

Литература. 1. Гаврилов Б.В., Мишкорудия М.И. Спектрофотометрическое определение содержания гидроперекисей липидов в плазме крови // Лаб. дело.-1983.-№3.-С.33-36. 2. Гриценко В.И., Иванов И.П., Воронин К.В., Маневич Л.Е. Родовспоможение при позднем токсикозе беременных. – К.: Здоров'я, 1986.-143с. 3. Грязнова И.И. Вопросы иммунологии в акушерско-гинекологической практике // Иммунологические проблемы в акушерстве и гинекологии: Труды МОЛГМИ.-М., 1981.- С.5-9 4. Константинова Н.А. Оценка патогенных и непатогенных иммунных комплексов.-М.:Метод.реком. МЗ СССР, 1986.-17с. 5. Королук М.А., Иванова Л.И., Майорова И.Г., Токарев В.Е. Метод определения активности каталазы // Лаб. дело.- 1988. - №1. - С. 16 –19. 6. Липко О.И. Имунморфологічні взаємовідносини у системі плаценталіду при пізньому гестозі // Пед., акуш. та гінек.-1995.-№6.-с.46-48 7. Ляпон А.О. Комплексовый анализ Т-лимфоцитов в тесте розеткообразования // Лаб. дело.-1980.-№1.-С.36-39.

THE ROLE OF CELLULAR AND HUMORAL MECHANISMS IN PREECLAMPSIA FORMATION

V.G. Karpenko

Abstract. By studying the state of cellular and humoral immunity in preeclampsia it was possible to determine that preeclampsia was accompanied by changes in the system of lipid peroxidation that provoke a course of a pathologic process along with disorders in the immune system.

Key words: preeclampsia, lipid peroxidation, immunological status.

Medical Academy of Post-Graduate Education (Kharkiv)

Надійшла до редакції 6.02.2001 року

УДК: 616.381-072.1:616-002.3]-084

*О.Л.Ковальчук, **В.П.Польовий, **С.П.Польова, *А.Я.Господарський

ЗАПОБІГАННЯ ГНІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

* Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

** Буковинська державна медична академія

Резюме. Проведено аналіз лапароскопічних оперативних втручань, виконаних у відділенні малоінвазивної хірургії Тернопільської обласної клінічної лікарні (кафедра шпитальної хірургії ТДМА). Виявлено, що застосування заходів профілактики гнійних ускладнень після виконання лапароскопічних операцій сприяє неускладненому перебігу післяопераційного періоду. Як наслідок цього – відсутні гнійні ускладнення різної локалізації у всіх прооперованих хворих.

Ключові слова: лапароскопічні оперативні втручання, ципрофлоксацин.

Вступ. Досвід лапароскопічних оперативних втручань продемонстрував значне покращання основних показників (середня тривалість стаціонарного лікування, післяопераційна летальність, частота післяопераційних ускладнень), у тому числі і при деструктивних процесах органів черевної порожнини. Показано, що відсоток ускладнень і летальність після лапароскопічних оперативних втручань значно нижчий, ніж після відкритих [5,4,7,3,2,6,1].

Одним із частих ускладнень післяопераційного перебігу в таких хворих є гнійне запалення різної локалізації (підпечінкові й піддіафрагмальні абсцеси, інфільтрати й нагноєння в ділянці умбілікального розрізу), які за даними авторів [7,6,2,3] трапляються в 0,8-2,0% випадків. Застосовуються різні методи профілактики цих ускладнень, які включають дренажування підпечінкового простору та підшкірно-жирового шару (фашинного дренажу), призначення медикаментозних препаратів [8].

Ципрофлоксацин є одним із найбільш активних препаратів групи фторхінолонів. Завдяки широкому антимікробному спектру, високій активності і хорошим

фармакокінетичним властивостям ципрофлоксацин знайшов широке застосування при лікуванні інфекцій різної локалізації, у тому числі і при різних видах хірургічної інфекції [10,8,9].

Проте проблема післяопераційних гнійних ускладнень після лапароскопічних оперативних втручань залишається актуальною на сьогоднішній день і спонукала авторів до висвітлення свого практичного досвіду в даній роботі.

Мета дослідження. На основі аналізу проведених лапароскопічних оперативних втручань на органах черевної порожнини та особливостей ведення післяопераційного періоду розробити лікувальні заходи щодо попередження гнійних ускладнень.

