

Клаппа або Черкес-Заде) і закритих оперативних методів (корекція з трансартикулярною фіксацією спицями Кіршнера) застосовують відкриту репозицію та остеосинтез спицями. При цьому частіше використовують дві спиці Кіршнера, які проводять навхрест з попередньою адаптацією відламків і фрагментів. Але не завжди вдається досягти повної конгруентності суглобових поверхонь. Крім того, відламки нерідко зміщуються під час проведення спиць та в післяопераційному періоді. Для усунення цих недоліків пропонується спочатку провести зіставлення і стабільну фіксацію відламків, які беруть участь в утворенні суглобових відділів фаланг, за допомогою поперечно проведеної спиці, а потім зіставлення відламків і їх фіксацію проведенням двох спиць навхрест. Запропонований спосіб сприяє більш точному і стабільному зіставленню та утриманню фрагментів. Це дозволяє скоротити час фіксації основних кісткових відламків і позитивно впливає на якість і терміни лікування, дозволяє в більш ранній період після операції проводити фізіофункціональне лікування і реабілітаційні заходи. Даним способом прооперовано 8 хворих. Післяопераційний період без ускладнень, у всіх хворих отримані задовільні функціональні результати.

УДК 618.019

### ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ БАГАТООСКОЛКОВИХ ПЕРЕЛОМІВ НАДКОЛІНКА

*А.Т.Зінченко, А.А.Зінченко, В.С.Кирилюк*

*Буковинська державна медична академія, м. Чернівці*

Лікування закритих і відкритих багатоосколкових переломів надколінка (БОПН) проводиться оперативним методом. При цьому видаляють основу або верхівку, а в деяких випадках надколінок видаляють повністю, що призводить до розвитку деформуючого артрозу колінного суглоба. Причинами останнього є постійне мікротравмування суглоба. Пропонуємо спосіб оперативного лікування БОПН, який полягає в тому, що надколінка формується з двох найбільших відламків. Поновлюється розгинальний і боковий зв'язковий апарат, зберігається захисна функція надколінка. Отже, спосіб остеосинтезу при БОПН дозволяє зберегти найбільшу сесамоподібну кістку, яка захищає колінний суглоб від мікротравм. Даним методом лікували трьох хворих, в одному випадку перелом надколінка був відкритим. Післяопераційних ускладнень не було. Хворі отримували анальгетики, антибіотики, гіпсову іммобілізацію впродовж 4-6 тиж (гіпсова шина – 2 тиж, тугор – 4 тиж). Після накладання гіпсового тугора хворі ходили з навантаженням оперованої кінцівки в положенні розгинання її в колінному суглобі. Функція колінного суглоба у всіх хворих поновилася в оптимальні терміни.

УДК 616.342-002.44-005.1

### ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КРОВОТОЧИВОЇ ДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ У ХВОРИХ ЛІТНЬОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

*О.І.Іващук, О.О.Карлійчук, А.С.Паляниця, П.М.Волянюк*

*Буковинська державна медична академія, м. Чернівці*

У роботі представлено результати дослідження та лікування 132 хворих віком понад 60 років із хронічною дуоденальною виразкою. У 97 пацієнтів (основна група) перебіг захворювання ускладнився кровотечею. У контрольній групі співвідношення між чоловіками і жінками – 1,5, в основній – 1,94. У контрольній групі “старечих” виразок було 15 (42,9%), а “застарілих” – 20 (57,1%); в основній – 59 (60,8%) та 38 (39,2%) відповідно. Легкий ступінь кровотечі був у 26 хворих (26,8%), середній – 47 (48,5%), тяжкий – 24 (24,7%). Виразковий анамнез при кровоточивих “старечих” виразках становив  $2,57 \pm 0,67$ , при “застарілих” –  $19,21 \pm 1,51$  років. Час від проявів кровотечі і до госпіталізації –  $36,18 \pm 4,02$  год. Наявність патології при кровотечі була  $1,62 \pm 0,13$  у.о. (1 у.о. – одна система органів). За локалізацією виразки у контрольній групі переважав передній контур дванадцятипалої кишки (ДПК). При кровотечі підвищується відсоток локалізацій по задньому контуру та верхній стінці. Слід зазначити зростання подвійних виразок при кровотечі у 3,5 раза. Розмір виразки при виникненні кровотечі зменшувався, в той же час при “застарілій” виразці і тяжкому ступені розмір значно збільшувався (1,6 раза). Ендоскопічна картина за Forrest'ом: FIa – 3,6%; FIb – 3,6%; FIIa – 1,2%; FIIb – 35,7%; FIIc – 23,8%; FIII – 32,1%. Переважання “старечого” типу виразки при виникненні кровотечі має слугувати додатковим фактором у виборі лікування, оскільки роль кислотного фактора, Нр-інфекції значно меншав у їх етіопатогенезі, ніж при “застарілій”. Застосування загальноприйнятих методик комплексного лікування може бути неефективним і потребує подальшої розробки. Досить тривалий час від перших проявів кровотечі і до госпіталізації є тривожним фактором, оскільки відсутність адекватного комплексного лікування обтяжує перебіг захворювання виникненням порочного кола за участі поєднаної патології. При виборі адекватного оперативного втручання варто враховувати ріст відсотка виразкових локалізацій по задньому контуру ДПК, а також збільшення розміру виразок при “застарілій” локалізації. Це робить малоефективними багато загальноприйнятих методик – як органозберігальних, так і резекційних. Орієнтація на стигмати кровотечі за ендоскопічною картиною у даної групи хворих не коректна. Слід враховувати і тип виразки, тяжкість кровотечі та наявність і ха-

раक्टर поєднаної патології. Підвищення відсотка рецидиву кровотечі зворотно пропорційне часу від першої кровотечі до появи рецидиву. Чим триваліший передопераційний період, тим менш обмежений вибір хірурга під час операції і нижчий відсоток летальності.

