

коутворення.

2. Моделювання ілеоцекальної інвагінації шляхом зовнішнього занурення клубової кишки в сліпу кишку у щурів відповідає стадійності перебігу захворювання в клініці та може бути підставою до розробки нових методів лікування на різних етапах перебігу.

3. Поздовжнє розсікання передньої стінки ілеоцекального сегмента до слизової оболонки призводить до первинної недостатності ілеоцекального замикального апарату, а деформуюче спайкоутворення - вторинної його недостатності.

4. Транслокація ілеоцекального відділу кишечника може сприяти вивченню його ролі в рефлексогенному та ендокринному впливах на функціональну спроможність шлунково-кишкового тракту.

5. Фіксація дистальної ділянки сигмовидної ободової кишки до парієтальної очеревини задньо-бокової стінки живота призводить до виникнення доліхосигми в експерименті.

Наведені результати є перспективним напрямком пошуку способів корекції патології кишечника в експерименті.

Список літератури

- Kronberger L. Der ileus /L. Kronberger // Acta chir. Austriaca. - 2009. - №1. - P.17-22.
- Dermott V.G.M. Childhood intussusception and approaches to treatment: a historical review /V.G.M. Dermott //J. Pediatr. Radiol. - 2012. - №24. - P.153-155.
- Боднар О.Б. Обґрунтування методів лікування хірургічної патології клубово-сліпокишкового сегмента у дітей: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.09 /Боднар Олег Борисович.- Чернівці, Київ, 2011.- 368с.
- Зимницкая Т.В. Нарушения двигательной активности толстой кишки у детей с доліхосигмой и их коррекция /Т.В.Зимницкая, Т.А.Велиева //Педринология и педиатрия. - 2011. - №4 (48). - С.64-67.
- Andrews C.N. The pathophysiology of chronic constipation /C.N.Andrews, M.Storr //Can. J. Gastroenterol. - 2011. - Vol.25. - P.16-21.
- Пат. 33036 Україна, МПК А61В 1?00. Спосіб моделювання ілеоцекальної інвагінаційної гострої кишкової непрохідності /Боднар О.Б., Чегорян Ю.М., Піц Я.Я.: власник Буковинський держ. мед. універ. - у 200801185; заявл. 31.01.2008; опубл. 10.06.2008, Бюл. № 11.
- Пат. 33073 Україна, МПК А61В 17?00. Спосіб моделювання недостатності ілеоцекального замикального апарату /Боднар О.Б., Чегорян Ю.М., Сторожук С.М., Піц Я.Я.: власник Буковинський держ. мед. універ. - у 200801383; заявл. 4.02.2008; опубл. 10.06.2008, Бюл. № 11.

Боднар О.Б.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ КИШЕЧНИКА У КРЫС

Резюме. При помощи хирургической техники разработаны способы экспериментального моделирования интраперитонеальных спаек, илеоцекальной инвагинации, недостаточности илеоцекального замыкательного аппарата, резекции и транслокации илеоцекального отдела кишечника, доліхосигмы на 287 крысах.

Ключевые слова: эксперимент, кишечник, крысы.

Bodnar O.B.

EXPERIMENTAL DESIGN OF SURGICAL PATHOLOGY OF BOWELS FOR RATS

Summary. With the help of a surgical technique the methods of experimental design of intraperitoneal adhesions, ileocecal intussusception, insufficiency of ileocecal obturative of the device, resection and translocation of ileocecal department of bowels, dolіchosigmoid on 287 rats are worked out.

Key words: experiment, bowels, rats.

Стаття надійшла до редакції 04.12.2013 р.

Боднар Олег Борисович - д. мед. н., професор кафедри дитячої хірургії та отоларингології Буковинського державного медичного університету, м.Чернівці; bodnarol@rambler.ru

© Кацал В.А.

УДК: 616.346.2-002.31-089

Кацал В.А.

Кафедра хірургії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова (вул. Пирогова 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

ЭФЕКТИВНІСТЬ ОПТИМІЗОВАНИХ МЕТОДІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РОЗПОВСЮДЖЕНИЙ ГНІЙНИЙ ПЕРИТОНІТ

Резюме. Проаналізована періопераційна динаміка маркерів системного запалення, ендогенної токсемії та рівня внутрішньоочеревинного тиску у 137 хворих з розповсюдженим гнійним перитонітом, констатована клініко-лабораторна ефективність запропонованої оптимізованої періопераційної програми курації порівняно з традиційними технологіями лікування цих

Ключові слова: розповсюджений гнійний перитоніт, внутрішньоочеревинний тиск, системна запальна відповідь, ендогенна інтоксикація.

