

ворот, особенно при множественных грыжах, и, что особенно важно, выявить «проблемные» места» в брюшной стенке (атрофированный мышечно-апоневротический слой), где в последующем может образоваться грыжа. По нашему опыту эти участки необходимо также укреплять сетчатым эндопротезом или аутодермальным лоскутом. Дополнительно при КТ исследовании есть возможность определить объем содержимого грыжевого мешка и объем брюшной полости. На основании анализа этих данных нами [Петренко Д.Г. с соавт. (2004)] предложено выделить синдром дислокации внутренних органов (СДВО) у пациентов с большими и гигантскими грыжами - Syndrome of intestinal organs dislocation (SIOD). Мы выделяем три степени тяжести СДВО (SIOD), которые необходимо учитывать при предоперационной подготовке и выполнении герниопластики. По этой проблеме мы докладывали на научно-практических конференциях герниологов Украины, следовательно, в этом сообщении проблему СДВО (SIOD) мы освещать не будем. В послеоперационном периоде умерло 2 больных. Причиной летальных исходов были инфаркт миокарда и тромбоэмболия легочной артерии.

Выводы. 1. У пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами в стандарт обследования должна включаться компьютерная томография органов брюшной полости и грудной клетки.

2. КТ исследование позволяет получить объективную информацию о состоянии брюшной стенки, органов брюшной полости и грыжевого содержимого.

3. У пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами герниопластику целесообразно выполнять с использованием сетчатых эндопротезов, аутодермального лоскута и др. **DEMO** обязательным закрытием участков с атрофированным мышечно-апоневротическим слоем.

Польовий В.П., Вознюк С.М., Карлійчук О.О., Волянчук П.М., Кнут Р.П.
ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПОШИРЕНІ ФОРМИ ГОСТРОГО
ГНІЙНОГО ПЕРИТОНІТУ

Буковинський державний медичний університет, м.Чернівці

Складність проблеми лікування хворих на гострий поширений перитоніт (ГПП) зумовлена розвитком та поглибленням синдрому поліорганної дисфункції та поліорганної недостатності (ПОН), що виникає на тлі ентеральної недостатності та вираженого ендотоксикозу, за умов підвищення внутрішньочеревинного тиску.

Тому позитивний лікувальний ефект у хворих на (ГПП) може бути досягнутий завдяки застосуванню оптимізованих програм лікування, які спрямовані на усунення чинників, сприяючих поглибленню поліорганної дисфункції.

Метою роботи було покращити результати лікування хворих на поширені форми перитоніту шляхом попередження прогресування поліорганної дисфункції.

Клінічні дослідження проведені у 84 хворих на поширені форми перитоніту віком від 22 до 81 років. Середній вік хворих склав $48,6 \pm 1,3$ р. Чоловіків було 48 (57,2%), жінок – 36 (43,8%). Дослідну групу склали 43 хворих (23 чоловіки та 20 жінок), контрольну – 41 хворий (25 чоловіків та 16 жінок).

Причиною перитоніту були: деструктивний апендицит – 41 хворий; гострий холецистит – 12, ускладнені защемлені грижі – 8; перфоративна виразка шлунка та 12-палої кишки – 14; панкреатогенний – 5; посттравматичний – 3; гінекологічного

походження – 1. За класифікацією Милькова Б.О. и соавт. (1997) перитоніти віднесені до III-А та III-Б ступенів важкості його перебігу. Усі хворі прооперовані. Хворим контрольної групи надавалась хірургічна допомога за традиційними методами. Хворим дослідної групи надавали допомогу за запропонованим трьохетапним алгоритмом.

У 16 (10 дослідної та 6 контрольної груп) хворих застосована запрограмована лапарооперція з наступною санацією черевної порожнини.

Враховуючи низьку ефективність існуючих дренажів нами запропоновано і впроваджено в практику «Апарат для фракційного зрошення дренажу вмісту ран і порожнин» (АФЗД) (патент України № 20242 А).

Для фіксації апарата використано запропонований нами «Пояс медичний» (патент України № 17999 А).

Апарат використано для дренажу черевної порожнини та електростимуляції у 17 хворих дослідної групи на поширені форми перитоніту та у восьми - для проведення фракційного перитонеального діалізу.

У післяопераційному періоді померло троє хворих дослідної та вісім - контрольної груп внаслідок прогресування ПОН.

Застосування запропонованої програми комплексного лікування поліорганної дисфункції при поширених формах перитоніту дозволило зменшити тривалість лікування, знизити кількість післяопераційних ускладнень, системної запальної відповіді, ендотоксемії та внутрішньочеревного тиску.

Таким чином, використання у хворих на поширені форми перитоніту основної групи запропонованої програми лікування сприяло зниженню частоти гнійно-септичних ранових ускладнень з 78 до 43% ($p < 0,01$), виконання релапаротомій – на 8,4% ($p < 0,05$), тривалості лікування хворих у стаціонарі – з $39,6 \pm 3,4$ до $24,2 \pm 2,7$ дня ($p < 0,05$), післяопераційної летальності з 30,2 до 12,3% ($p < 0,05$).

Польовий В.П., Кулачек Ф.Г., Кулачек Я.В., Паляниця А.С.

**ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ТРАВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ В ПОТЕРПІЛИХ З
ДОМІНУЮЧОЮ АБДОМІНАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ**

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Усі відомі оціночні системи, незважаючи на велику кількість параметрів, знаходяться приблизно на одному діагностичному рівні. Залежно від поставлених завдань перед клініцистами, кожна з приведених прогностичних систем може бути використана самостійно або поєднано для взаємодоповнення. Особливості перебігу абдомінальної травми, наявність супутньої патології у потерпілих старших вікових категорій, технічні можливості загальнохірургічних стаціонарів, обмеженість у часі проведення обстеження та прийняття рішення нагально вимагають їх доопрацювання з метою розробки загальноприйнятної прогностичної системи.

Матеріалом слугували 311 потерпілих з абдомінальною травмою, у 142 потерпілих з яких оцінка стану проводилася за традиційними методами (контрольна група) і в 169 (основна група) – за розробленою шкалою прогнозування.

В основу запропонованої нами системи прогнозування післяопераційних