

SUMMARY

THE PUNCTURE BIOPSY OF A LIVER AT LIVER CIRRHOSIS

Rysin V.I., Stojka V.I., Rysin A.V., Tokach N.G.

Present study is dedicated to the analysis of the usage's results of the puncture biopsy of a liver at liver cirrhosis. The results of 64 biopsies in patients with a suspicion on cirrhosis of a liver are shown. The morphological study affirmed that diagnosis only in 51.6 % of patients.

Biopsy of a liver is a highly sensitive method of definition of preciseness of the clinical diagnosis.

Key words: puncture biopsy, liver cirrhosis, diagnostic.

УДК: 616.381-089.168.1-08

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРИТОНІТІ

Рябий С.І., Андрієць В.В., Перепелюк В.І.

*Буковинська державна медична академія, м. Чернівці***Ключові слова:** післяопераційний перитоніт, лікування, запрограмована лапарперція

Вступ. Післяопераційний перитоніт (ПОП) є одним із найважчих ускладнень в абдомінальній хірургії. Не дивлячись на суттєві досягнення, він і надалі посідає провідне місце серед всіх внутрішньочеревних ускладнень після операцій на органах черевної порожнини [3, 4, 6, 11, 13], а летальність від нього досягає 90% [3, 8, 9, 11, 12, 13, 14]. Зумовлено це важкістю діагностики та відсутністю єдиної загальноприйнятої лікувальної тактики, яка б враховувала особливості патогенезу ПОП [1, 2, 4, 7, 10, 11, 12, 13]. В зв'язку з цим метою нашого дослідження було розробити ефективну лікувальну тактику у хворих з розповсюдженими формами ПОП.

Матеріал і методи. Клінічний матеріал склали 32 хворих з різними захворюваннями органів черевної порожнини, в яких після оперативного втручання розвинувся перитоніт. Вік хворих коливався від 15 до 72 років. Всім хворим проводилися загальноклінічні обстеження та визначалися показники інтоксикації – лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) за формулою Кальф-Каліфа (1938) і неспецифічної реактивності: індекс резистентності організму (ІРО) за формулою О.С. Кочнева та співавт. (1991) та індекс імунологічної реактивності (ІІР) за формулою І.Ю. Полянського (1992).

Результати та їх обговорення. Наявність ранніх симптомів ПОП вважаємо абсолютним показом до оперативного втручання, яке повинно проводитись в ургентному порядку. Протипоказанням до операції може бути тільки агональний стан хворого. Найбільш раціональним доступом є серединна лапаротомія, яка дозволяє в повній мірі провести ретельну ревізію всієї очеревинної порожнини [1, 6, 12]. Під час релапаротомії необхідно вирішити 3 основних завдання: 1) ліквідація причини перитоніту; 2) ефективна санація очеревинної порожнини; 3) забезпечення умов для тривалого локального впливу на перебіг запального про-

цесу в очеревинній порожнині та контролю за ним, динамічної оцінки за життєздатністю тканин, спроможністю лінії швів та анастомозів.

При вирішенні першого завдання, якщо причиною розвитку ПОП є неспроможність лінії швів, по можливості, необхідно виконувати резекцію зони з'єднання чи анастомозу в межах життєздатних тканин, оскільки через запальні зміни додаткове накладання швів в ділянці неспроможності практично неможливе і малоефективне [2, 4, 12]. При необхідності формування анастомозів в умовах перитоніту важливого значення набуває вибір кишкового шва, який повинен забезпечувати високі параметри фізичної та біологічної герметичності. Таким вимогам відповідає розроблений на кафедрі факультетської хірургії Буковинської державної медичної академії (БДМА) підслизово-серозний безперервно-вузловий шов (посвідчення на рац. пропозицію №39/94). При неможливості провести резекцію анастомозу чи висічення лінії швів виконується зашивання ділянки неспроможності з обов'язковим закріпленням лінії з'єднання. Ефективним для цього є використання консервованого перикарду плоду з наведеними антибактеріальними властивостями за розробкою на кафедрі факультетської хірургії БДМА методикою (заявка на винахід №96072911). При застосуванні даних методик у обстежених хворих не було проявів неспроможності накладених анастомозів та закріплених ділянок швів.