Вступ

Не дивлячись на досягнення та впровадження результатів технологічного прогресу у вигляді малоінва-

зивних хірургічних технологій та сучасної інтенсивної терапії, проблема лікування хворих з розповсюдже-

ним гнійним перитонітом (РГП) є дотепер актуальною та далекою від остаточного вирішення [Кравец и др., 2005; Oliva et al., 2005]. Серед причин, що зумовлюють незадовільні результати лікування хворих на РГП, є розвиток ендогенної токсемії, прогресування клітинних та мікроциркуляторних змін гепатоспланхнічного органокomплексу на тлі ентеральної недостатності та інтраабдомінальної гіпертензії, які обумовлюють ініціацію та прогресування поліорганної дисфункції [Hsieh et al., 2006; Lin et al., 2006; Malbrain et al., 2006].

Існуючі періопераційні коригуючі заходи при викристанні у терміни передопераційної підготовки та при післяопераційному лікуванні хворих на РГП не завжди дають змогу досягти бажаних результатів [Гринчук, 2007; Verdant et al., 2006]. А саме тому обґрунтування доцільності та розробка ефективних методів зниження внутрішньоочеревинного тиску (ВОТ) та забезпечення спрямованого підведення антимікробних засобів на етапі передопераційної підготовки та післяопераційного лікування хворих на РГП є наразі актуальним.

Мета дослідження - дати клініко-лабораторну оцінку ефективності застосування оптимізованої програми періопераційної курації хворих з РГП на основі динамічного спостереження маркерів системного запалення, ендотоксемії та внутрішньоочеревинного тиску (ВОТ).

Матеріали та методи

У клініці кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету імені Пирогова лікували 37 хворих з ургентною хірургічною патологією, котра ускладнилася розвитком РГП. Для досягнення поставленої мети дослідження хворі були розподілені на репрезентативні за гендерно-віковими та нозологічним показниками та ступенем важкості на контрольну (72 хворих, середній вік $47,2 \pm 3,72$ років) та основну (65 хворих, середній вік $48,1 \pm 4,26$) групи. Пацієнти жіночої статі становили 51 (45,5%) та чоловічої - 76 (55,5%) хворих. Оцінку важкості стану хворого здійснювали згідно інтегральних бальних шкал APACHE II ($12,7 \pm 2,12$ балів) та Мангеймського індексу перитоніту ($24,9 \pm 0,64$ балів). Середній термін основного захворювання, що призвів до розвитку РГП, становив $45,5 \pm 7,47$ год. Середня тривалість передопераційної підготовки становила $7,1 \pm 1,24$ год. Важка супутня соматична патологія, що потребувала додаткової медикаментозної корекції, діагностована у 93 хворих (67,9%).

Традиційна передопераційна підготовка хворих з РГП, що включає назогастральну декомпресію та інтенсивну інфузійну терапію, направлену на стабілізацію гемодинаміки та зменшення проявів ендотоксемії, показників водно-електролітного, кислотного-лужного, білкового обміну та корекцію діяльності основних вітальних систем організму, у хворих з РГП основної групи застосовувалася у вигляді запропонованої оптимізованої програми періопераційної курації, у відповідності до якої через назогастральний зонд з метою травної декомпресії вводили розчин сіметикону та здійснювали доопераційну абдомінальну декомпресію шляхом лапароскопічного дренажу очеревиної порожнини з виконанням перитонеального лаважу антимікробними чинниками (деклараційний патент України на корисну модель №9326) з одночасною катетеризацією ретроперитонеальної клітковини та антибактеріальною терапією в комбінації з внутрішньотканинним електрофорезом (деклараційний патент України на корисну модель №9403). Інтраопераційно для антеградної чи ретроградної інтестинальної інтубації застосовували запропонований інтубаційний зонд (деклараційний патент України на корисну модель №5428), який дозволяв здійснювати в післяопераційному періоді дозовану пролонговану ентеросанацію, ентеросорбцію та інтраінтестинальний медикаментозний електрофорез для зменшення проявів ентеральної недостатності та ендогенної токсемії.

