



in this area displaced to the short-range, starting from the wavelength $\lambda = 471$ nm, and their absolute parameters were much lower.

As a result of comparative analysis in patients second, third and fourth groups were found characteristic differences of the spectral distribution of peak values fluorescence intensity. In particular, acute destructive cholecystitis maximum parameters observed at a wavelength $\lambda = 470$ nm, with perforations of gastroduodenal ulcers - at a wavelength $\lambda = 468$ nm, and in acute destructive pancreatitis - at a wavelength $\lambda = 466$ nm. That is, in the fourth group of patients the largest fluorescence intensity shifted to shorter range, when comparing with that of other groups. Obtained results were the basis for working out a new method of fluorescent diagnostics of acute destructive pancreatitis (invention application № u 2011 01328). Diagnostic sensitivity in our study was 90.1%, diagnostic specificity - 83.3%, diagnostic accuracy - 88.2%, diagnostic efficiency - 86.7%.

Thus, studies testify that at conditions of acute destructive pancreatitis appear the specific changes of photoluminescent parameters of venous blood plasma. This points to promising carrying out further in-depth research in this direction. Peak values of fluorescence intensity blood plasma of healthy donors are marked at wavelengths $\lambda = 474-475$ nm. The patients with acute surgical diseases of the abdominal cavity maximal values fluorescence intensity of the plasma shift to the short range. At acute destructive pancreatitis is determined the characteristic peak of fluorescence intensity at wavelength $\lambda = 466$ nm.

Андрієць В.В.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРИТОНІТУ

Кафедра хірургії № 1

Буковинський державний медичний університет

Післяопераційний перитоніт (ПОП) є однією з найактуальніших проблем в абдомінальній хірургії. Не дивлячись на суттєві досягнення в його діагностиці та лікуванні, результати залишаються далекими від бажаних. Зумовлено це, зокрема, поліетіологічністю цього ускладнення, багатоманітністю патогенезу якого вивчені недостатньо повно.

Єдиним ефективним методом лікування хворих з ПОП є повторне оперативне втручання, яке повинно виконуватися якомога раніше і бути направленим на вирішення трьох основних завдань: ліквідацію причини перитоніту, ефективну санацію очеревинної порожнини, забезпечення умов для тривалого локального впливу на перебіг запального процесу в очеревинній порожнині та контролю за ним, динамічної оцінки за життєздатністю тканин, спроможністю лінії швів та анастомозів.

Найбільш варіабельними є міроприємства по ліквідації причини перитоніту. В залежності від конкретних ситуацій, можливе виконання резекції уражених ділянок, при її неможливості - додаткове закріплення лінії швів та анастомозів. Ефективним для цього є розроблені методики з використанням консервованих ембріональних тканин з наведеними антибактеріальними властивостями.

Для вирішення третього завдання важливим є визначення ступеня важкості перебігу перитоніту. Слід підкреслити, що ПОП в більшості випадків діагностується при наявності III-A, III-B чи навіть IV ступеня важкості перебігу.

Оперативна тактика у хворих з III-A та III-B ступенями важкості принципово відрізняється. Так, при III-A ступені важкості перебігу, усунення причини перитоніту, ефективна санація очеревинної порожнини, адекватне її дренирування та комплексна післяопераційна терапія є, в більшості випадків, достатнім за об'ємом комплексом, який в подальшому забезпечує сприятливий наслідок.

У хворих з III-B та IV ступенями важкості перебігу перитоніту одномоментною санацією очеревинної порожнини не вдається досягти такого зниження бактеріальної забрудненості, яка б виключала можливість подальшого прогресування запального процесу. В зв'язку з цим виникає потреба в повторних санаціях очеревинної порожнини, кількість яких буде залежати від характеру запального процесу, глибини деструктивних змін в



парієтальній та вісцеральній очеревинах, реактивності та резистентності організму. Окрім того, у таких хворих виникає потреба в динамічному спостереженні за спроможністю накладених швів та анастомозів, життєздатністю тканин і органів.

В зв'язку з цим вважаємо, що у таких хворих необхідно використовувати запрограмовану лапароскопію - повторні розкриття очеревинної порожнини (Б.О. Мільков та співавт., 1987), які дають змогу не тільки повторно провести санацію очеревинної порожнини, знижуючи її бактеріальну забрудненість, а й в динаміці оцінити спроможність накладених швів, при необхідності - вжити заходи по додатковому їх закріпленні.

При проведенні порівняльної оцінки ефективності такої лікувальної тактики встановлені відмінності в перебізі післяопераційного періоду у хворих з післяопераційним перитонітом в порівнянні з вторинним непісляопераційним перитонітом. Більш важкий перебіг післяопераційного періоду у таких хворих потребує комплексного консервативного лікування, яке повинно враховувати всі основні ланки і особливості патогенезу післяопераційного перитоніту.

Отже, поглиблене дослідження патогенезу ПОП та оцінка ефективності його лікування дає змогу стверджувати, що вирішення цієї проблеми можливе не в площині вдосконалення існуючих чи розробки нових методів його ранньої діагностики та лікування, а в площині розробки ефективних заходів по профілактиці виникнення післяопераційного перитоніту.

Білокий В.В.

ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ЖОВЧНОГО ПЕРИТОНІТУ

Кафедра хірургії № 1

Буковинський державний медичний університет

Розробка ефективного методу прогнозування післяопераційних ускладнень (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.

Виконаний аналіз дозволив розробити шкалу, згідно якої прогнозування ПУ проводиться у два етапи. 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 МПП; 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