

так і відтермінованих резервуарів. Функція резервуарів визначалася характером основного захворювання. Найкраща функція при сімейному аденоматозі товстої кишки, недостатня при виразковому коліті (ВК).

Частота дефекацій впродовж першого місяця після операції складала 8-10 разів на добу. Через 4 місяці частота дефекації складала 3-4 рази на добу. У міру колонізації тонкої кишки дефекація складала 2-3 рази на добу. У хворих ВК продовжуються виражені явища ентериту, які потребують постійного пропрієцидивного лікування. Порушень водно-електролітного обміну при досягненні адаптації не помічено.

Висновки

Отримані результати після операцій, спрямовані на створення внутрішньобовових тонкокишкових резервуарів, дозволяють вважати подібне оперативне втручання альтернативою постійній ілеостомі на передній черевній стінці, які сприяють соціальній і трудовій реабілітації хворих, що перенесли повне видалення товстої кишки.

Перспективи подальших досліджень

Шляхом аналізу біопсійного матеріалу планується вивчення функціональних змін у зв'язку з колонізацією тонкої кишки.

Література

1. Дубовий В.А. Функціональні результати низьких резекцій прямої кишки з "прямими" колоректальними анастомозами / В.А. Дубовий // Харк. хірург. школа. – 2006. – № 2(21). – С.18-22.
2. Дубовий В.А. Хірургічна корекція функції неоректуму / В.А. Дубовий // Хірургія України. – 2006. – № 3 (19). – С.59-65.
3. Захараш М.П. Післяопераційна корекція функції неоректуму / М.П. Захараш, О.І.Пойда, В.А. Дубовий // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісн. Укр. мед. стомат. академії. – 2006. – Т.6, № 1-2 (13-14). – С. 167-169
4. Пойда О.І. Спосіб формування тонкокишкового резервуара / О.І. Пойда, В.М. Мельник // Промислова власність – 2002.
5. Coloplasty in low colorectal anastomosis: manometric and functional

УДК 617.55-007.274-036.65-084

Вансович В.С., Котік Ю.М.

Використання бар'єру «Interseed» в комплексній профілактиці рецидиву гострої спайкової кишкової непрохідності

Кафедра загальної хірургії

Одеського національного медичного університету

Резюме. Кишкова непрохідність розвивається у 50-75% пацієнтів із спайковою хворобою, а частота рецидиву гострої спайкової кишкової непрохідності складає від 25 до 30%. Порівняно результати традиційного лікування хворих на рецидивну гостру спайкову кишкову непрохідність та запропонованої власної методики. Доведено, що профілактика та лікування рецидиву спайкової хвороби, ускладненої гострою кишковою непрохідністю, шляхом поєднаного застосування синтетичного матеріалу "Interseed" і препаратів «Берлітрон» і «Карсил» у складі післяопераційної терапії є обґрунтованим і ефективним методом лікування, що сприяє швидкому одужанню хворих і поліпшенню віддалених результатів.

Ключові слова: гостра спайкова кишкова непрохідність, рецидив, профілактика, "Interseed".

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Збільшенні кількості та обсягу оперативних втручань на органах черевної порожнини обумовлює зростання частоти ускладнень, пов'язаних із розвитком патологічного злукового процесу у черевній порожнині. За даними різних дослідників [1, 2], після лапаротомії, злуки утворюються у 90%, а при лапароскопічному доступі – у 80% хворих. Кишкова непрохідність розвивається у 50-75% пацієнтів із спайковою хворобою, а частота рецидиву гострої спайкової кишкової непрохідності складає від 25 до 30%

comparison with straight and colonic J-pouch anastomosis / C.R. Mantyh, T.L. Hull, V.W. Fasio // Dis. Colon Rectum. – 2001. – Vol. 44. – P. 37-42.

Борота О.В., Кухта А.П., Базиян-Кухта Н.К.

Формирование внутритазовых тонкокишечных резервуаров, как альтернатива илеостомы при хирургическом лечении семейного аденоматоза кишечника

Резюме. Проведен анализ хирургического лечения 33 пациентов из семейным аденоматозом толстой кишки в период с 1987 по 2011 гг., которым были выполнены колпроктэктомии с формированием внутритазовых тонкокишечных резервуаров. У 16 больных формирования резервуара выполнено одновременно с удалением всей толстой кишки. В 13-ти сформирован "S"-образный, в 3-х - "J"-образный резервуар. Противопоказаниями к созданию первичных тонкокишечных резервуаров были: характер основного заболевания и интраоперационные осложнения. Полученные результаты указывают на целесообразность выполнения оперативных вмешательств, которые являются альтернативой постоянной илеостомы на передней брюшной стенке.