При вирішенні другого завдання ефективною є розроблена на кафедрі факультетської хірургії БДМА методика чотирикратного промивання очеревинної порожнини оксигенованими розчинами антисептиків під тиском з осушенням і наступним ультрафіолетовим опроміненням з допомогою портативного апарату на протязі 40 - 50 сек (посвідчення на рац. пропозицію №23/94). Після проведення такої санації бактеріальна забрудненість очеревинної порожнини знижувалася на 85% (табл.1), що значно вище в порівнянні з іншими методиками санації.

Результати санації очеревинної порожнини за розробленою методикою

№ групи	Об'єкт дослідження	Частота висівання, (%)				Концентрація мікроорганізмів, (Lg КУО)				Кліренс мікроорганізмів, (%)	
		До санації		Після санації		До санації		Після санації			
		Аероби	Анаероби	Аероби	Анаероби	Аероби	Анаероби	Аероби	Анаероби	Аероби	Анаероби
1	Промивні води	100	64,7	1,7	0,3	9,78± 0,36	7,51± 0,32	1,93± 0,06 ***	1,03± 0,08 ***	80,3	86,2
2	Нашарування фібрину	100		4,9		8,46± 0,28		1,16± 0,05		86,5	
3	Парієтальна очеревина	100		3,7		3,21± 0,30		1,03± 0,08		67,9	

Примітки:

1. *** - коефіцієнт вірогідності P < 0,001;

2. Анаероби в нашаруваннях фібрину та парієтальній очеревині не визначали.

Вирішення третього завдання неможливе без врахування ступеня важкості перебігу перитоніту (Б.О. Мильков и соавт., 1991). Особливістю запального процесу при ПОП є більш глибокі та триваліші запально-деструктивні зміни в очеревинній порожнині в порівнянні з вторинним непісляопераційним перитонітом навіть при однаковому з ним (клінічно) ступеню важкості [3,5,8]. В зв'язку з цим, одномоментною санацією не вдається досягти зворотнього розвитку запального процесу в очеревинній порожнині при ПОП. Тому вважаємо за доцільне застосування у таких хворих повторних розкриттів очеревинної порожнини – запрограмованих лапароскопій (ЗЛ) – і при III-A ступеню важкості перебігу ПОП, як лікувально-діагностичний захід для проведення повторних санацій та динамічного спостереження за спроможністю накладених кишкових швів та анастомозів, життєздатністю уражених органів. Використовуємо наступну техніку ЗЛ: під час першої релапаротомії після ліквідації причини перитоніту і санації очеревинної порожнини краї рани через всі шари прошиваються товстими (шовк № 8, лавсан № 6 - 8 чи ін.) нитками на відстані 2,5 - 3 см від краю з кроком шва 3 - 4 см. Під стібками ниток для попередження пошкодження органів розміщуємо біоінертні перфоровані прокладки (посвідчення на рац. пропозицію №22/94), вільні кінці яких виводимо через кути рани на шкіру. Між краями рани над стібками ниток розміщуємо серветку Мікуліча, змочену розчином антисептика чи контейнер з сорбентом. Нитки затягуємо до зіставлення країв рани з серветкою, кінці їх зав'язуємо на "бантики".

Для повторного розкриття очеревинної порожнини, яке проводиться під внутрішньовенним комбінованим наркозом, достатньо лише розв'язати нитки і розвести краї рани. При цьому наноситься мінімальна травма. Очеревинна порожнина промивається за описаним методом. За відсутності потреби в повторних розкриттях очеревинної порожнини операційна рана пошарово зашивається наглухо. Показами до такого закриття операційної рани є: 1) відсутність чи незначна кількість серозного та фібринозного ексудату в очеревинній порожнині; 2) відсутність значних зон некротичних тканин; 3) зворотній розвиток запального процесу в очеревинній порожнині: незначна залишкова гіперемія листків очеревини, відсутність відмежованих озерець з гноєм чи фібрином; 4) впевненість в життєздатності органів і тканин; 5) спроможність накладених раніше швів і анастомозів. ЗЛ були застосовані у 12 хворих з ПОП. Виконання повторних розкриттів очеревинної порожнини призводило до суб'єктивного покращення стану хворих, клінічних та лабораторних доказів зниження ендотоксикозу (рис.1, 2, 3), зменшувались прояви запального процесу, кількість ексудату в очеревинній порожнині, змінювався його характер. Використання ЗЛ дало можливість не тільки проводити санацію очеревинної порожнини, а й в динаміці оцінити життєздатність тканин і органів, спроможність лінії швів та анастомозів, і при необхідності - додатково закріпити їх, захистити від згубного впливу перитонеального ексудату.