Порівняльний аналіз ефективності запропонованої періопераційної лікувальної програми хворих з РГП здійснювали на основі динамічного моніторингу маркерів ендотоксемії (значення еритроцитів, гемоглобіну, сечовини, креатиніну, протеїнограми, лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ), гематологічного показника інтоксикації (ГПІ), молекул середньої маси (МСМ)) та системного запалення (температура, пульс, середній артеріальний тиск, С-реактивний протеїн (СРП), фактор некрозу пухлин - альфа (ТНФ-альфа), інтерлейкін-6 (ІЛ-6)) та вимірів ВОТ.

Формування та редагування бази даних проведено на "Pentium 4 PC" в середовищі "Windows XP Professional Second Edition" пакетом "Microsoft Excel". Обчислення статистичних показників та параметрів розподілу даних у цілому та по окремих групах виконано процедурою "Descriptive Statistics" за допомогою програмного пакета "Statistica for Windows - 6.0".

Результати. Обговорення

Клініко-лабораторний аналіз маркерів системного запалення та ендогенної токсемії і динамічний вимір ВОТ у хворих з РГП на етапі передопераційної підготовки та післяопераційного лікування виявив цілу низку відмінностей у досліджуваних величинах у хворих контрольної та основної груп.

На етапі госпіталізації в клініку перед початком передопераційної підготовки значення ВОТ, досліджуваних маркерів ендотоксемії та системного запалення вірогідної різниці значень не виявив, що й підтверджує репрезентативність вибірки контрольної та основної груп.

Проте, після виконання передопераційного лікування в традиційному варіанті у хворих контрольної та оптимізованому у хворих основної груп констатовано вірогідну різницю досліджуваних значень.

У контрольній групі хворих після проведення традиційної передопераційної підготовки рівень ВОТ не змінювався ($p > 0,05$). Тоді як в дослідній групі при госпіталізації хворих ВОТ був на рівні $24,8 \pm 1,85$ см вод. ст., а

після проведення передопераційної підготовки знижувався до $20,1 \pm 1,76$ ($p < 0,05$).

Зниження VOT на доопераційному етапі завдяки оптимізованій передопераційній підготовці дозволило зупинити пускові ланки у формуванні ендогенної токсемії та ССЗВ у вигляді зниження їх окремих маркерів. Так була виявлена вірогідна різниця значень в основній групі хворих у вигляді зниження ЛІІ з $7,51 \pm 0,76$ ум. од. до $6,02 \pm 0,37$, ГПІ з $25,98 \pm 4,28$ ум. од. до $19,17 \pm 1,64$ ($p < 0,05$), зменшення частоти пульсу з $120,2 \pm 4,32$ /хв до $106,1 \pm 4,2$ ($p < 0,01$), кількості лейкоцитів з $16,2 \pm 2,19 \times 10^9$ /л до $11,2 \pm 1,41$ ($p < 0,05$), а також підвищення САТ з $83,3 \pm 2,31$ мм рт. ст. до $89,4 \pm 1,93$ ($p < 0,05$). Отримані дані засвідчили, що розроблений спосіб передопераційної підготовки хворих з РГП дозволяє частково знизити рівень ендогенної інтоксикації та зменшити прояви системної запальної відповіді на доопераційному етапі, що створювало умови для більш сприятливого виконання етапу оперативної корекції джерела перитоніту та формує засади для сприятливого перебігу післяопераційного періоду в цілому. Подальше спостереження в післяопераційному періоді за досліджуваними показниками також констатувало про наявність вірогідної різниці між показниками контрольної та основної груп хворих з РГП.

Показники VOT мали швидку динаміку і достовірно різнилися від показників контрольної групи. Так, вже через добу після операції рівень VOT зменшувався і був достовірно нижчим ($p < 0,05$), ніж у контрольній групі, і складав $11,6 \pm 1,62$ см вод. ст. проти $16,6 \pm 1,65$. Тенденція до зниження VOT спостерігалась на 5, 9 та 12 доби спостереження і склали $9,2 \pm 1,26$, $5,1 \pm 0,92$ і $2,9 \pm 0,58$ відповідно, при цьому різниця між показниками контрольної групи була достовірною ($p < 0,01$) і зберігалась до закінчення терміну стаціонарного лікування ($3,2 \pm 0,36$; $1,5 \pm 0,22$ см вод. ст. ($p < 0,001$)).

