



Мета роботи - вивчити зміни морфометричних параметрів пігментного епітелію та нейроепітелію сітківки у хворих із рецидивом ЦСХРП на фоні лікування кортикостероїдами.

Проведено ретроспективний аналіз морфометричних досліджень (оптична когерентна томографія макули за допомогою "RTVue-100" (Optovue, Inc., Fremont, США) 12 пацієнтів (12 очей) віком $39,2 \pm 6,5$ років (8 чоловіків, 4 жінки) з рецидивом ЦСХРП, які отримували системну та/або місцеву терапію кортикостероїдами.

В 11 пацієнтів спостерігалось плоске відшарування нейроепітелію; в 1 хворого – високе відшарування нейроепітелію; у 4 (33,33%) пацієнтів – локальна дегенерація пігментного епітелію сітківки (ПЕС); у 3 (25,0%) хворих - розповсюджена дегенерація ПЕС; у 4 (33,33%) пацієнтів – ділянки атрофії та гіперплазії ПЕС. Поява ділянок атрофії пігментного епітелію свідчить про його декомпенсацію в результаті тривалого існування субретинальної рідини. У 5 (41,67%) хворих, одночасно з відшаруванням нейроепітелію, відмічено наявність відшарування ПЕС (у 3 із них - куполоподібного); у 5 (41,67%) хворих були наявні відкладання ексудату під ПЕС. Субретинальні депозити вказують на тривалість існування ЦСХРП та можуть бути предикторами поганих зорових функцій після прилягання відшарування нейроепітелію. У 2 (16,67%) пацієнтів відмічено формування вторинної хоріоїдальної неоваскуляризації.

Вважають, що високі рівні кортизолу зумовлюють дисфункцію авторегуляції судин хоріоїдеї та надмірну проникність хоріокапілярів, що може призвести до хоріоїдальної декомпенсації та утворення субретинальної рідини. Також описано пряме пошкодження та зменшена регенерація вже пошкодженого пігментного епітелію сітківки під дією кортизолу через його вплив на активність фібробластів та утворення складових позаклітинного матриксу. Окрім цього існує думка, що кортикостероїди можуть змінювати полярність клітин пігментного епітелію сітківки та, таким чином, порушувати іонний транспорт через клітини. Більш того, кортизон залучений до гальмування утворення колагену, який є основним компонентом мембрани Бруха.

Наявність відшарування пігментного епітелію сітківки можна вважати прогностично несприятливою ознакою для відновлення структурних змін у пацієнтів із центральною серозною хоріоретинопатією. Структурні зміни пігментного епітелію сітківки у хворих із рецидивом центральної серозної хоріоретинопатії на фоні лікування кортикостероїдами свідчать про розвиток його декомпенсації у більшості пацієнтів, що дозволяє проникати ексудату з хоріоїдеї до субретинального простору та підтримувати існування відшарувань пігментного та нейроепітелію сітківки, таким чином сприяючи переходу процесу в хронічну форму.

Карлійчук О.О.

МАЛОІНВАЗИВНІ ВТРУЧАННЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Кафедра загальної хірургії

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Проблема хірургічного лікування гострого панкреатиту постійно перебуває у центрі уваги науковців та практичних хірургів. Це зумовлено незадовільними результатами лікування та високою післяопераційною летальністю хворих, пов'язаною із збільшенням частоти ускладнених форм гострого панкреатиту. До теперішнього часу відсутній єдиний алгоритм хірургічної тактики при гострому панкреатиті. Гострий панкреатит серед невідкладних захворювань органів черевної порожнини займає третє місце після гострого апендициту та гострого холециститу. Найчастіше гострий панкреатит виникає у пацієнтів віком від 30 до 60 років. Незважаючи на сучасні патогенетично обґрунтовані методи лікування, нові підходи до антибіотикотерапії, загальна летальність при гострому панкреатиті як в Україні, так і в інших країнах не опускається нижче 15% і становить в середньому від 15 до 23%, здебільшого при деструктивних ускладненнях.

Різноманітні морфологічні прояви гострого панкреатиту і варіантів його клінічного перебігу знайшли відображення в більш ніж 40 класифікаціях як самої патології так і її ускладнень, які найчастіше носять описовий характер. На наших слайдах ми приводимо тільки деякі з них. При співставному аналізі цих класифікацій стає зрозумілим, що всі вони відрізняються лише принципом побудови і різною трактовкою термінів виділених форм і варіантів перебігу хвороби.

Проблема хірургічного лікування деструктивних форм гострого панкреатиту передбачає вчасну ліквідацію місцевих деструктивних змін в підшлунковій залозі і оточуючих тканинах, які стають патогенетичною основою захворювання як при септичних, так і при асептичних формах. Проведення санацийних оперативних втручань при панкреонекрозах на даний момент залишається найбільш ефективним засобом, що дозволяє врятувати життя даної категорії хворих. Залишаються не до кінця вирішеними питання визначення термінів проведення оперативних втручань, що має важливе практичне значення.

Нами був проаналізований досвід лікування в клініці хворих з різними клініко – морфологічними формами гострого панкреатиту, відповідно до класифікації прийнятої на Міжнародному симпозиумі в Атланті (1992), для оцінки тяжкості стану хворих застосовували шкалу RANSON. Вибір лікувальної тактики визначався згідно з загально прийнятими принципами лікування гострого панкреатиту (наказ №297 МОЗ України від 02.04.2010 р.) та відповідно до стадії захворювання.

