

XVIII  
23807

ISSN 0367-5203

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ  
ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ МОЗ УКРАЇНИ

# ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ

Міжвідомчий збірник

Видається щорічно

Заснований у 1969 році

Випуск 30



Дніпропетровськ  
2000

дуоденального пассажа: восстанавливалась моторно-эвакуаторная функция двенадцатиперстной кишки, уменьшались проявления дуоденогастрального рефлюкса.

Полученные нами данные позволяют сделать вывод о том, что Гепабене и Хенофальк являются патогенетическими средствами в лечении больных, прооперированных по поводу желчнокаменной болезни, с выраженными нарушениями холатообразовательной функции печени, дисхолией, дискинетическими расстройствами желчевыводящих путей и двенадцатиперстной кишки. Положительный терапевтический эффект является более значимым и надежным при сочетанном применении фитогепатопротектора Гепабене и препарата желчных кислот – Хенофалька.

Вышеизложенное дает основание рекомендовать комбинированное применение Гепабене и Хенофалька как средства патогенетической терапии у больных с постхолецистэктомическим синдромом.

#### COMBINED EFFECTS OF FLAVONOIDS AND CHENO DRUGS IN PATIENTS WITH POSTCHOLECYSTECTOMY SYNDROME

Deincko N.F., Akinde O.B., Mirzoeva L.A., Chernobay A.I., Shargorod I

This article shows our observation on patients with postcholecystectomy syndrome. The results of treatment confirm the effectiveness of combined therapy, with Hepabene and Cheno drugs in the patients.

УДК 616.391-002-007.274-053.2.

### Комплексне лікування спайкової непрохідності кишечника в умовах апендикулярного перитоніту у дітей

*Н.Г.Ніколаєва, М.Г.Мельниченко, К.П.Алексюк*  
Одеський державний медичний університет (Одеса)

Актуальність лікування спайкової непрохідності кишечника обумовлена частотою виникнення цього загрозливого ускладнення у дітей з апендикулярним перитонітом. Назважаючи на постійне удосконалення засобів профілактики та лікування патологічного інтраабдомінального спайкоутворення, досить задовільного рішення цієї проблеми до теперішнього



часу немає, а летальність у дітей при цьому захворюванні коливається від 4 до 9,43% [1, 3, 7, 8].

Одним з чинників патологічного інтраабдомінального спайкоутворення є інфікування черевної порожнини, особливо в умовах персистенції резистентної до антибіотиків мікрофлори [4]. Другою важливою ланкою у патогенезі спайкової непрохідності є фонові зміни реактивності організму, що виявляється у дезорганізації сполучної тканини і перц за все нововтворюваної [2, 3, 8]. Таким чином, вивчення особливостей анамнестичних, клінічних, морфологічних проявів спайкової непрохідності кишечника у дітей та можливості впливу фізичних факторів на інтраабдомінальне спайкоутворення визначили мету і завдання даної роботи.

Матеріал та методи дослідження.

За останні 8 років у клініці хірургії, ортопедії та травматології дитячого віку Одеського державного медичного університету знаходилось 207 дітей з гострою набутою механічною непрохідністю кишечника. Розвитку захворювання у 2/3 спостережень передувало оперативне лікування гнійно-запальних процесів черевної порожнини. Питома вага пацієнтів з апендикулярним перитонітом складала 86,7%. Консервативним методом спайкову непрохідність вдалося лікувати у 49 дітей (25 — рання спайкова непрохідність кишечника, 24 — пізня). Оперовано 47 хворих (20 — рання спайкова непрохідність кишечника, 27 — пізня). Серед них 5 пацієнтів, у яких інтраопераційно верифіковано розповсюджений інтраабдомінальний спайковий процес. Це діти віком 7—13 років з високим ступенем ризику надмірного спайкоутворення, первинно оперовані з приводу гангренозно-перфоративного апендициту, розповсюдженого перитоніту.

На архівному матеріалі (223 історії хвороби дітей з апендицитом та апендикулярним перитонітом) нами було вивчено вплив поєднання різних факторів на частоту виникнення патологічного інтраабдомінального спайкоутворення по трьох групах показників: преморбідний фон (наявність попередніх операцій на органах черевної порожнини, дермальні стигми, алергічні та параалергічні прояви), перебіг захворювання (давність захворювання, температура, блювання, здуття, асиметрія живота, подразнення очеревини, послаблення перистальтики, лейкоцитоз), інтраопераційна картина (деструкція апендиксу, наявність фібрину у черевній порожнині,

