

тичні зміни у вигляді глибокої флегмони або вологої гангренни стопи.

Другий – проксимальний тип ураження (у 30% спостережень): артерії гомілки та стопи без патологічних змін, відзначають атеросклеротичний стеноз або оклюзію підколінної та вище розташованих артерій. Для проксимального ураження типовим було виникнення сухого некрозу тканин стопи.

Середній показник СТ на рівні присередньої кісточки у хворих з дистальним типом ураження становив  $(173 \pm 48)$  мм рт. ст., з проксимальним типом –  $(52 \pm 38)$  мм рт. ст. Перевагою оклюзійної артеріографії у порівнянні з методом Seldinger було якісне контрастування артерій гомілки і стопи, внаслідок того, що контрастна речовина не розчинялася в крові і не шунтувалася по артеріо-венозних анастомозах вище зони оклюзії.

Під час накладення дистального шунта на рівні стопи з використанням розробленого способу створювалися умови для розміщення шунта в оптимальному напрямку, уникали перекидання шунта через великогомілкову кістку.

Успішне здійснення шунтувальної операції у хворих з дистальним типом ураження супроводжувалось зниженням СТ на рівні присередньої кісточки до  $(127 \pm 12)$  мм рт. ст., з проксимальним типом – підвищенням до  $(91 \pm 17)$  мм рт. ст.

Таким чином, визначення СТ у хворих на ЦД є скринінговим методом, воно необхідне для встановлення показань до здійснення реконструкції артерій.

У 30% хворих на ЦД з ГНУС виявлений гемодинамічно значущий стеноз або оклюзія артерій стегна та гомілки.

Типовим для ЦД є потовщення стінки артерій стопи з попириєм, стільниковоподібним утворенням кальцинатів діаметром 0,5 – 1 мм.

Для встановлення можливості виконання шунтувальної операції на артеріях з накладенням дистального анастомозу на рівні стопи слід виконувати оклюзійну ангіографію.

Для проведення шунта до артерії тилу стопи доцільно створювати канал у великогомілковій кістці.

УДК 616.381–002–089

## **ЗАСТОСУВАННЯ ЛОКАЛЬНОЇ ПРОЛОНГОВАНОЇ ВУЛЬНЕРОСОРБЦІЇ У ПРОФІЛАКТИЦІ ГНІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ЗАГОЄННЯ ОПЕРАЦІЙНОЇ РАНИ ПРИ ПОШИРеноМУ ПЕРИТОНИТІ**

І. Ю. Полянський, В. В. Максим'юк  
Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

### **APPLICATION OF LOCAL PROLONGED VULNEROSORPTION IN PROPHYLAXIS OF PURULENT COMPLICATIONS OF THE OPERATIVE WOUND HEALING IN DIFFUSION PERITONITIS**

I. Yu. Polyanskiy, V. V. Maximyuk

При лікуванні поширених форм гострого перитоніту широко використовують метод повторного програмованого розкриття черевної порожнини – програмованої лапароперції (ПЛ). Він передбачає тимчасове закриття операційної рани шляхом накладення ситуаційних швів, що зумовлює значне підвищення мікробного забруднення її країв та частоти нагноєння. Так, частота гнійних ускладнень загоєння операційної рани при поширеному гнійному перитоніті становить 18 – 40%, що зумовлює високу частоту утворення післяопераційної грижі черевної стінки та евістрації. Масивне мікробне забруднення тканин операційної рани на фоні порушення імунного статусу та механізмів локального захисту, характерного для перитоніту, є одним з факторів прогресування внутрішньочеревного запального процесу. В зв'язку з цим профілактика гнійних ускладнень загоєння операційної рани при виконанні ПЛ є важливою складовою комплексного лікування таких хворих.

Нами запропоновані ефективні способи профілактики запально-деструктивних процесів в операційній рані при виконанні ПЛ.

Обстежені 29 пацієнтів з поширеними формами перитоніту IIIA, IIIB та IV ступеня тяжкості, у комплексному ліку-

ванні яких використали ПЛ. Чоловіків було 16, жінок – 13. Вік хворих від 17 до 76 років. Хворі розподілені на дві групи. До контрольної групи включені 11 пацієнтів, у яких операційну рану закривали шляхом накладення наскрізних ситуаційних швів, між її краями розміщували марлеву серветку, змочену розчином антисептиків.

