

Міністерство охорони здоров'я України  
Івано-Франківський національний медичний університет

# АРХІВ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Науково-практичний журнал

№ 2 ( 20 ) - 2014

Виходить двічі на рік

частина II

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР *М. М. РОЖКО*

**Засновник та видавець:**

Івано-Франківський національний медичний університет МОЗ України

**Свідоцтво про державну реєстрацію:**

Серія KB № 6296  
отримано 09.07.2002р.

**Рекомендовано до друку**

Вченою радою Івано-Франківського національного медичного університету  
Протокол № 15 від 30.09.2014 р.

**Адреса редакції:**

Медичний університет  
вул. Галицька, 2  
м. Івано-Франківськ, 76018  
Тел. (0342)-53-79-84  
Факс (03422)-2-42-95  
akm.ifnmu.edu.ua  
E-mail: rektor@ifdma.if.ua

Підписано до друку 01.10.2014 р.

Гарнітура *Times New Roman*

Наклад 200 примірників

Формат 60x84/8

Тираж здійснено у видавництві

Івано-Франківського національного медичного університету, вул. Галицька, 2,  
м. Івано-Франківськ, 76018.

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єкта видавничої справи  
ДК №1100 від 29.10.2002р.

**Редакційна колегія:**

Островський М.М. (заступник головного редактора), Боцюрко В.І. (відповідальний секретар), Герелюк В.І., Глушко Л.В., Децик О.З., Дикий Б.М., Купновицька І.Г., Макарчук О.М., Нейко В.Є., Оріщак Д.Т., Попович В.І., Сулима В.С., Тітов І.І., Ткачук О.Л., Юрцева А.П.

**Редакційна рада:**

Бальцер К. (ФРН, Мюльгейм)  
Вагнер Р. (США, Джорджтаун)  
Волошин О.І. (Україна, Чернівці)  
Енк П. (ФРН, Тюбінген)  
Мардинський Ю.С. (Росія, Обнінськ)  
Міщук В.Г. (Україна, Івано-Франківськ)  
Нетяженко В.З. (Україна, Київ)  
Рижик В.М. (Україна, Івано-Франківськ)  
Скальний А.В. (Росія, Москва)  
Скрет-Магіерло Й. (Польща, Жешув)  
Сміян С.І. (Україна, Тернопіль)  
Харченко Н.В. (Україна, Київ)

**Секретаріат:**

Д.Т.Оріщак

**Художній редактор, комп'ютерний дизайн, оригінал-макет:**

В.Б.Бекіш, Е.О.Чернова

**Журнал включено до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватись основні результати дисертаційних робіт (Постанова Президії ВАК України від 10.11.2010 року, №1-05/7)**

який слугував показником ступеню запальної реакції і переходу в фазу регенерації. При аналізі рівня РДІ відмічена подібна динаміка в 1 і 2 групах. Даний параметр починає збільшуватись в 1 групі з 3 доби, на 5 добу стає  $>1$ , а у групі 2 починає зростати з 5 доби і досягає 1 на 7 добу. В подальшому збільшення РДІ продовжується, але з значно повільнішою динамікою. В 3 групі після незначних коливань протягом 1-3 доби, РДІ знижується до 9 доби (значимо різняться на 5 добу), коливаючись протягом 9-13 доби. Значиме збільшення спостерігається на 15 добу (діагр. 4).

Отримані цитограми нами було проаналізовано та розділено на некротичний, дегенеративно-запальний, запальний, запально-регенераторний та регенераторний типи. В 1 і 2 групах відбувалась послідовна зміна типів цитограм згідно стадіям ранового процесу, відмінність між групами була в строках переходу одного типу цитограми в інший та у ступеню вираженості клітинного складу.

#### Висновки

Отже, перебіг ранового процесу при абдомінальних хірургічних втручаннях у пацієнтів з ожирінням характеризується пролонгацією фази запалення і затримкою репаративно-регенеративних процесів. У пацієнтів з ожирінням в післяопераційному періоді є доцільним проведення динамічного цитологічного дослідження. Відсутність тенденції

до зниження рівня НГ на 7-9 добу післяопераційного періоду, відсутність одиничних фіброblastів на 5 добу, відсутність значимого збільшення рівня фіброblastів на 9-11 добу, РДІ  $<1$ , що тривало зберігається, за комплексної оцінки, може свідчити про розвиток ранових ускладнень.