Спостереження за динамікою ШОЕ виявило вірогідну різницю значень з 12 доби післяопераційного періоду та до виписки хворого (контрольна група - $32,2 \pm 4,5$; $21,7 \pm 1,9$; основна - $21,1 \pm 3,2$ ($p < 0,05$); $12,9 \pm 2,1$ ($p < 0,01$)).

Подібна тенденція була характерна для післяопераційної динаміки значень еритроцитів та гемоглобіну, коли вірогідна різниця значень виявлена з 12 доби та зберігалась до виписки з стаціонару.

Про покращення білоксинтезуючої функції печінки та відновлення її основних функцій свідчило достовірне збільшення загального білка у хворих основної групи з 9 доби ($63,6 \pm 0,86$) (в контрольній - $54,7 \pm 0,94$ ($p < 0,001$)). На 12 добу відбувалось збільшення до $68,7 \pm 0,92$ г/л та перед випискою до $72,4 \pm 0,87$ г/л, що відповідало нормативному показнику і було достовірним вищим за показники контрольної групи ($p < 0,001$).

Показники сечовини і креатиніну зменшувались з 9 доби ($7,39 \pm 0,26$ ммоль/л та $92,3 \pm 4,24$ мкмоль/л) в основній групі, що було достовірно нижчим ($p < 0,05$) за показники контрольної групи. В той же час у хворих контрольної групи значення сечовини та креатиніну

нормалізувалися лише з 12 доби і на момент виписки становили, відповідно, $7,23 \pm 0,2$ ммоль/л і $91,7 \pm 3,27$ мкмоль/л, що достовірно ($p < 0,001$) відрізнялось від показників основної групи.

Після проведення оперативного втручання на 1 добу мало місце підвищення рівня ЛІІ в обох групах до $7,94 \pm 0,52$ ум. од в контрольній групі та $6,56 \pm 0,46$ в основній групі, хоча достовірно менше ($p < 0,05$). На 5 добу ЛІІ знижувався до $4,82 \pm 0,27$, тоді як в контрольній групі до $6,58 \pm 0,34$ ($p < 0,05$). На 9 добу різниця між показниками стала ще більш достовірною ($p < 0,001$) ($2,62 \pm 0,2$ в основній і $4,88 \pm 0,24$ в контрольній) та зберігалась до закінчення терміну стаціонарного лікування, наближаючись до нормальних значень у хворих основної групи.

З першої післяопераційної доби рівень ГПІ у хворих основної групи достовірно ($p < 0,05$) зменшився до $22,16 \pm 1,62$ ум. од., а значення в контрольній групі залишилися на рівня при госпіталізації хворих. В подальшому у хворих основної групи рівень ГПІ знижувався більш інтенсивно і був меншим весь період спостереження ($p < 0,001$), а перед випискою складав $2,26 \pm 0,32$ проти $3,92 \pm 0,26$ ($p < 0,001$) у хворих контрольної групи.

Динаміка змін МСМ також підтвердила ефективність оптимізованого лікування хворих основної групи. Відмічалась тенденція до росту цього показника до 1 доби післяопераційного періоду в обох групах без достовірної різниці між ними ($p > 0,05$). На 5 добу рівень МСМ знижувався в обох групах, але в основній групі був нижчим і складав $0,345 \pm 0,012$ і $0,402 \pm 0,014$ ($p < 0,01$) відповідно. На 9 та 12 добу в основній групі $0,294 \pm 0,012$, $0,236 \pm 0,012$ на відміну від контрольної групи $0,387 \pm 0,012$, $0,306 \pm 0,014$ ($p < 0,001$) відповідно. Перед випискою в основній групі не різнився від норми, складаючи $0,201 \pm 0,01$, що було вірогідно менше за показники контрольної групи $0,256 \pm 0,01$ ($p < 0,001$).

