



Мороз П.В.
**ОСОБЛИВОСТІ ІМУНОЛОГІЧНИХ ТА МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ РІЗНИХ ФОРМАХ
ГОСТРОГО ПЕРИТОНІТУ**

Кафедра хірургії № 1

*Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Проблема діагностики, прогнозування перебігу та лікування гострого перитоніту є однією з найактуальніших у абдомінальній хірургії. Не зважаючи на чисельні дослідження, причини та механізми розвитку запального процесу в очеревинній порожнині до цього часу вивчені недостатньо різнобічно, а методи ранньої діагностики носять переважно суб'єктивний характер, що призводить до запізнілої клінічної інтерпретації і розвитку розповсюджених форм перитоніту та неадекватного лікування таких хворих і слугувати причиною смерті пацієнтів.

Тому дослідження причин та розробка методів прогнозування виникнення цього ускладнення має вагоме як науково-теоретичне, так і незаперечне практичне значення. Подібні дослідження дали б змогу опрацювати оптимальну індивідуалізовану лікувальну тактику, суттєво покращити результати лікування.

У патогенезі перитоніту важливу роль відіграють медіатори запалення – цитокіни. Зважаючи на те, що інтерлейкіни є тригерами різних механізмів запалення, ми дослідили зв'язок між його концентрацією в плазмі крові та вираженістю процесів пероксидного окислення, антиоксидантного захисту, протеолізу, фібринолізу, а також їх особливості при різних варіантах гену IL1 β 511 С/Т.

Встановлено, що провідними механізмами прогресування запального процесу по очеревинній порожнині є надмірна активність IL1 β , яка носить генетичну детермінованість. Вагома перевага у обстеженої когорти пацієнтів з ТТ- та СТ-варіантами, при яких активність IL1 β є найвищою, дає підстави стверджувати про генетичну детермінованість перебігу запального процесу при перитоніті. Виявлена чітка залежність між вираженістю процесів пероксидного окислення та варіантами генотипу IL1 β 511 С/Т. Найвища активність пероксидного окислення спостерігається при ТТ- та СТ-варіантах, при яких виявлено найнижчу активність ферментів антиоксидантного захисту, що є проявом дисбалансу в редокс-системі. Одним із механізмів пошкоджень при розповсюдженному перитоніті є система необмеженого протеолізу, яка реалізує свій вплив через надмірне розщеплення низькомолекулярних структур, спотворення протеолізу середньомолекулярних пептидів до яких відносять і регуляторні субстанції гормони, а також надмірна активація протеолізу колагенових структур.

Найбільш виражений дисбаланс протеолітичної активності виявлено нами у пацієнтів з ТТ- та СТ-варіантами гену IL1 β 511 С/Т, що є одним із механізмів розвитку в них прогресуючого ендотоксикозу. При цих же варіантах генотипу нами виявлено надмірна активація фібринолітичної активності, переважно за рахунок неферментативного фібринолізу, що сприяє розповсюдженню запально-деструктивних процесів по очеревинній порожнині.

Отже, виявлена залежність між концентрацією IL1 β , яка генетично детермінована і активністю процесів перексидного окиснення, АОЗ, протеолізу та фібринолізу свідчить про тісний взаємозв'язок цих механізмів у реалізації запального процесу в очеревинній порожнині. Це зумовлює необхідність корекції означених процесів у комплексному лікуванні хворих на розповсюджений перитоніт, а оцінка варіантів генотипу IL1 β 511 С/Т дає можливість прогнозувати характер перебігу запального процесу та вибрати адекватну лікувальну тактику.

Москалюк О.П., Шварковський І.В., Русак О.Б., Якобчук С.О.
СЕЛЕКТИВНА КАНЮЛЯЦІЯ ХОЛЕДОХА ПРИ ЗАСТОСУВАННІ PRECUT-ТЕХНІКИ

Кафедра хірургії № 2

*Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Холедохолітіаз зустрічається у 10-35% хворих на жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ) і, часто, стає причиною таких тяжких ускладнень, як холангіт, гострий панкреатит, стеноз великого дуоденального сосочка (ВДС) і механічна жовтяниця. Не викликає сумнівів факт поширеності в загальній структурі патології, доброякісних і злоякісних захворювань гепатопанкреатодуоденальної зони, для діагностики і лікування яких необхідно як пряме контрастування біліарної протокової систем, так і можливість інструментального доступу. На сучасному етапі розвитку медицини більшість науковців віддає перевагу ендоскопічним малоінвазивним методам відновлення прохідності жовчовивідних шляхів при лікуванні даної категорії хворих. Впровадження у клінічну практику ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії з наступною ендоскопічною папілосфінктеротомією (ЕПСТ) для діагностики та лікування хворих з механічною жовтяницею дозволяє покращити результати лікування даної патології, особливо у хворих з важкою супутньою патологією.

Труднощі з правильним вибором напрямку, довжини і глибини розрізу при застосуванні precut-техніки виникають через втрату орієнтації в тих випадках, коли швидке виконання розрізу не вдається одразу і розвивається набряк тканин або починається кровотеча – виконання маніпуляції доводиться відкладати на 2-4 доби для проведення протизапальної чи гемостатичної терапії. Саме тому ми задались метою пошуку більш ефективних та безпечних способів виконання ЕПСТ.