Ключевые слова: семейный аденоматоз толстой кишки, илеостома, резервуар.

Borota A.V., Kuhto A.P., Baziyan- Kuhto N.K.

Formation of Intra-Pelvic Enteric Reservoir, as an Alternative Ileostomy in Surgical Treatment of Colon Adenomatosis Family

Summary. The analysis of surgical treatment of 33 patients in adenomatosis family of the colon for the period from 1987 to 2011, whom was performed coloproctectomy with the formation of intra-pelvic small intestinal reservoirs. In 16 patients cases forming the reservoir made simultaneously with the disposal of the entire colon. In 13 patients cases formed "S"-type, in 3 - "J"-type pouch. Contraindications for primary small intestinal reservoirs we consider the nature of the underlying disease and intraoperative complications. Experience in monitoring patients after surgery, aimed to create internal pelvic small intestinal reservoirs suggests a similar surgery alternative to permanent ileostomy in the anterior abdominal wall, which promotes social and labor rehabilitation of patients after complete removal of the colon.

Key words: adenomatosis family of the colon, ileostomy, reservoir.

Надійшла 25.06.2012 року.

[3, 5]. Загальний стан такого контингенту хворих нерідко дуже важкий, з високою частотою летальних випадків.

На думку більшості дослідників, суттєве значення її реакції на патологічні подразники. Відомо, що на будь-яку агресію очеревина відповідає вираженою ексудативною та серозно-фібринозною реакцією зі схильністю до утворення спайок між поверхнями, які стикаються [6]. Крім того, складаючи стратегію післяопераційного медикаментозного лікування таких хворих, слід враховувати необхідність корекції складних патогенетичних порушень, притаманних цій патології [7, 8]. На експериментальному матеріалі дослідниками доведено доцільність використання штучних біологічно-інертних матеріалів для запобігання патологічного адгезивного процесу між оперованими інтраперитонеальними органами [4]. Однак, на нашу думку, найбільш оптимальною тактикою лікування є комбінація речовин, що діють локально, у черевній порожнині, з лікарськими засобами, які корегують системні порушення.

Метою дослідження стало покращення результатів лікування та профілактика рецидиву гострої спайкової кишкової непрохідності шляхом інтраопераційного застосування бар'єрного матеріалу "Interseed" та удосконалення післяопераційної

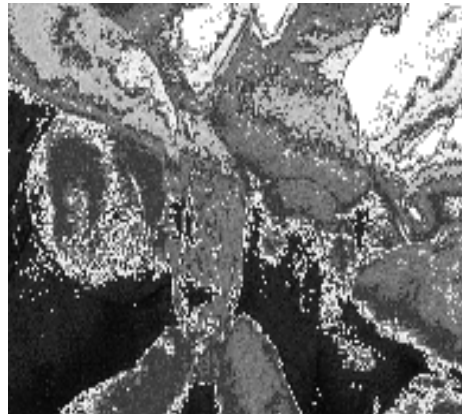


Рис. 1. Укриття uszkodженої поверхні кишки матеріалом „Interceed”

медикаментозної терапії.

Матеріал і методи дослідження

Під наглядом було 70 хворих на рецидивну гостру спайкову кишкову непрохідність, що були поділені на групи: I група (основна) - 35 хворих, яким інтраопераційно, з метою укриття uszkodжених ділянок кишки або захисту лінії кишкових швів, застосовували бар'єрний матеріал "Interceed" та препарати α -ліпоевої кислоти та силімарину у складі післяопераційної медикаментозної терапії; II група (контрольна) - 35 хворих, яких було оперовано та проліковано за традиційною схемою. Обсяг оперативного втручання включав виконання адгезіолізу, у разі необхідності - резекції тих чи інших ділянок кишки з формуванням анастомозів, назоінтестинальну інтубацію, санацію та дренивання черевної порожнини. Враховували особливості клінічний перебігу, результати лабораторних та інструментальних досліджень та віддалені результати лікування протягом 1 року після вибуття хворих зі стаціонару.