Відповідно разом зі зниженням показників ендогенної токсемії приходили до норми маркери ССЗВ. Різниця температурної реакції, починаючи з 5 післяопераційної доби, набувала достовірних значень ($p < 0,05$). У контрольній групі хворих на 9 добу температура тіла складала $37,3 \pm 0,14$ °C, що було достовірно вище ($p < 0,05$), ніж в основній групі. І тільки з 12 доби різниця температури була недостовірною ($p > 0,05$).

Після оперативного втручання відмічалось зростання частоти серцевих скорочень в обох групах хворих. Через 5 діб після операції пульс в основній групі - $98,2 \pm 3,46$ /хв, а в контрольній $109,4 \pm 3,68$ /хв. ($p < 0,05$). В основній групі нормалізація пульсу спостерігалась починаючи з 9 доби, залишаючись достовірно нижчою ($p < 0,05$) впродовж всіх термінів спостереження і тільки перед випискою хворих цей показник набував нормальних значень в обох групах спостереження.

В післяопераційному періоді різниця між САТ в основній і контрольній групах була достовірною ($p < 0,05$) на 1 добу - $79,9 \pm 2,42$ та $87,3 \pm 2,12$ відповідно, на 5 добу - $93,7 \pm 2,23$ ($p < 0,01$) і на 12 добу.

Починаючи з 9 доби відмічалось достовірне зменшення ($p < 0,05$) кількості лейкоцитів у порівнянні з контрольною групою $9,1 \pm 0,96 \times 10^9/\text{л}$ та $12,3 \pm 1,52 \times 10^9/\text{л}$ відповідно. На 12 добу спостереження в контрольній групі показник склав $10,6 \pm 0,84 \times 10^9/\text{л}$, а в основній $8,3 \pm 0,62 \times 10^9/\text{л}$ ($p < 0,05$) наближався до нормальних показників. Перед випискою в дослідній групі кількість лейкоцитів склала $6,2 \pm 0,41 \times 10^9/\text{л}$ проти $8,6 \pm 0,53 \times 10^9/\text{л}$ ($p < 0,01$) в контрольній.

СРП на 9 добу спостереження в основній групі хворих ($p < 0,05$) знижувався до $24,3 \pm 1,76$ мг/л, тоді як в контрольній групі його кількість складала $30,3 \pm 1,82$ і продовжувала знижуватись до 12 доби до $16,4 \pm 1,42$ ($p < 0,001$), залишаючись нижчими до терміну закінчення стаціонарного лікування.

Починаючи з 9 доби відмічалась різниця ($p < 0,01$) між показником в основній групі $15,1 \pm 0,86$ нг/л проти $18,9 \pm 1,02$ в контрольній групі, передвипискою $8,5 \pm 0,46$, тоді як в контрольній групі цей показник залишався високим, складаючи $12,3 \pm 0,51$ ($p < 0,001$).

Спостерігалась тенденція до росту ТНФ з моменту госпіталізації до 5 післяопераційної доби з $284 \pm 25,2$ до $314 \pm 23,6$ нг/л в контрольній групі і $272 \pm 16,3$ до $302 \pm 19,1$ в основній групі ($p > 0,05$). Починаючи з 9 доби спостереження показник в основній групі стрімко зменшувався до $198 \pm 12,6$ і був нижчим від 251 ± 17 в контрольній ($p < 0,05$). Більш виражена різниця між показниками ТНФ була з 12 доби - $192 \pm 14,7$ в контрольній та $134 \pm 10,2$ в дослідній ($p < 0,01$) з вірогідною різницею значень зберігалась до завершення терміну стаціонарного лікування.

Порівняльний аналіз клінічного перебігу післяопераційного періоду у хворих основної групи, яким застосовувалась оптимізована програма пері операційного лікування, встановлено, що післяопераційний період мав більш сприятливий перебіг за контрольну групу, де застосовувалась традиційна програма лікування. Перистальтика травного каналу відновлювалась на $2,9 \pm 0,3$ добу спостереження в основній групі проти $3,8 \pm 0,5$ ($p < 0,05$) в контрольній. Гази відходили на $3,4 \pm 0,3$ добу в

основній проти $4,1 \pm 0,6$ ($p < 0,05$) в контрольній.

