Intraoperative colonic lavage and primary anastomosis- an alternative to Hartman procedure in emergency surgery of the left colon // *Eur. J. Surg.* – 1994. – V. 160, №5. – P.287- 292. 5. Nathens A.B, Rotstein O.D. Therapeutic options in peritonitis // *Surg. Clin. North. Am.* – 2002. – 32(2). – P. 537-541. 6. Farthmann G.N., Schoffel U. Principles and limitanions of management of intraabdominal infections // *World J. Surg.* – 1999. – 7(1). – P. 113-119