Нами запропоновано «Спосіб селективної канюляції холедоха» (патент України на корисну модель № 117568), що має на меті покращення результатів виконання голкової папілотомії при неможливості селективної канюляції холедоха та при повторних випадкових канюляціях головної панкреатичної протоки шляхом зменшення ризику виникнення специфічних ускладнень, зокрема перфорації дванадцятипалої кишки (ДПК) та гострого панкреатиту.

За даними центру ендоскопічної хірургії м. Чернівці проаналізовано 201 ендобіліарне втручання. У 19 хворих із складною анатомічною будовою сосочкової ділянки використано запропоновану техніку селективної канюляції холедоха. За нашими даними використання запропонованого способу ендоскопічної папілосфінктеротомії має ряд переваг, що вигідно відрізняють його від запропонованих раніше. По-перше, запропонована методика дозволяє виконувати ендоскопічні транспапілярні втручання в один етап не очікуючи зменшення ознак запалення в ділянці ВДС після невдалих спроб селективної канюляції холедоха. Відмічено зменшення кількості повторних операцій у 1,9 рази. По-друге, глибину виконання супрапапілярної холедоходуоденостомії оцінюють по залишеному провіднику, що зменшує ризик перфорації ДПК та гострого панкреатиту. Дані ускладнення не спостерігалися в прооперованих запропонованим методом хворих. По-третє, немає необхідності додаткового стентування протоки підшлункової залози, що зменшує тривалість та вартість не тільки операції, а й самого лікування. Нами відмічено зменшення ліжко-дня у прооперованих хворих в 1,5 рази.

Отже, запропонований спосіб дає змогу попередити пошкодження протоки підшлункової залози, знижує ймовірність гострого панкреатиту та перфорації дванадцятипалої кишки завдяки виконанню підконтрольній оку супрапапілярної холедоходуоденостомії орієнтуючись на провідник залишений в протоці підшлункової залози. Це дозволяє збільшити частоту селективної канюляції холедоха, зменшити тривалість та вартість оперативного втручання.

Петрюк Б.В.

ЛІКУВАННЯ ДОНОРСЬКИХ РАН ПІСЛЯ ВІЛЬНОЇ ШКІРНОЇ ПЛАСТИКИ

Кафедра загальної хірургії

Вищий державний навчальний заклад

«Буковинський державний медичний університет»

Потреба у вільній шкірній пластичі виникає у випадку будь-якого достатньо значного за розмірами дефекту шкіри, коли спонтанна епітелізація з країв та рубцеве стягнення дна не можуть вирішити проблему ліквідації ранової поверхні. Таке трапляється при механічних пошкодженнях, ранах, які утворилися після відторгнення некротизованих тканин, трофічних виразках, а також у випадку глибоких опіків. Операція вільної шкірної пластики супроводжується утворенням донорських ран на рівні епідермісу та сосочків дерми. Вони вирізняються доволі інтенсивним болем, відчуттям стягнення і свербіжем. Заподіяні дерматомом донорські рани можна вести відкритим методом, вкривши ранову поверхню двома шарами стерильної марлі та постійно висушуючи пов'язку за допомогою тепловентилятора чи фена. Це найпростіший спосіб, однак він має низку недоліків.

Ефективним методом лікування донорських ран є використання ліофілізованих ксенотрансплантатів шкіри свині. Після зняття епідермо-дермального клаптя з метою зменшення кровотечі з донорської рани доцільно наложити стерильну серветку і зсирити її натрію хлоридом із адреналіном у співвідношенні 4:1. Забезпечивши гемостаз, на рану накладають ксенотрансплантат, ретельно розправляючи його по контуру рани та закриваючи її повністю з напуском до 0,5-1 см. Його попередньо замочують у розчині антисептика (декасан, хлортексидин, мірамістин тощо). При цьому значно зменшуються больові відчуття, немає потреби утримувати донорське місце постійно відкритим і висушувати його, що є особливо проблематичним у дітей. Окрім того, як показали наші спостереження за перебігом ранового процесу, на 3-4 доби прискорюється епітелізація донорських ран. Однак така лікувальна тактика є доволі коштовною. Крім того, під ксеноклаптем можуть утворюватися дрібні гематоми, тому на наступний день після операції виконують контрольну перев'язку, під час якої, за потреби, видаляють скопичення крові.

За даними літератури, бранолінд із перуанским бальзамом сприяє швидкому заживленню ран, прискорює процес відтоку ексудату, попереджує інфікування. Пов'язка не перешкоджає циркуляції повітря та прискорює регенерацію тканин. Із огляду на вищезазначене, пропонуємо наступний спосіб лікування донорських ран. Після зняття епідермо-дермального клаптя та забезпечення ретельного гемостазу на донорську рану накладають пов'язку «Бранолінд», закриваючи її повністю з напуском не менше 1 см. При цьому краще користуватися серветками розмірами 20×10 см, адже їх можна легко розкрити за потреби. Її фіксують марлевым і еластичним бинтом. При цьому також значно зменшуються больові відчуття, немає потреби утримувати донорське місце постійно відкритим. Також під такою пов'язкою не утворюються гематоми. Як показали наші спостереження, епітелізація донорських ран прискорюється на 2-3 доби. Таким чином, пов'язка «Бранолінд» та її подібні матеріали можуть вважатися непоганою альтернативою ксенотрансплантатам шкіри свині в лікуванні донорських ран після вільної шкірної пластики.