УДК 616.366-002-06:616.381-002-019

#### АДЕКВАТНА КЛІНІЧНОМУ ПРОТОТИПУ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МОДЕЛЬ ЖОВЧНОГО ПЕРИТОНІТУ

*О.О.Карлійчук, П.М.Волянчук, О.І.Іващук, А.С.Паляниця*

*Буковинська державна медична академія, м. Чернівці*

Мета роботи – вивчення перебігу жовчного перитоніту (ЖП) при гострій патології жовчовивідних шляхів (ЖВШ) та створення адекватної клінічному прототипу моделі. Експериментальні дослідження розділені на етапи: 1. Експерименти *in situ mortis* (на 18 трупах людей, причина смерті яких не пов'язана з патологією органів травлення та черевної порожнини) – визначали місткість ЖВШ та шляхи розповсюдження жовчі в черевній порожнині. 2. Експериментальне моделювання патологічного процесу (на 36 безпородних собак), що також включало підготовку “собак-донорів” для забору жовчі за власними методиками (Пат. України № 17934А та № 17863А). Вивчення об'єму жовчного міхура, мікрофлори жовчі проводили у хворих на гостру патологію ЖВШ за допомогою його пункції під час оперативного втручання. Наступний етап досліджень: а) спостерігали розвиток патологічного процесу при створенні відомих моделей ЖП у 8 безпородних собак з поступовим та гострим розвитком; б) моделювали патологічний процес за власною методикою на 16 безпородних собаках (Пат. України № 17316А). Через розріз довжиною 2 см в лівій половині передньої черевної стінки вводили поліхлорвініловий катетер в лівий боковий канал і вливали 2-2,5 мл/кг жовчі “собаки-донора” з культурою *E.coli* ( $10^9$  КУО в 1 мл жовчі). За перебігом перитонеального процесу спостерігали через 6, 12, 18 та 36 год за допомогою лапаротомії під загальним знеболюванням. Розповсюдження та інтенсивність процесу оцінювали за зовнішніми ознаками та за допомогою бакзасівання з різних відділів та органів черевної порожнини. Аналіз матеріалу показав, що розвиток патології у групи тварин з відомими моделями відрізняється від розвитку процесу у людини, якому більш адекватна власна модель ЖП. Останнє пов'язано з розташуванням товстої кишки у собак і відсутністю прямого контакту жовчі з останньою при типовому моделюванні, що вик-

лючає цілу низку патоморфологічних змін, властивих для розвитку даної патології у людини.

УДК 616.381-002+616.345:616.36-008.8

#### МІКРОБІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЖОВЧІ, ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ЕКСУДАТУ ТА ПОРОЖНИНИ ТОВСТОЇ КИШКИ ПРИ ЖОВЧНОМУ ПЕРИТОНІТІ

*О.О.Карлійчук, Ф.Г.Кулачек, Р.І.Сидорчук, Дарахмех Мохаммед*

*Буковинська державна медична академія, м. Чернівці*

У хворих на жовчний перитоніт (ЖП) вивчили видовий та кількісний склад мікрофлори жовчі – 160, перитонеального ексудату – 53, порожнини та оболонки товстої кишки – 55. Встановлено, що в розвитку ЖП суттєву роль відіграють порушення мікробного пейзажу кишечника та його колонізаційної резистентності. У більшості хворих (88,19%) на гострий деструктивний холецистит (ГДХ) жовчі інфікована. Виділено 171 штамп мікроорганізмів, що належать до 14 таксономічних груп. Аеробна флора виявлена у всіх хворих, анаеробна – у 8 випадках (5,0%). Патогенні гриби та найпростіші висівалися в 11 хворих (6,88%). Асоціації мікроорганізмів висівалися у 44 (27,50%) хворих, серед них два мікроорганізми висівалися у 19,89% випадків, три і більше – у 7,61% випадків. В асоціаціях переважали аеробні мікроорганізми. Мікробіологічне дослідження випоту порожнини очеревини при місцевих формах ЖП виділило 72 штами мікроорганізмів, що належать до 7 таксономічних груп. У середньому в одного хворого визначали 1,64 штама мікроорганізмів. Із перитонеального ексудату при поширених формах ЖП виділено 30 штамів різних мікроорганізмів, що відносяться до 9 таксономічних груп. У переважній більшості випадків виявлені асоціації мікроорганізмів (77,78% випадків). Анаеробні мікроорганізми висівалися у 88,89% хворих. Мікробний фактор є провідною ланкою патогенезу гострого ЖП. Основними збудниками перитоніту є умовно патогенні мікроорганізми *E.coli*, *Bacteroides* spp., *Staphylococcus* spp., *E.Faecalis*, що, як правило, контактують порожнину та слизову оболонку товстої кишки. Основним джерелом мікрофлори, яка підтримує розвиток ЖП, є порожнина товстої кишки, транслокація мікрофлори з якої стає можливою внаслідок порушення колонізаційної резистентності слизової оболонки та її міліарної герметичності. Розвиток та перебіг всіх форм ЖП супроводжується суттєвим порушенням мікробіоценозу порожнини та слизової товстої кишки, що призводить до виникнення дисбактеріозу: I-го ступеня – у 25,46% хворих, II – 43,64%, III – 30,91%.