Результати дослідження та їх обговорення

Нами було використано в клінічних умовах синтетичний матеріал «Interceed», що абсорбується протягом 21 доби, основою якого є оксидована регенована целюлоза. Даний матеріал дозволений до застосування на території України. Під час оперативного втручання, після виконання адгезіолізу, у разі утворення значних за площиною десерозованих поверхонь, що неможливо ушити без звуження діаметру кишки, ми встановлювали клапоть матеріалу «Interceed» із надлишком по периферії у 1 см. Таким чином, у основній групі хворих досягався захист uszkodжених поверхонь кишкової стінки і створення оптимальних умов для їх епітелізації (патент на корисну модель № 44001 від 10.09.2009). У певних випадках дана методика була альтернативою резекції десерозованої ділянки кишки (рис 1).

У ряді випадків, після резекції скомпрометованих ділянок кишки з метою захисту лінії кишкових швів (патент на корисну модель № 44004 від 10.09.2009) ми також встановлювали синтетичний матеріал „Interceed” (рис 2).

Перебіг післяопераційного періоду у хворих основної групи не супроводжувався негативними наслідками використання „Interceed”. Перистальтика у них відновлювалася на 3-4 доби раніше, ніж у контрольній групі. Ми не спостерігали жодного випадку інтраабдомінальних локальних інфекційних ускладнень, пов'язаних із застосуванням „Interceed”.

Незважаючи на гладкий перебіг післяопераційного періоду,

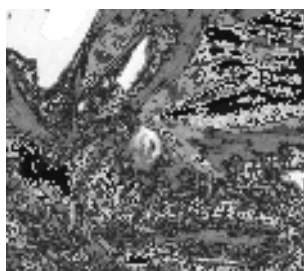


Рис. 2. Захист лінії швів стінки кишки матеріалом „Interceed”

зберігалися зміни, характерні для патологічної активності фібропластичних процесів в черевній порожнині, отже залишався не корегованим високий ризик розвитку рецидиву спайкової кишкової непрохідності. Тому, з метою нормалізації функціональної активності фібропластичних процесів в черевній порожнині, в основній групі хворих, поряд з використанням бар'єру «Interceed», в післяопераційному періоді додатково призначали препарати α -ліпоевої кислоти (берлітрон) і силімарину (карсил). Берлітрон призначали в дозі 600 мг внутрішньовенно 1 раз на добу, 7 днів. Після відновлення пасажу по кишечнику, починаючи з 7 доби, хворі отримували Карсил, в дозі 105 мг на добу, протягом

місяця.

Встановлено, що застосування препаратів Берлітрон і Карсил у складі післяопераційної медикаментозної терапії, сприяло достовірній нормалізації вивчених біохімічних показників до 16 днів лікування, і, отже, дозволило знизити патологічну активність колагенутворення в черевній порожнині.

Протягом 1 року двох хворих контрольної групи ми змушені були повторно оперувати у зв'язку з розвитком рецидиву спайкової кишкової непрохідності. У основній групі пацієнтів, яким використовувався „Interceed” з подальшою терапією берлітронем і карсилом у складі післяопераційної терапії, протягом року рецидивів захворювання не було.

Висновки

Грунтуючись на отриманих даних, ми робимо висновок, що профілактика та лікування рецидиву спайкової хвороби, ускладненої гострою кишковою непрохідністю, шляхом поєднаного застосування синтетичного матеріалу „Interceed” і препаратів «Берлітрон» і «Карсил» у складі післяопераційної терапії є обґрунтованим і ефективним методом лікування, що сприяє швидкому одужанню хворих і поліпшенню віддалених результатів.

Перспективи подальших досліджень

На нашу думку, наступні дослідження слід спрямовувати на вивчення особливостей гістологічних реакцій у зонах застосування бар'єрних матеріалів. Також існує потреба у порівняльному клінічному аналізі ефективності застосування синтетичних бар'єрних матеріалів, що відрізняються їхньою хімічною структурою.

