

ці зміни супроводжувалися значними розмірами гриж, що поєднувалися із суттєвим розширенням (більше 2 см) внутрішнього пахвинного кільця, що відповідало III типу гриж за класифікацією Gilbert-Rutkow та типу II за класифікацією Nyhus.

У 9 (25,0%) випадках апоневроз був підпаяний до оточуючих тканин, що засвідчило про формування хронічних запальних процесів у даній ділянці. Проте, поряд із цим, у 14 (38,9%) випадках еластичність апоневрозу була умовно задовільною, найчастіше це спостерігалось при грижах невеликих розмірів, що супроводжувалися незначним (до 2 см) розширенням внутрішнього пахвинного кільця (тип II за класифікацією Gilbert-Rutkow та типу I за класифікацією Nyhus). У ряді випадків, сім'яний канатик із грижовим мішком були спаяні із м'язами, що призводило до технічних труднощів при виконанні оперативних втручань та розвитку таких ускладнень, як виникнення сером, гематом та синдрому хронічного пахвинного болю у післяопераційному періоді. Поперечна фасція у більшості (19 хворих – 52,8%) випадків була витонченою, у випадках тривалого грижonoсійства розволокнуною.

Таким чином, утворення та прогресування гриж супроводжується хронічними запальними змінами грижового мішка та навколोगрижових тканин, що прогресують у залежності від тривалості грижonoсійства та можуть спричинити виникнення ускладнень та рецидивів у післяопераційному періоді.

Кулачек Я.В., Польовий В.П., Кулачек Ф.Г.

ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ПОШКОДЖЕННЯХ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Кафедра загальної хірургії

Буковинський державний медичний університет

За даними світової літератури, інтраабдомінальна інфекція розвивається у 10,8% постраждалих із закритою травмою живота, а саме: перитоніт – у 51,9%, внутрішньочеревні абсцеси – у 42% тощо. Серед мікрофлори, яка визначається у 77,8% постраждалих, представлена аеробами. Найбільш частими збудниками посттравматичного перитоніту є *Escherichia coli* (43,3%), *Staphylococcus aureus* (18,9%), *Klsbsiella pneumonia* (14,4%) та *Enterococcus faecalis* (56%).

Постулатами комплексного лікування таких хворих є рання діагностика пошкоджень органів черевної порожнини, обов'язкове усунення джерела внутрішньочеревинної інфекції, ефективна санація очеревинної порожнини та її дренивання, цілеспрямована антибактеріальна терапія, інтенсивна детоксикація та симптоматична терапія в післяопераційному періоді.

Клінічна частина роботи передбачала обстеження і лікування потерпілих на госпітальному етапі лікування. Усі пацієнти розподілені на дві групи: основну - 30 пацієнтів та контрольну групу також 30 пацієнтів. Хворим контрольної групи лікування проводилось за загальноприйнятими методиками. Лікування хворих основної групи проводили з використанням власних напрацювань. Усі потерпілі прооперовані: ушивання травмованих порожнистих органів черевної порожнини, санація і дренивання очеревинної порожнини за традиційними методами.

Хворим дослідної групи проводилось хірургічне лікування з проведенням активного дренивання за використанням авторського проточно-аспіраційного апаратного лікування з використанням нового вітчизняного антисептика октенісепту, який забезпечує багатоцільове і широке функціональне лікування післяопераційних ранових порожнин, а також дає можливість широкого застосування в медичній практиці при виконанні лікувальних маніпуляцій. Октенісепт за фізико-хімічними властивостями є прозорою рідиною в 100мл якої міститься октенідину дигідрохлориду 0,1г, 2-феноксіетанолу 2г., допоміжні речовини: (3-кокос-жирної кислоти амідопропіл)- диметил-амонію ацетат, D- глюконат-натрію, гліцерин, натрію гідроксид, вода очищена. Препарат розводиться дистильованою водою 1:3 з кратністю застосування через апарат двічі на добу. В обох групах використовували з антибактеріальної терапії лораксон.

Результати проведеного комплексного дослідження та системного аналізу дозволили розробити хірургічну тактику санації та дренивання очеревинної порожнини, яка застосована щодо потерпілих з абдомінальною травмою, в післяопераційному перебігу яких прогнозувалось виникнення гнійних ускладнень.