Позитивні динамічні зміни клінічного перебігу та моніторингу маркерв системної запальної відповіді та ендотоксемії мали підтвердження при визначенні динамічних змін очеревинної мікробної забрудненості у хворих основної групи. Вже з 3 доби після операції посіви перитонеального вмісту хворих основної групи давали ріст мікроорганізмів $8,7 \times 10^4 \pm 1,2 \times 10^4$ КУО/мл, що було достовірно менше ($p < 0,01$) за контроль. На 5 добу кількість бактерій складала $5,1 \times 10^2 \pm 0,9 \times 10^2$ КУО/мл, що також було достовірно нижчим ($p < 0,05$), ніж у групі хворих, які лікувались традиційними методами. На 7 добу спостереження в дослідній групі хворих поодинокі бактерії були висіяні тільки у 4 хворих, тоді як в контрольній групі мікроорганізми визначались у 23 хворих та їх кількість складала $2,2 \times 10^2 \pm 0,3 \times 10^2$ КУО/мл.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Таким чином, проведений аналіз динаміки маркерів ендогенної токсемії, системної запальної відповіді, рівня внутрішньоочеревинного тиску та динамікою післяопераційної мікробної очеревинної забрудненості дозволяє стверджувати, що застосування запропонованої оптимізованої програми періопераційної курації хворих з РГП дозволяє ефективно зменшувати негативний вплив маркерів ендогенної токсемії, системного запалення та абдомінальної гіпертензії на перебіг післяопераційного періоду, виконувати етап оперативної корекції в більш сприятливих умовах стабільних показників гемодинаміки, що й забезпечує зменшення кількості ускладнень протягом післяопераційного перебігу у хворих з розповсюдженим гнійним перитонітом.

Подальші наукові спостереження будуть спрямовані для створення єдиного лікувально-діагностичного алгоритму періопераційної курації хворих з розповсюдженим гнійним перитонітом на основі виявлених змін маркерів ендогенної токсемії, системної запальної відповіді та динаміки внутрішньоочеревинного тиску.

Список літератури

- Кравец І.С. Особенности течения послеоперационного перитонита /И.С.Кравец, А.И.Рылов, В.С.Прудюс // Клінічна хірургія.- 2005.- №8.- С.20-21.
- Гринчук Ф.В. Нові підходи до вибору лікувальної тактики у хворих на гостру хірургічну патологію органів черевної порожнини зі сполученими патологічними станами /Ф.В.Гринчук //Харківська хірургічна школа.- 2007.- №2.- С.213-216.
- A modified goal-directed protocol improves clinical outcomes in intensive care unit patients with septic shock: a randomized trial /S.M.Lin, C.D.Huang, H.C.Lin [et al.] //Shock.- 2006.- №26 (6).- P.551-557.
- A multicenter trial of the efficacy and safety of tigecycline versus imipenem / cilastatin in patients with complicated intra-abdominal infection [Study ID number: 3074A-301-WW; Clinical Trials gov. identifier: NCT00081744] /M.E.Oliva, A.Rekha, A.Yellin [et al.] //BMC Infectious Diseases.- 2010.- №5.- P.77-88.
- Endothelin-1, inducible nitric oxide synthase and macrophage inflammatory protein-1 alpha in the pathogenesis of stress ulcer in neurotraumatic patients /J.S.Hsieh, S.L.Howng, T.J.Huang et al. //J. Trauma.- 2011.- №61 (4).- P.873-878.
- Prediction of postoperative complications after urgent laparotomy by intraperitoneal microdialysis: a pilot study /C.L.Verdant, M.Chierago, V. De Moor [et al.] //Ann. Surg.- 2010.- №244 (6).- P.994-1002.
- Results from the International conference of experts on intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome /M.L.Malbrain, M.L.Cheatham, A.Kirkpatrick [et al.] //Intensive Care Med.- 2011.- №32 (11).- P.1722-1732.

Кацал В.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПТИМИЗИРОВАННЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИТЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Резюме. Проведен анализ периоперационной динамики маркеров системного воспаления, эндогенной интоксикации и

уровня внутрибрюшного давления у 137 больных с разлитым гнойным перитонитом, констатирована эффективность разработанной оптимизированной периоперационной программы курации по сравнению с существующими технологиями лечения этих больных.

Ключевые слова: разлитой гнойный перитонит, внутрибрюшное давление, системная воспалительная реакция, эндогенная интоксикация.