Література

1. Внутробрюшные спайки – недооцениваемая проблема (обзор литературы) / Н.Л. Матвеев, Д.Ю. Арутюнян // Эндоскопическая хирургия. – 2007. – № 5. – С. 60-69
2. Методи профілактики спайок під час лапароскопії при апоплексії яєчника / Н.С. Кучерина, М.І. Козуб, Г.І. Губіна-Вакулік, С.Б. Павлов // Експериментальна і клінічна медицина. – 2009. – № 3. – С. 22-24
3. Нетяга А.А. Изучение процессов регенерации брюшины в изолированных условиях / А.А. Нетяга, В.А. Липатов, Л.В. Гайдужова // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2005. – № 2. – С. 57-63
4. Ellis H. Intraabdominal and postoperative peritoneal adhesions / H. Ellis // J. Am. Coll. Surg. – 2005. – V. 200(5). – P. 641-644
5. Palaia I. Prevention of postoperative adhesions / Palaia I., Boni T., Angioli R., et al. // Minerva Ginecol. – 2009. – Feb61(1). – №57. – P.66
6. Peritoneal adhesion: pathophysiology / G. Fabiano, A. Pezzolla, R. Mariorino [et al.] // G. Chir. – 2008. – V. 29, № 3. – P. 115-125
7. Peritoneal mesothelium “ the role in fibrin transformations / M. Winckiewicz, R. Staniszewski, A. PoBubiDska [et al.] // Przegl Lek. – 2006. – V. 63(9.) – P. 78-81
8. Possible role of natural immune response against altered fibroblasts in the development of post-operative adhesions / Z. Alpay, M.S. Ozgunenel, S. Sava an [et al.] // Am. J. Reprod. Immunol. – 2006. – V. 55 (6). – P. 420-427

Vansovich V.E., Kotick Yu.M.

Use of "Interceed" as Barrier in the Complex Prevention of Recurrence of Acute Adhesive Intestinal Obstruction

Summary: Intestinal obstruction occurs in 50-75% of patients with adhesive disease, and recurrence of acute adhesive intestinal obstruction ranges from 25 to 30%. Comparing the results of traditional treatment of patients with recurrent acute adhesive intestinal obstruction and original own methods. It is shown that prevention and treatment of relapse of adhe-

sive disease complicated by acute intestinal obstruction by combined use of synthetic material "Interceed" with "Berlition" and "Karsil" as part of postoperative care is reasonable and effective treatment that promotes rapid healing of patients and improve long-term results.

Key words: acute adhesive intestinal obstruction, relapse, prevention, "Interceed".

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК 616.592.7.-002.3-08.454.1

Вільцанюк О.А., Хуторянський М.О.

Клінічна оцінка ефективності застосування сучасних препаратів для місцевого медикаментозного лікування гнійних ран

Кафедра загальної хірургії

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Резюме. У роботі наводяться результати медикаментозного лікування гнійних ран в залежності від фаз ранового процесу і обґрунтовано доцільність використання препаратів вітчизняного виробництва «Діоксизоль®-Дарниця» та мазь «Метилурацил з мірамистином».

Ключові слова: гнійно-запальні процеси, місцеве лікування, препарат «Діоксизоль®-Дарниця», мазь «Метилурацил з мірамистином».

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Ведення післяопераційного періоду у хворих, прооперованих з приводу гнійно-запальних процесів, залишається актуальною проблемою хірургії [1]. Після проведення оперативного втручання важливе місце займає медикаментозне лікування ран, яке повинно проводитись згідно з фазами перебігу ранового процесу і забезпечувати дію на збудників гнійно-запального процесу, профілактувати приєднання госпітальної інфекції та стимулювати процеси репаративної регенерації в рані [2, 4].

На жаль, стандартів місцевого лікування гнійно-запальних процесів в Україні немає, і місцеве лікування гнійних ран в багатьох випадках здійснюється емпірично. Крім того, лікування проводиться без урахування фаз перебігу ранового процесу [3, 6].

На сьогодні в Україні ЗАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця» виробляє препарати для місцевого медикаментозного лікування гнійних ран, в залежності від фаз ранового процесу - «Діоксизоль-Дарниця», «Офлокаїн-Дарниця®», «Нітацид®-Дарниця», «Мірамистин®-Дарниця» для першої фази ранового процесу та оригінальну мазь «Метилурацил з мірамистином», для другої фази ранового процесу.

Мета дослідження – оцінка ефективності застосування препаратів «Діоксизоль®-Дарниця» та «Метилурацил з мірамистином» для місцевого медикаментозного лікування гнійних ран.