Розроблений спосіб аспіраційно-проточного дренажа, який використовується у постраждалих з травматичними пошкодженням органів черевної порожнини із застосуванням для його функціонування антисептика нового покоління октенісепту.

Вивчено зміни імунної ланки у постраждалих з абдомінальною травмою на тлі ускладненого перебігу післяопераційного періоду. Зокрема, вперше показано, що у хворих з абдомінальною травмою, ускладненою тяжким перитонітом, відбувається глибоке порушення адгезивно-костимуляційної взаємодії імунокомпетентних клітин та спостерігається дезінтеграція цитокинової регуляції імунної відповіді: прогресуюче і надзвичайно глибоке зниження вмісту ІЛ-2 відбувається при повній відсутності в крові ІЛ-4 на фоні перманентного і суттєвого підвищення плазмової концентрації суттєвого підвищення плазмової концентрації ІЛ-4 на фоні перманентного і суттєвого підвищення плазмової концентрації ІЛ-6.

Обґрунтовано систему об'єктивної оцінки тяжкості та післяопераційного перебігу посттравматичного періоду у постраждалих з пошкодженням порожнистих органів черевної порожнини.

Мишковський Ю.М.

СПОСІБ ЛОКАЛЬНОГО ГЕМОСТАЗУ ГОСТРОКРОВОТОЧИВОЇ ЗАЦИБУЛИННОЇ ВИРАЗКИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ЛІТНІХ ХВОРИХ

Кафедра загальної хірургії

Буковинський державний медичний університет

Тактика вибору методу лікування виразки ДПК з кровотечею у хворих старше 60 років недостатньо розроблена. Особливо суперечливі дані щодо вибору способу оперативного втручання. У більшості пацієнтів даної вікової категорії використовують методи лікування хворих молодого та середнього віку з поправкою на супутню патологію та зменшення компенсаторно-приспосувальних можливостей організму хворих старше 60 років.

Метою дослідження є розробка ефективного методу локального гемостазу для даного контингенту хворих з урахуванням супутньої поважчуючої патології, швидкого розвитку декомпенсації.

Метод виконували наступним чином: лапаротомія, після пальпаторного визначення локалізації виразки та її розмірів, в проекції виразки на передній стінці накладали два ряди Z-подібних швів серозної та м'язової оболонок, перший на 3-5 мм більше за діаметр виразки задньої стінки, другий на 2-4 мм відступивши від першого. Таким чином перший Z-подібний шов утворює тампонуєчу ділянку сферичної форми, яка складається зі всіх шарів передньої стінки, другий шов здійснює тісний контакт тампонуєчих поверхонь.

Відступивши від тампонуєчої ділянки пришивали передню стінку до задньої 8-подібними швами з обох сторін. В цей час виразковий дефект щільно заповнюється сферичної форми тампонуєчою ділянкою. Для відновлення прохідності кишкового тракту накладають передній попередубідковий гастроентероанастомозом із браунівським сполученням. Перитонізація окремими вузловими швами. Для контролю гемостазу після операції в ДПК проводять зонд через гастроентероанастомоз. Операційну рану зашивали наглухо. Як правило, прохідність дванадцятипалої кишки відновлюється в терміни 3-5 місяців.

За розробленим способом локального гемостазу прооперовано 8 хворих старше 60 років із гострокровоточною дуоденальною виразкою, рецидиву кровотечі не виявлено.

Польовий В.П., Соловей Ю.М.

СПОСІБ САНАЦІЇ ОЧЕРЕВИННОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ ПОШИРЕНОМУ ПЕРИТОНІТІ

Кафедра загальної хірургії

Буковинський державний медичний університет

Тактичні та технічні спроби щодо ліквідації причини перитоніту в літературі спричиняють менше дискусій, ніж проблеми ефективного санації очеревинної порожнини, яка багато в чому визначає результати лікування (Полянський І.Ю., 2009; Савельєв В.С., 2006).

Постійно вдосконалюється техніка санації очеревинної порожнини, проте, до цього часу недостатньо переконливо обґрунтовано вибір засобів для її проведення, передовсім промивних розчинів; не визначено критерії їх вибору; майже не напрацьовані показники оцінки ефективності їх використання.