

АНТИБІОТИКОПРОФІЛАКТИКА В ПЛАНОВІЙ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

М. О. Дудченко, М. І. Кравців, О. М. Люлька, В. І. Ляховський, О. Г. Краснов,
Сейфі Шейх Мохаммад Лу Мехді

Щоб оцінити вплив антибіотикопрофілактики (АП) на частоту розвитку інфекції ділянки хірургічного втручання (ІДХВ) при плановій лапароскопічній холецистектомії (ПЛХ) ми провели ретроспективний аналіз.

Всі пацієнти були малого та середнього анестезіологічного ризику, та усім була виконана ПЛХ з приводу жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ). В якості АП 31 пацієнт отримав цефоперазон—сульбактам 3.0 г, 30 пацієнтів отримали левофлоксацин 400 мг довенно і 36 пацієнтів не отримували АП.

Післяопераційної інфекції спостерігається у 9 пацієнтів (9,3%) всієї досліджуваної групи. Усі виявлені інфекційні ускладнення належали до ІДХВ і розташовувались у біляпупковому розрізі. У всіх пацієнтів посів

культури з жовчі був стерильним. Інфікування відбулося у 3 хворих (9,6%) з цефоперазон—сульбактам групи, у 2 хворих (6,7%) з групи левофлоксацину і у 4 пацієнтів (11,1%) з групи без АП ($p < 0,05$). Статистичний аналіз показав, що тільки тривалість операції була значимою у прогнозуванні розвитку ІДХВ.

Дане дослідження не показало ніяких переваг застосування АП, хоча у випадку складної операції ризик ІДХВ збільшується, осолово, у біляпупковому розрізі. Рутинна АП при ПЛХ з приводу ЖКХ не показана. Особливу увагу слід приділяти передопераційній обробці операційного поля та місцевому лікуванню біляпупкового доступу.

ПОПЕРЕДЖЕННЯ ВИНИКНЕННЯ ХРОНІЧНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЕПІТЕЛІАЛЬНИХ КУПРИКОВИХ ХОДІВ У СТАДІЇ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ЗАПАЛЕННЯ

О. М. Люлька, І. В. Ксьонз, В. І. Ляховський, М. І. Кравців, О. П. Ковальов,
О. Г. Краснов, Мачанов Алтун Афталдил Огли

Єдиним радикальним методом лікування епітеліальних куприкових ходів (ЕКХ) залишається оперативне втручання.

Проаналізовано особливості лікування 141 хворого з гострим гнійним запаленням ЕКХ, яким виконали первинно радикальну (одноетапну) операцію висічення ЕКХ. Висіченні запального інфільтрату у межах здорових тканин з накладанням первинних швів на рану виконана у 129 (85%) хворих. Перевага надавалась швам за Донаті. У 12 (15%) випадках значного дефекту рани для запобігання виникнення неспроможності швів через надмірне натягнення тканин, підшивали краї рани до фасції куприку.

Після операції нагноєння післяопераційної рани було у 5 (3,5%) хворих, рецидив — у 3 (2,1%). Крім того, у 4 (2,8%) пацієнтів з'явилися різноманітні больові відчуття в ділянці операції (від дискомфорту до стійкого болю в ділянці тазового дна при торканні до рубця). Причини, на наш погляд, були асиметричність розрізу під час операції, деформація тканин у зоні операції через формування грубого гіпертрофічного рубця. Таким чином, при закритті операційної рани при одноетапній операції з приводу ЕКХ з гнійним запаленням, перевагу слід надавати накладання пошарових швів за Донаті над підшиванням країв рани до фасції куприка.

ВИКОРИСТАННЯ ВИСОКОІНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ РІЗНИХ ДОВЖИН ХВИЛЬ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ ЗОВНІШНІМ ТА КОМБІНОВАНИМ ГЕМОРОЄМ

В. І. Пантьо, В. А. Пантьо

ДВНЗ "Ужгородський національний університет",
Ужгородський міський пологовий будинок

На сучасному етапі при лікуванні геморою використовують немедикаментозні заходи (дієтотерапія, нормалізація дефекації, особиста гігієна, зміна способу життя), медикаментозне лікування (протизапальна терапія, венотоніки, знеболюючі препарати, анальні свічі та

мазі, фізіотерапевтичні методи), малоінвазивні методи лікування (склеротерапія, лазерна коагуляція, використання латексних кілець, електрокоагуляція, криодеструкція, рентгеноендоваскулярна оклюзія гемороїдальних судин), класичне хірургічне лікування.