Матеріал і методи дослідження

Порівняльна оцінка застосування препаратів «Діоксизоль®-Дарниця» в першій фазі ранового процесу і «Метилурацил з мірамистином» в другій фазі ранового процесу проведена у 85 хворих віком від 19 до 72 р із гнійно-запальними захворюваннями. Хворі були розподілені на дві групи: основну та групу порівняння. У 45 хворих групи порівняння лікування проводили з використанням мазі на гідрофільній основі «Левомеколь», а в основній групі 40 хворих в першій фазі ранового процесу використовували «Діоксизоль®-Дарниця» (препарат містить антисептик дуксидин, місцевий анестетик лідокаїн 6 % та гідрофільну осмотичноактивну основу). У другій фазі ранового процесу в групі порівняння використовували метилурацилову мазь на жировій основі, а в основній групі хворих – мазь «Метилурацил з мірамистином» (препарат містить метилурацил, антисептик мірамистин та помірно осмотичну гідрофільну основу).

В обох групах хворих в післяопераційному періоді при проведенні перев'язок рани промивали антисептиками, після чого, залежно від фази ранового процесу, на ранову поверхню наносили відповідні препарати. Перев'язки хворим обох груп робили один раз на добу. Усі

хворі в післяопераційному періоді отримували дезінтоксикаційну та антимікробну терапію парентеральним шляхом. Ефективність місцевого лікування гнійно-запальних процесів вивчали за допомогою загально-клінічних критеріїв, загально-лабораторних та біохімічних показників крові. Динаміку перебігу ранового процесу оцінювали за загальноприйнятими методами [6].

Результати дослідження та їх обговорення

Після проведеного оперативного втручання у всіх хворих мікробна забрудненість ран складала 10^7 - 10^8 КУО/г тканини (колонієутворюючих одиниць). При цитологічному дослідженні у хворих обох груп в цитограмах виявлявся тканинний детрит, дегенеративно змінені нейтрофільні лейкоцити з незавершеним фагоцитозом та одиничні еозинофіли, лімфоцити та макрофаги з дегенеративним змінами.

В основній групі хворих через 3 доби після операції зменшувались ознаки інтоксикації, температура тіла нормалізувалась і тільки в окремих випадках у вечірній час відзначалось підвищення температури тіла до $37,2^{\circ}\text{C}$. Біль в ділянці рани не турбувала, значно зменшувалась гіперемія шкіри та набряк навколишніх тканин. У ранах з'являлись острівці грануляційної тканини. Забрудненість ран мікроорганізмами зменшувалась до 10^4 - 10^5 КУО/г тканини. Цитологічні прояви запалення також зменшувались, у мазках-відбитках зменшувалась кількість пошкоджених нейтрофільних гранулоцитів та з'являлись фібробласти у вигляді скупчень.

У групі порівняння загальний стан хворих також покращувався, але зберігався больовий синдром, залишалась підвищеною температура тіла. Набряк та гіперемія тканин, так як і у хворих основної групи, зменшувалась. Але, на відміну від основної групи хворих, грануляційна тканина в ранах не виявлялась. Цитологічна картина ранового вмісту у хворих групи порівняння характеризувалась великою кількістю пошкоджених нейтрофілів з незавершеним фагоцитозом. Мікробна забрудненість ран складала 10^6 - 10^7 КУО/г тканини, що було вище критичного рівня.

Через 5-6 діб після операції в основній групі хворих рани очищались від некротичних тканин, з'являлись яскраво-червоні грануляції. В мазках-відбитках спостерігалось багато скупчень фібробластів, кількість їх збільшувалась, зменшувалась кількість лейкоцитів, що свідчило про регенераторний тип цитограм. Мікробна забрудненість ран була на рівні до 10^2 КУО/г тканини. При цьому на 5-6 добу спостереження покращувались лабораторні показники крові, зменшувалась лейкоцитоз та знижувався рівень ШОЕ. Фактично на 5-6 добу завершалась перша фаза ранового процесу, що дозволяло накладати вторинні шви або у випадках, де були протипоказання для закриття рани швами, переходити на лікування рани маззю «Метилурацил з мірамистином». При використанні мазей на поліетиленоксидній гідрофільній основі на 5-6 добу спостереження набряк тканин та