Katsal V.A.

EFFECTIVENESS OF OPTIMIZATIONS METHODS OF SURGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH TOTAL PURULENT PERITONITIS

Summary. Was dedicated to the problems of changes of the markers systemic inflammatory response, endotoxemia and intraabdominal pressure with 137 patients of the total purulent peritonitis estimation in the afteroperative and postoperative period after using traditional and optimization treatments methods. The high performance of an offered drugs complex in the metabolic disorders and intraabdominal pressure restoring in the afteroperative and postoperative period was established.

Key words: total purulent peritonitis, intraabdominal pressure, systemic inflammatory response, endotoxemia.

Стаття надійшла до редакції 29.11.2013р.

Кацал Віталій Анатолійович - к. мед. н., доцент кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.Пирогова; am034892@mail.ru

© Назарчук Г.Г., Салдан Й.Р., Назарчук О.А., Палій В.Г., Задерей Н.В., Салдан Ю.Й.

УДК: 615.468.6:617.7

Назарчук Г.Г., Салдан Й.Р., Назарчук О.А., Палій В.Г., Задерей Н.В., Салдан Ю.Й.

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова, кафедра очних хвороб, кафедра мікробіології (вул. Пирогова 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

ВИВЧЕННЯ АНТИМІКРОБНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ШОВНИХ МАТЕРІАЛІВ ДЛЯ ОФТАЛЬМОХІРУРГІЇ

Резюме. В роботі наведені дані протимікробної активності синтетичних шовних матеріалів, імпрегнованих антисептиками для офтальмохірургії.

Ключові слова: шовний матеріал, нейлон, полігліколід, вікріл, декаметоксин.

Вступ

Гнійно-запальні ускладнення залишаються актуальною проблемою в офтальмохірургії: їх частота після планових оперативних втручань сягає 1,8 - 21,5%. Посттравматичні гнійно-запальні процеси зустрічаються після 2,6 - 54,16% випадків поранень ока. В умовах зростання показників хірургічної активності слід очікувати виникнення інфекційних ускладнень незважаючи на сучасні доступні засоби пре-, інтра- та постопераційної профілактики [Запускалов, Кривошеина, 2013; Ahmed et. al., 2012].

Нагальним є пошук нових способів профілактики інфекційних ускладнень з використанням антисептиків, як високоефективних, доступних протимікробних засобів [Палій та ін., 2008].

Досягти пролонгованого антимікробного ефекту можливо при іммобілізації антисептиків на певних носіях: мікроплатформах, губках, інших імплантатах, перев'язувальному та шовному матеріалі. Останній - найперспективніший, адже безумовно використовується в плановій офтальмохірургії та при хірургічній обробці травм органа зору. Крім того, імпрегнація шовного матеріалу антисептиками захищає його від мікробної контамінації, адже нерідко шви виступають джерелом інфекційних агентів, основою для формування біоплівки - особливої форми існування патогенних мікроорганізмів, що забезпечує умови додаткового захисту та швидкого

формування резистентності до антимікробних препаратів [Ковальчук та ін., 2003; Behlau, Gilmore, 2008; Matl et. al., 2008].

Мета роботи - вивчити протимікробну активність синтетичних шовних матеріалів для офтальмохірургії.

Матеріали та методи

Проведено дослідження протимікробних властивостей плетеного синтетичного хірургічного шовного матеріалу (ПГА), монофіламентного синтетичного хірургічного шовного матеріалу (нейлон), які попередньо імпрегнували антимікробною композицією на основі декаметоксину, а також антимікробного плетеного синтетичного хірургічного шовного матеріалу з триклозаном (ВІКРІЛ Плюс).

Антимікробна композиція (АМК) відповідає патенту України, містить декаметоксин (ДКМ), натрієву сіль карбоксиметилцелюлозу та оксиди целюлозу полівінілацетатну дисперсію, дистильовану воду [Патент України № 74853]. Імпрегнацію шовного матеріалу проводили шляхом експозиції протягом 3 хвилини в розчині антимікробної композиції з декаметоксином та подальшим висушуванням. При цьому на шовному матеріалі утворювалась полімерна плівка, в якій утримувався декаметоксин.

Зразки зазначених шовних матеріалів довжиною 10