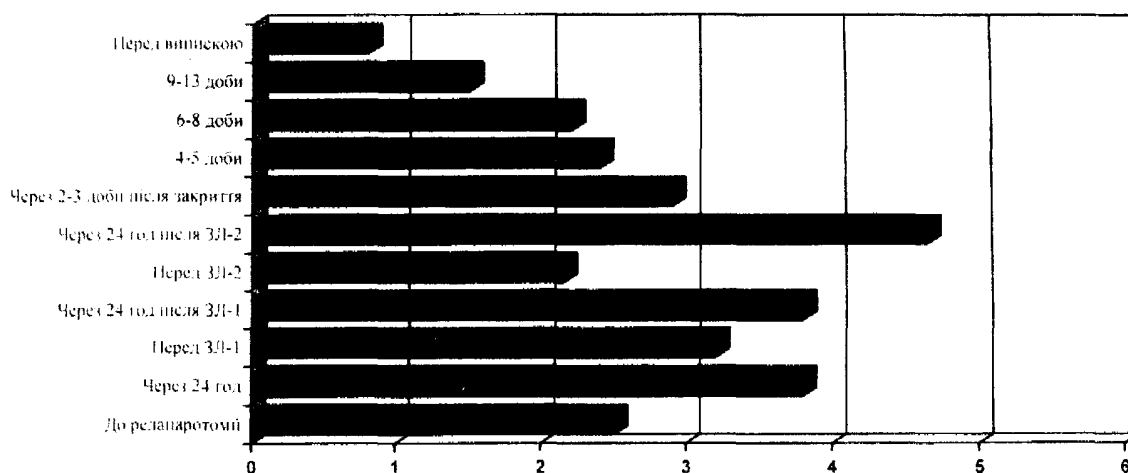


Рис.1. Динаміка змін ЛПІ (ум. од.) у хворих на ПОП в процесі лікування з використанням ЗЛ.

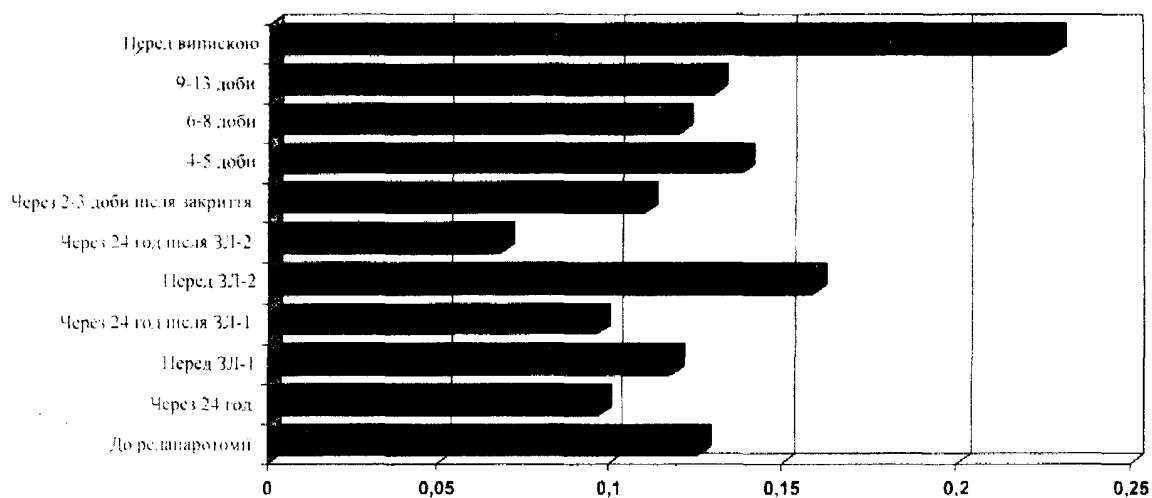


Рис.2. Динаміка змін ІРО (ум. од.) у хворих на ПОП в процесі лікування з використанням ЗЛ.