До основної групи увійшли 18 хворих, у яких застосований розроблений метод тимчасового закриття операційної рани для проведення ПЛ. З метою попередження мікробного забруднення країв операційної рани, виникнення запального процесу та підвищення ефективності лікування перитоніту у цих хворих використаний розроблений спосіб тимчасового закриття операційної рани (позитивне рішення за заявою № 2001075281 від 24.07.01). Під краями рани розміщують стерильну перфоровану біоінертну прокладку, вільні кінці якої виводять через кути рани на шкіру. При цьому нитки ситуаційних швів, які проходять крізь товщу передньої черевної стінки, розташовані над прокладкою. Між краями рани розміщують біоінертний контейнер у вигляді пористого мішечка циліндричної форми діаметром до 40 мм з сорбентом (ентеросгель), попередньо обробленим декасаном. Довжина контейнера, залежно від розміру операційної рани, становила 200

– 360 мм. Нитки ситуаційних швів затягують до співставлення країв рани з контейнером на всьому протязі, кінці їх зав'язують на "бантики". Контейнер з сорбентом замінювали під час ПЛ, яку здійснювали через 24 – 48 год.

Для оцінки ефективності запропонованого способу локальної пролонгованої вільнеросорбції вивчали вираженість клінічних проявів захворювання, показників мікробного забруднення країв операційної рани, характеру мікрофлори сорбенту.

За даними проведеного дослідження, у 6 (54,5%) пацієнтів контрольної групи виявлені клінічні ознаки місцевої ранової інфекції різної вираженості: набряк країв рани, гіперемія шкіри, місцеве підвищення температури, біль під час пальпації, виділення гнійного вмісту. При розведенні країв рани виявляли численні ділянки некрозу клітковини та апоневрозу, набряк, вогнищеві крововиливи. Вираженість запально-деструктивних змін країв рани корелювала з характером патологічного процесу в черевній порожнині. Очищення рани, розростання грануляцій спостерігали тільки після зникнення запального процесу.

У пацієнтів основної групи вже після другої ПЛ відзначали острівці грануляційної тканини, місцеву кровоточивість, вогнищ некрозу не було. Ознаки місцевого запалення виявлені лише у 4 (22,2%) хворих цієї групи.

В контрольній групі під час культивування змивів з поверхні операційної рани встановлено її бактеріальне забруднення. Загальна кількість мікроорганізмів на її поверхні за умови розташування між краями марлевої серветки становила  $(3,76 \pm 1,12)$  Іг колонієутворюючих одиниць (КУО) в 1 мл.

Під час бактеріологічного дослідження змивів з поверхні операційної рани при розміщенні між її краями контейнера у 10 спостереженнях мікроорганізми не виявлені, у 8 – їх загальна концентрація становила  $(1,38 \pm 0,63)$  Іг КУО/мл і була вірогідно нижчою за таку в контрольній групі ( $P < 0,001$ ).

При бактеріологічному дослідженні видаленого контейнера встановлено, що його забруднення мікроорганізмами на кілька порядків вище, ніж країв операційної рани. Так, концентрація *E. coli* в сорбенті становила  $(4,47 \pm 0,53)$  Іг КУО/мл, лактобактерій –  $(3,67 \pm 0,71)$  Іг КУО/мл, *Bacteroides fragilis* –  $(3,28 \pm 0,32)$  Іг КУО/мл, *Streptococcus faecalis* –  $(2,51 \pm 0,46)$  Іг КУО/мл, *Pseudomonas aeruginosae* –  $(2,09 \pm 0,46)$  Іг КУО/мл. Це свідчило про високі сорбційні якості вмісту контейнера, що дало можливість запобігти попаданню цих мікроорганізмів у тканини операційної рани.

Використання розробленого способу сприяло зниженню частоти гнійно-септичних ранових ускладнень з 18,1% – у контрольній групі до 5,6% – в основній, тривалості лікування – відповідно з  $(39,33 \pm 3,79)$  до  $(28,00 \pm 3,03)$  дня ( $P < 0,05$ ).

Таким чином, розміщення між краями операційної рани контейнера з сорбентом, обробленим декасаном, дає змогу знизити ступінь мікробного забруднення операційної рани, запобігти її реінфікуванню.

Використання розробленого способу тимчасового закриття операційної рани під час ПЛ дає змогу зменшити частоту гнійно-септичних ускладнень загоєння операційної рани, тривалість стаціонарного лікування хворих з поширеними формами перитоніту.