У значної частини пацієнтів використовували вживані при хірургічному лікуванні хворих з деструктивними формами гострого панкреатиту оперативні методики, такі як санація, лаваж і дренирування черевної порожнини і сальникової сумки, абдомінізацію підшлункової залози, оментопанкреатопексію або марсупілізацію сальникової сумки. Широкі лапаротомії, показані при даних методиках лікування,



характеризуються високим рівнем хірургічної агресії, що призводить до кумуляції явищ панкреатогенного шоку, ускладнює стан хворих, а також сприяє частому виникненню гнійно-септичних ускладнень з боку операційної рани, що в свою чергу призводить до частих програмованих релапаротомій, внаслідок чого рана заживає вторинним натягом, а хворі потребують довготривалого лікування. В свою чергу при такій же клінічній картині ми досягали хороших результатів не вдаючись до широких лапаротомій.

В групі із 12 пацієнтів з гострим деструктивним панкреатитом був застосований метод, що полягав у проведенні дренажу черевної порожнини через малоінвазивні доступи та комплексного консервативного лікування із введенням інгібіторів секретії та антибактеріальної терапії. Суть малоінвазивного методу полягає в підведенні дренажів до чепцевої сумки, малого мисника та бічних каналів за допомогою лапароскопа. Удосконалення нами даного методу полягає в застосуванні власних розроблених дренажів – фасетного та двохпросвітного (Патент України) та їх розташування в місцях обґрунтованих в експерименті. Дані дренажі завдяки своїй будові мають низку незаперечних переваг у застосуванні перед звичайними гумово-поліхлорвініловими рукавичко-трубчастими дренажами.

Лапароскопія проводилась за стандартною методикою через точки Калька. Під контролем лапароскопа виконувалося встановлення чотирьох додаткових портів на передній черевній стінці. Один фасеточний дренаж вводився через Вінслов отвір у чепцеву сумку до головки підшлункової залози. Інший фасеточний дренаж підводився з лівого боку і розміщувався вздовж тіла підшлункової залози. Крім того встановлювалися два двохпросвітні дренажі: один по лівому фланку, а інший опускали в малий мисник. Дренажі в правому і лівому підребер'ях використовувалися для локального дренажу сальникової сумки охолодженим антисептичним розчином. Лаваж проводився 2-3 доби і після досягнення позитивної динаміки процесу дренажі забиралися із заміною при необхідності на гумові смужки. Крім того хворим проводилася консервативна терапія (за наказом №297 МОЗ України від 02.04.2010 р.: Стандарти та клінічні протоколи надання медичної допомоги зі спеціальності «Хірургія»), боротьба з больовим синдромом, корекція порушень центральної гемодинаміки, периферичного кровообігу, призначалися інгібітори секреторної активності підшлункової залози, проводилася інтенсивна дезінтоксикаційна і антибактеріальна терапія для профілактики інфекційних ускладнень.

Аналізуючи результати лікування хворих слід зазначити зменшення в 3,5 рази частоти виникнення ускладнень та, необхідності проведення повторного оперативного втручання широким доступом, зменшення на $4,3 \pm 0,74$ доби терміну перебування на ліжку, а також в 4,5 рази число нагноєнь та в 8,4 раз евертацій післяопераційних ран. Подальша розробка малоінвазивних операцій та комплексного консервативного лікування хворих на гострий панкреатит є перспективним напрямком і дозволяє підвищити ефективність лікування пацієнтів.

Кнут Р.П., Польовий В.П., Сидорчук Р.І.

АНТИБІОТИКОПРОФІЛАКТИКА АБДОМІНАЛЬНОГО СЕПСИСУ ПРИ ГОСТРІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ В ОСІБ СТАРШОГО ТА ПОХИЛОГО ВІКУ

Кафедра загальної хірургії

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Ризик виникнення абдомінального сепсису та інших гнійно-септичних ускладнень при гострій абдомінальній хірургічній патології набагато вищий в осіб старшого та похилого віку. Водночас, невиправдане застосування антибіотиків призводить до формування антибіотикорезистентності та зниження ефективності антимікробних препаратів. У зв'язку з цим задалися метою визначити доцільність проведення антибіотикопротекції за гострої хірургічної патології живота в аспекті профілактики абдомінального сепсису, визначити найбільш доцільні препарати та шляхи й терміни їх застосування у хворих старшого та похилого віку, провести оцінку доцільності такої антибіотикопротекції.

Робота носить експериментально-клінічний характер. Об'єктом дослідження були 47 експериментальних тварин (білі статевозрілі нелінійні щури) та 52 хворих старшого та похилого віку з гострою патологією живота, що супроводжувалась розвитком гнійно-септичних ускладнень. Дотримано вимог біостатики. Використано стандартні методи мікробіологічного моніторингу. У роботі застосовані парентеральне введення антибактеріальних препаратів, колоносанція та поєднання колоносанційних заходів з парентеральним введенням антибіотиків. Оцінка результатів здійснювалась за допомогою спеціалізованих комп'ютерних програм.

Встановлено, що навіть при гострому неускладненому холециститі у 69,23% хворих та у 78,72% експериментальних тварин розвивається транзиторна чи стала бактеріємія. За умов розвитку гострого перитоніту чи парезу кишечника, як причини абдомінального сепсису цей відсоток підвищується до 84,62% ($p < 0,05$) та 89,36% ($p < 0,05$), відповідно. Причиною цього у переважній більшості випадків є транслокація мікрофлори з порожнини кишечного тракту. Профілактичне введення антибактеріальних препаратів дозволяє знизити відсоток висівання мікрофлори з крові периферійної вени до 19,15% у тварин і до 13,46% у хворих. Серед антибактеріальних препаратів найбільш ефективним виявилось застосування монотерапії препаратами фторхінолонового ряду, у той же час традиційна терапія комбінацією аміноглікозиду та бета-лактаму антибіотика була менш дієвою. Застосування тільки колоносанції, як й очікувалось було недостатньо ефективним для профілактики абдомінального сепсису, однак позитивний вплив на мікрофлору порожнини