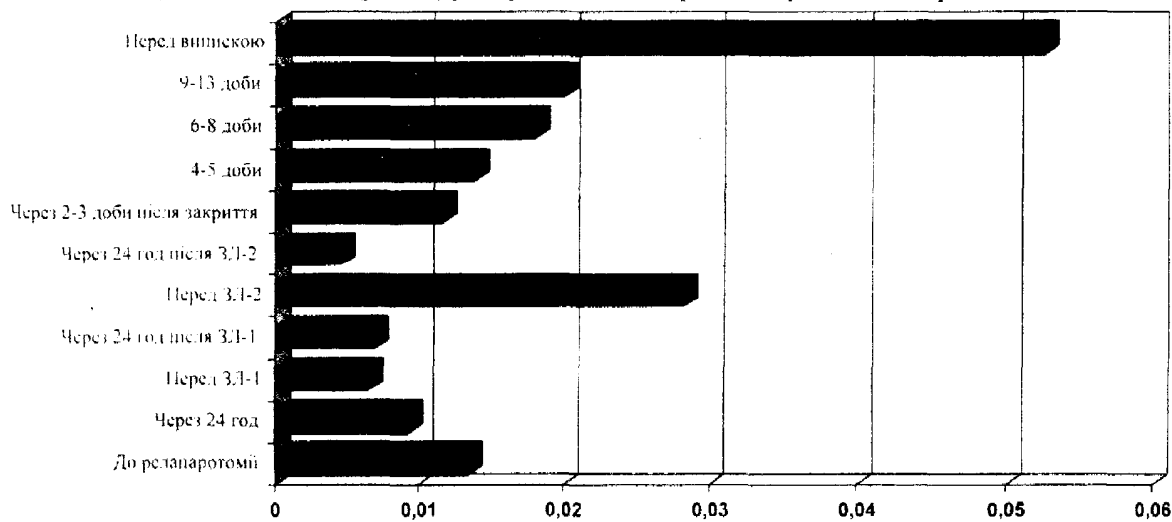


Рис.3. Динаміка змін ІРР (ум. од.) у хворих на ПОП в процесі лікування з використанням ЗЛ.

В післяопераційному періоді для цілеспрямованого впливу на різні ланки патогенезу ПОП застосовували комплекс лікувальних заходів, який включав: 1. Антибактеріальну терапію з застосуванням 2-3 антибіотиків, спектр дії яких поширюється на мікрофлору, що висівасться з очеревинної порожнини. Як правило, призначали напівсинтетичні пеніциліни в максимально допустимих терапевтичних концентраціях або це-

фалоспоринові похідні в поєднанні з аміноглікозидами. Для впливу на анаеробні мікроорганізми вважаємо обов'язковим застосування метронідазолу (метраджилу). Препарати вводили переважно внутрішньовенно, а також ендолімфатично. 2. Протизапальну терапію, направлену на нейтралізацію дії медіаторів запалення, зняття алергічного компоненту, укріплення стінок судин. 3. Детоксикаційну терапію з використанням як

інтракорпоральних, так і екстракорпоральних методів детоксикації. Як детоксикаційний засіб при ПОП обов'язковим є декомпресія кишечника [3,6,10,12,13], яка проводилася у всіх хворих. Ефективним для цього є розроблений на кафедрі факультетської хірургії БДМА багатофункціональний зонд (заявка на винахід №96072914), який окрім декомпресії, є засобом профілактики неспроможності ліній швів за рахунок можливості локально підводити до зони з'єднання медикаментозних препаратів. 4. Імуномодуючу терапію (тималін, т-активін, гіперімумна плазма). 5. Антиоксидантну терапію (парентеральне введення даларгіну, тіосульфату натрію, тіатріазоліну). 6. Корекцію метаболічних порушень. 7. Корекцію порушень гомеостазу. 8. Відновлення функції кишечника. 9. Гіпербаричну оксигенацію.

Застосування розробленої лікувальної тактики у хворих на ПОП дозволило суттєво знизити летальність від цієї патології. Так, із 29 хворих, оперованих з приводу ПОП, померло 4. Загальна летальність склала 13,79 %. Це свідчить про значну ефективність даної лікувальної тактики. Тільки в одному випадку причиною смерті було

прогресування запального процесу в очеревинній порожнині. Важкий перебіг післяопераційного періоду у таких хворих потребує інтенсивного комплексного консервативного лікування, яке повинно враховувати всі основні ланки та особливості патогенезу ПОП.