пошкодження серози, дренажування та ін.). Для всіх параметрів визначені їх прогностичні коефіцієнти — ПК. У 63 пацієнтів (28,3%) сума прогностичних коефіцієнтів була більшою за +25,29, що дозволило виділити їх в "загрозуючу" групу. (36 дітей — 57,1% — оперовані з приводу спайкової непрохідності кишечника; у 27 — 42,9% — непрохідність усунена консервативно). 127 хворих з сумою прогностичних коефіцієнтів від -6,97 до +25,29 склали групу "ризик" (6 дітей — 9,7% — оперовані з приводу спайкової непрохідності кишечника; у 4 — 3,1% — непрохідність ліквідована консервативно). В групу "уваги" увійшло 33 дитини з прогностичним коефіцієнтом нижче - 6,97 — після операції ознаки непрохідності були відсутні протягом 4-х років. Використання інтегральних прогностичних коефіцієнтів дозволило передбачити розвиток спайкової непрохідності кишечника у 94% випадків та розробити конкретні реабілітаційні заходи у післяопераційному періоді.

У комплекс лікування з першої доби після операції включали інфрачервоне імпульсне лазерне випромінювання за власною методикою (патент України на винахід за № 9682 А), яке здійснює протизапальний ефект, прискорює органотипову регенерацію, притягує надмірну проліферацію зрошень, стимулює рухову активність кишечника [5]. Для лазерної терапії застосовували апарат на арсеніді галія "Узор" з вихідною потужністю 3 Вт, імпульсного режиму дії (1500 Гц). Середній курс опромінення складав 5—7 процедур. Опромінення проводили з першої доби після операції черезшкірно скануючими рухами по усій черевній порожнині, експозиція 15—18 хвилин.

У пізньому післяопераційному періоді (з 12 доби) після усунення гнійно-запального процесу у черевній порожнині хворі отримували курс терапії локальним негативним тиском (ЛНТ) за допомогою камери локальної декомпресії (КЗДМ-АК), що забезпечило повну нормалізацію координованих рухів кишків, що було підтверджено шляхом інтегстинофонографії [6]. ЛНТ застосований у переривчастому режимі, величина розрядження змінювалась циклічно за трапецеїдальним законом. Можливість діапазону розрядження від 2 до 12 кПа. Пацієнт розміщувався горизонтально у вакуумній камері, яка герметизувалася. Вплив ЛНТ підлягала кругова зона, обмежена знизу верхньою третиною стегон, зверху — реберними дугами. Вплив починали з 5 кПа, у дітей до 8 років розрядження не перевищувало 7 кПа,



у дітей 8—14 років до 9—10 кПа. Експозиція сеансу 10 хвилин, середній курс 10—15 процедур.

Результати досліджень та їх обговорення. Спираючись на результати власних експериментальних досліджень [4], і на основі аналізу клінічних спостережень, вважали доцільним у комплексному лікуванні дітей з апендикулярним перитонітом рішення таких завдань: 1) адекватне своєчасне оперативне втручання (ліквідація запального вогнища, санація черевної порожнини, ошадливе відношення до тканин); 2) усунення запального процесу; 3) відновлення та нормалізація моторно-евакуаторної функції кишечника; 4) профілактика надмірного спайкоутворення; 5) активна диспансеризація на післягоспитальному етапі.

Хірургічне втручання при поширеному перитоніті проводили через серединний або парамедіальний доступ. Після ліквідації запального вогнища здійснювали ретельну санацію черевної порожнини розчинами антисептиків, після чого вводили добовий розчин антибіотика та преднізолон (за методикою В.С.Толузова). Дренування проводили двома полівінілхлоридними трубками у правій клубовій ямці та у порожнині малого тазу. Після операції протягом 4—5 діб у черевну порожнину вводили добовий розчин антибіотика. Припинення запального процесу здійснювали комплексом інтенсивної терапії, використанням двох парентеральних антибіотиків I і II покоління цефалоспоринів у сполученні з аміноглікозидами (2 курси). Відновлення рухової функції кишечника проводили за допомогою лікарських та фізіотерапевтичних засобів. З метою профілактики патологічного інтраабдомінального спайкоутворення застосовували інфрачервоне лазерне випромінювання за власною методикою [5] та локальний негативний тиск.

Комплексне лікування отримали 53 хворих з місцевим та розповсюдженим перитонітом (ПК>+25,29). Контрольну групу склали 52 аналогічні дитини, у яких в післяопераційному періоді у комплексі лікування не застосовано лазерне випромінювання та локальний негативний тиск.