Матеріал і методи. Аналіз проведено у 122 хворих, яким виконані лапароскопічні оперативні втручання. Із них 107 жінок (87,6%) і 15 чоловіків (12,4%). Вік їх складав від 19 до 72 років (середній – 45 років). Хворі оперовані з приводу таких захворювань: калькульозний холецистит – 114 пацієнтів, апендектомія – 1, кістектомія – 7 пацієнтів. Одній хворій (1,2%), у зв'язку з наявністю гнійного холангіту, виконано лапароскопічне дренування спільної жовчної протоки за методом Холстеда-Піковського. У 84 хворих у процесі оперативного втручання застосовано розчин ципрофлоксацину в різних дозах, залежно від ступеня гнійної деструкції патологічного вогнища (І група хворих) і 38 хворих, які не отримували препарату (ІІ група хворих). Хворі поступали у відділення в плановому порядку. Передопераційний період склав, у середньому, один день.

Результати дослідження та їх обговорення. При виконанні лапароскопічних оперативних втручань труднощі виникали, в основному, при деструктивних холециститах. Хоч деструктивні зміни жовчного міхура і оточуючих тканин, раніше перенесені хірургічні втручання на органах черевної порожнини складали деякі труднощі в проведенні операції, проте не призводили до неможливості її виконання лапароскопічно.

У хворих І групи під час інтраопераційного лапароскопічного обстеження органів черевної порожнини за суб'єктивними критеріями (набряк органа, гіперемія, легка ранимість, обкладеність чепцем та ін.) визначали ступінь деструкції патологічного вогнища. Суб'єктивна оцінка тяжкості деструкції, в основному, відповідала даним гістологічного дослідження (табл.). У разі наявності хронічного процесу пацієнтам вводили розчин ципрофлоксацину внутрішньовенно крапельно в дозі 200 мг одноразово. Препарат вводили відразу після ввідного наркозу й інтубації трахеї, що нівелиє ризик алергічних ускладнень. Крім цього, таке застосування дозволяє створити максимальну концентрацію антибіотика в крові пацієнтів до моменту лапароскопічних маніпуляцій на деструктивно-змінених тканинах. При флегмонозних змінах вогнища деструкції дозу препарату подвоювали. Деструктивні явища з наявністю паравезикальних інфільтратів і абсцесів, які оцінювали як гангренозний процес, вимагали одночасного введення 400 мг ципрофлоксацину й повторення дози через 4 год після першого введення препарату.

Хворі ІІ групи отримували загальноприйняте лікування.

Із технічних особливостей, при лапароскопічних видаленнях деструктивних вогнищ черевної порожнини, можна відмітити частіше застосування електровідсмоктувача, внаслідок підвищеної кровоточивості запальних і рубцево-змінених тканин. У трьох випадках (2,5%) лапароскопічної холецистектомії, при змінених

Таблиця

Дані гістологічного дослідження видалених препаратів

| Препарати | І група хворих (n=84) | ІІ група хворих (n=38) |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|
| Холецистит: | | |
| Гангренозний | 5 (5,9%) | 3 (7,8%) |
| Флегмонозний | 27 (32,1%) | 12 (31,5%) |
| Хронічний | 47 (55,9%) | 20 (52,5%) |
| Апендикс (простий) | 1 (1,2%) | – |
| Кісти яєчників | 4 (4,7%) | 3 (7,8%) |

Примітка. n – число спостережень; І група – хворі, які отримували ципрофлоксацин; ІІ група – хворі, які отримували загальноприйняте лікування.

анатомічних співвідношеннях, виділяли міхур "від дна". Причини, які спонукали до гнійних внутрішньочеревних ускладнень (накопичення рідини у підпечінковому просторі), ми вбачали в обширній і глибокій зоні коагуляції при значних деструктивних змінах жовчного міхура й підтікання його вмісту при перфорації під час втручання, тяжкості при гемостазі на фоні підвищеної кровоточивості запальних і рубцево-змінених тканин. Досвід показує, що при інтраопераційній перфорації жовчного міхура й витіканні жовчі у вільну черевну порожнину, адекватна санация підпечінкового простору запобігає розвитку післяопераційних ускладнень [6]. Нагноєнню умбілікальної рани сприяє видалення контамінованого мікроорганізмами патологічного утвору з черевної порожнини, при якому допускається його обширний контакт із складовими передньої черевної стінки. Тому, всім пацієнтам для промивання ложа і самого патологічного утвору в порожнині живота, а також ран передньої черевної стінки застосовувався 0,02 %-ний водний розчин хлоргексидину біглюконату. Від підшкірно-жирового шару жовчний міхур локалізували за допомогою лапароскопічного ранорозширювача, а в разі необхідності, латексного футляра. Оперативні втручання, за ймовірності гнійного ускладнення в післяопераційному періоді, завершували підведенням до підпечінкового простору через троакар поліхлорвінілової трубки. Перехід на відкриту лапаротомію виконаний у двох (1,6%) хворих: в одного з I групи й одного з II групи. Причинами конверсії був інфільтрат у ділянці шийки жовчного міхура, при якому виникали труднощі в диференціації анатомічних структур.