Висновки. 1. Лікувальна тактика при ПОП полягає в ранньому проведенні повторного оперативного втручання – серединної релaparотомії з видаленням причини перитоніту, проведенням санації очеревинної порожнини, забезпеченням умов для тривалого локального впливу на перебіг запального процесу в очеревинній порожнині, динамічної оцінки життєздатності тканин і спроможності накладених швів в комплексі з інтенсивною післяопераційною консервативною терапією. 2. У хворих на ПОП, враховуючи більшу глибину та тривалість запально-деструктивних змін в очеревинній порожнині, доцільно проводити ЗЛ, починаючи з III-A ступеня важкості перебігу перитоніту як лікувально-діагностичний захід для здійснення повторних санацій та динамічного спостереження за спроможністю накладених кишкових швів та анастомозів, життєздатністю уражених органів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Брусниціна М.П., Яновская Л.Г. Выполнение неотложной релaparотомии у больных с перитонитом // Клін. хірургія. – 1996. - № 2-3. – С. 13.
2. Годлевский А.И., Шапринский В.А. Лечение послеоперационного перитонита // Клин. хирургия. - 1994. - № 6. - С.40-43.
3. Гончаренко О.В. Причины виникнення, патогенез і комплексна профілактика неспроможності швів кишечника // Клін. хірургія. – 1997. - № 9-10. – С. 24-25.
4. Заверный Л.Г., Пойда А.И., Мельник В.М. и др. Частота возникновения и результаты лечения послеоперационного перитонита // Клин. хирургия. - 1991. - №4. - С. 30-32.
5. Запорожец А.А. Послеоперационный перитонит. - Минск: Наука и техника, 1974.- 184с.
6. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. - М.: Медицина, 1990.- 560с.
7. Минцер О.П., Зюбрицкий Н.М., Сёмко А.М., Шаталюк Б.П. Диагностические алгоритмы и тактика лечения осложненных после внутрибрюшных операций. - К.: Здоровья, 1990. - 192 с.
8. Петухов И.А. Послеоперационный перитонит. - Минск: Беларусь, 1980. - 158с.
9. Рычагов Г.П., Нехасев А.Н., Кремень В.Е., Скобей Е.В. Диагностика и лечение послеоперационного перитонита // Клін. хірургія. - 1996. - № 2-3. - С. 49-50.
10. Саско В.Ф., Белянский Л.С., Маркулан Л.Ю. и др. Современные принципы лечения послеоперационного перитонита // Клін. хірургія. – 1996. - №6. – С.4-9.
11. Шапринський В.О. Етіологія, клініка та діагностика післяопераційного перитоніту // Клін. хірургія. – 1997. - № 5-6. - С. 68-71.
12. Шапринський В.О. Сучасне лікування післяопераційного перитоніту // Клін. хірургія. - 1997 - № 7-8. – С. 90-93.
13. Шугаев А.И., Шеху М.Д. Диагностика и оперативное лечение послеоперационного перитонита // Вестн. хирургии им. И.И.Грекова. – 1996. - №2. – С. 114 – 116.
14. Schein M. Planned reoperations and open management in critical intra-abdominal infections: prospective experience in 52 cases // World J. Surg. - 1991. - vol. 15. - P. 537-545.

SUMMARY

CERTAIN PECULIARITIES OF TREATMENT POLICY IN THE CASES OF POSTOPERATIVE PERITONITIS

Riaby S.I., Undriets V.V., Perepeluk V.I.

The evaluation of elaborated treatment policy in the cases of generalised postoperative peritonitis was carried out. The high efficacy of methods of continued-knotted serosubmucosal suture, security of the line of anastomosis and local conduction of medicine, sanation of the peritoneal cavity in cases of postoperative peritonitis, proposed by the department of faculty surgery of Bucovinian State Medical Academy, was proved. The indications for the application of the proposed methods of programmed laparapertion in the cases of postoperative peritonitis beginning with III-A stage of intoxication. The application of the proposed methods, combined with a complex intensive care, resulted in the decrease of lethality in the patients with postoperative peritonitis to 13,79%.

Key words: postoperative peritonitis, treatment, programmed laparapertion