Порівняльний аналіз показав, що у хворих, які отримали розроблене комплексне лікування больовий синдром усувався на 2—3 доби раніше, температура нормалізувалася на 4—5 діб скоріше, симптоми подразнення очеревини зникали на 2 доби раніше, самостійна перистальтика і стул відновлювались на

1,5—2 доби раніше, а потім повністю нормалізувались координовані рухи кишечника. Тривалість перебування у стаціонарі в середньому скоротилась на 1,5 тижні в порівнянні з контрольною групою. Після виписки із стаціонару проводились реабілітаційні засоби за групами відповідно з інтегральною оцінкою прогностичних коефіцієнтів.

У пацієнтів із спайковою непрохідністю, які увійшли у “загрозуючу” групу (ПК>+25,29), здійснювались щомісячні огляди протягом півроку, потім 1 раз у 6 місяців впродовж 3-х років після операції. Почергово дотримувались режимів рухової активності (ошадливий, тонізуючий, тренуючий). Призначався оптимальний комплекс фізіотерапії (електрофорез новокаїна, іодистого калію, діадинамотерапія, стимуляція сінусоїдальним модельованим струмом, повторні курси лазеротерапії, локальної декомпресії та ін.) та тканинної терапії.

Аналіз віддалених результатів підтвердив ефективність використання розробленого комплексного лікування, застосування якого дозволило поліпшити результати лікування дітей з апендикулярним перитонітом та знизити кількість спайкової непрохідності кишечника до 3,6%.

Висновки.

1. Інтегральна оцінка преморбідного фону, перебігу захворювання, і інтраопераційної картини дозволяє передбачити розвиток надмірного спайкоутворення у дітей з перитонітом.

2. У комплексне лікування дітей з апендикулярним перитонітом слід включати інфрачервоне лазерне випромінювання з першої доби після операції, локальний негативний тиск з 12 доби після операції і активну диспансеризацію на постгоспитальному етапі.

1. Давиденко В.Б., Заика В.А., Острик А.Е. Опыт лечения острого аппендицита и его осложнений у детей // Харьков. — 1992. — 18 с.
2. Женчевский Р.А. Спаечная болезнь // М.: Медицина. — 1989. — 192 с.
3. Исаков В.Ф., Степанов Э.А., Дронов А.Ф. и др. Диагностика и лечение спаечной кишечной непроходимости у детей // Хирургия. — 1990. — № 8. — С.3—7.
4. Кононлицкий В.С. Комплексное лечение перитониту у детей с вращением выраженности синдрома эндогенной интоксикации // Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—Киев.—1996.—23 с.
5. Мельниченко М.Г. Комплексна профілактика та лікування спайкової непрохідності кишечника у дітей з гнійно-запальними захворюваннями

органів черевної порожнини з використанням низькоінтенсивного інфрачервоного лазерного випромінювання // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Київ, 1996. — 25 с.

6. *Николаева Н.Г., Мельниченко М.Г.* Спосіб профілактики спайкової непрохідності у дітей // Патент України на винахід за № 9682 А.
7. *Щитшин В.Е., Пачес О.А., Щербачев В.В. и др.* Дренирование брюшной полости при ограниченном перитонитом перипанкреатическим перитонитом у детей // *Анналы хирургии.* — 1997. — № 3. — С. 56—58.
8. *Botsford T.W., Wilson R.E.* The acute abdomen // Philadelphia, London, Toronto: W.B.S. Company, 1987. — 325 p.

#### COMPLEX TREATMENT OF COMMISSURE IMPASSABILITY OF INTESTINE IN THE CONDITIONS OF APPENDICULARIS PERITONITIS IN CHILDREN

N.G.Nikolaeva, M.G.Melnichenko, K.P.Aleksyuk

Odessa Municipal Department Medical University (Odessa)

An efficiency of complex treatment of commissure impassability of intestine in the conditions of appendicularis peritonitis in children on the basis of Low-intensiv infra-red Laser therapy, local lowered pressure and rehabilitation measures was showed. The frequency of afteroperation commissure impassability was increased in three times.

УДК 617.55-089.002:615.38

### Медичне та соціальне обґрунтування кровозберігаючих технологій в абдомінальній хірургії

*В.Я.Березницький, Д.В.Алійшук*

Дніпропетровська державна медична академія,

Український НДІ гастроентерології (Дніпропетровськ)

Актуальність проблеми: проведення хірургічних втручань часто потребує переливання крові під час та після операції. На сьогоднішній день пріоритет віддають компонентній терапії, причому переливання еритроцитів мають суворі показання [1, 2]. В той же час, питання заготівлі крові та її компонентів час надзвичайно актуальне через зменшення кількості донорів та погіршення стану здоров'я населення країни. Крім цього, при переливанні донорської крові та її компонентів можлива