У результаті проведеного дослідження виявлено, що у двох хворих II групи в післяопераційному періоді виникли інфільтрати умбілікальних ран, які вдалося локалізувати консервативними методами. Ще у двох хворих цієї ж групи умбілікальні рани нагноїлись, внаслідок чого їм проводили перев'язки впродовж 28-30 днів. У хворих I групи гнійні ускладнення були відсутні. Тривалість перебування в стаціонарі хворих I групи становила в середньому 9,7 діб, у хворих II групи – 11,3 доби.

Висновок. З метою запобігання гнійних ускладнень різної локалізації після лапароскопічних оперативних втручань вживають комплекс заходів, що вимагає введення ципрофлоксацину, залежно від характеру деструкції патологічного вогнища.

Література. 1. Бударин В.Н. Лапароскопическая холецистэктомия // Хирургия. - 2000. - № 12. - С.20-22. 2. Каримов Ш.Н., Кротос Н.Ф., Ким В.Л. и др. Осложнения лапароскопической холецистэктомии при хроническом калькулезном холецистите // Эндоскопическая хирургия. - 2000. - № 4. - С. 39-41. 3. Кузлин Н.В., Дабеева С.С., Ветшев Т.С. и др. Лапароскопическая и традиционная холецистэктомия: сравнение непосредственных результатов // Хирургия. - 2000. - № 2. - С. 25-27. 4. Луцкевич Э.В., Уханов А.П., Мешков А.В. и др. Эндоскопическая хирургия желчекаменной болезни // Эндоскопическая хирургия. - 1999. - № 4. - С. 3-9. 5. Махневич В.В., Всемирнов А.В., Вертанкин С.В. и др. Метод дренирования подпеченочного пространства после лапароскопической холецистэктомии // Эндоскопическая холецистэктомия. - 1997. - № 2. - С. 57. 6. Мясников А.Д., Бежин А.И., Бондарев А.А. и др. Опыт лапароскопической холецистэктомии при калькулезном холецистите // Хирургия. - 2000. - № 11. - С. 24-27. 7. Ничитайло М.Е., Литвиненко А.Н., Дьяченко В.В. и др. Неудачи, ошибки и осложнения при лапароскопической холецистэктомии // Анналы хирургической гепатологии. - 1998. - Т. 3, № 3. - С. 16-18. 8. Падейская Е.Н., Яковлев В.П. Антимикробные препараты группы фторхинолонов в клинической практике. - М: Логата. 1998. - 351с. 9. Яковлев В.П. Применение ципрофлоксацина при лечении и профилактике хирургической инфекции // Антибиотики и химиотерапия. - 1999. - Т.44, № 7. - С. 38-44. 10. Wilson A.P.R., Gruneberg R.N. Ciprofloxacin: 10 years of clinical experience. Maxim Med 1997; 275.

PREVENTION OF SUPPURATIVE COMPLICATIONS FOLLOWING LAPAROSCOPIC INTERVENTIONS ON THE ORGANS OF THE ABDOMINAL CAVITY

O.L.Kovalchuk, V.P.Poliovyi, S.P.Poliova, A.Ya.Hospodarskyi

Abstract. The authors have carried out an analysis of laparoscopic interventions performed at the unit of low invasive surgery of the Ternopil Regional Clinical Hospital (the Department of Clinical Surgery of TSMA). It has been discovered that the use of prophylactic measures of suppurative complications is conducive to an uncomplicated course during the postoperative period, following laparoscopic operations. Due to this fact there are no suppurative complications of diverse locations in all postoperative patients.

Key words: laparoscopic surgical interventions, ciprofloxacinum.

I.Ya.Gorbachevskyi State Medical Academy (Ternopil)
Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла до редакції 22.03.2001 року