#### Література

1. Автандилов Г. Г. Основы количественной патологической анатомии / Г. Г. Автандилов. – М.: Медицина, 2002. – 238 с.
2. Лаврик А. С. Профилактика гнійно-запальных ускладнень загоєння операційної рани у хворих з морбідним ожирінням / А. С. Лаврик, А. С. Тивончук // Клінічна хірургія. – 2006. – № 11–12. – С. 24–25.
3. Лупальцов В. И. Профилактика гнойных осложнений в хирургии послеоперационной грыжи у больных, страдающих ожирением / В. И. Лупальцов // Клінічна хірургія. – 2003. – № 11. – С. 52–53.
4. Хімич С. Д. Морфологічні особливості будови жирової тканини фасцій та м'язів у людей з різними ступенями ожиріння / С. Д. Хімич, І. В. Поліщук, П. П. Гормаш // Вісник морфології. – 2009. – № 15(2). – С. 283–288.
5. Хімич С. Д. Морфологические особенности жировой ткани у людей с разными степенями ожирения / С. Д. Хімич, Г. Я. Костюк, С. П. Жученко и др. // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2004. – Т. 3. №4. – С. 51–53.

Надійшла 01.07.2014 року.

УДК: 616.366-002-089.5-08(043.2)

### ШЛЯХИ ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ГНІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ

С. В. Малик, М. В. Безручко, О. С. Осіпов, Я. В. Рыбалка

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава

### ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

С. В. Малик, М. В. Безручко, А. С. Осипов, Я. В. Рыбалка

ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

### WAYS OF PREVENTING POSTOPERATIVE PURULENT COMPLICATIONS IN THE SURGICAL TREATMENT OF ACUTE DESTRUCTIVE CHOLECYSTITIS

S. Malyk, M. Bezruchko, O. Osipov, Ya. Rybalka

HMEI of Ukraine «Ukrainian medical stomatological academy», Poltava

**Резюме.** В роботі проаналізовано результати лікування 87 пацієнтів з гострим деструктивним холециститом, у яких під час операції констатовано потрапляння вмісту жовчного міхура в черевну порожнину. В залежності від заходів профілактики гнійних ускладнень пацієнти були розподілені на 2 групи. І група (порівняння) – 41 пацієнт, у яких застосовувалася загальноприйнята профілактика гнійних ускладнень. ІІ група (основна) – 46 пацієнтів, у яких загальноприйняті заходи профілактики доповнювалися черезшкірною пункцією під контролем ультразвукового дослідження (УЗД), декомпресією та санацією розчином антисептика порожнини жовчного міхура. Післяопераційні гнійні ускладнення з боку черевної порожнини та післяопераційної рани були представлені у вигляді абсцесів черевної порожнини, інфільтрату та нагноєння післяопераційної рани.

Застосування черезшкірної пункції порожнини жовчного міхура під контролем УЗД в комплексі з загальноприйнятими профілактичними заходами дозволяє знизити частоту гнійних ускладнень з 19,5% до 4,3%, та зменшити терміни перебування пацієнтів у стаціонарі з  $10,3 \pm 0,68$  до  $7,7 \pm 0,19$  діб.

**Ключові слова:** гострий холецистит, післяопераційні гнійні ускладнення, профілактика, пункція жовчного міхура під контролем УЗД.

**Резюме.** В работе проанализированы результаты лечения 87 пациентов с острым деструктивным холециститом, у которых во время операции констатировано попадание содержимого желчного пузыря в брюшную полость. В зависимости от мер профилактики гнойных осложнений пациенты были разделены на 2 группы. I группа (сравнения) - 41 пациент, у которых применялась общепринятая профилактика гнойных осложнений. II группа (основная) – 46 пациентов, у которых общепринятые меры профилактики дополнялись чрезкожной пункцией под контролем ультразвукового исследования (УЗИ), декомпрессией и санацией раствором антисептика полости желчного пузыря. Послеоперационные гнойные осложнения со стороны брюшной полости и послеоперационной раны были представлены в виде абсцессов брюшной полости, инфильтрата и нагноения послеоперационной раны.

Применение чрезкожной пункции полости желчного пузыря под контролем УЗИ в комплексе с общепринятыми профилактическими

мерами позволяють знизити частоту гнійних ускладнень з 19,5% до 4,3%, і скоротити строки перебування пацієнтів в стаціонарі з  $10,3 \pm 0,68$  до  $7,7 \pm 0,19$  суток.

**Ключевые слова:** *острый холецистит, послеоперационные гнойные осложнения, профилактика, пункция желчного пузыря под контролем УЗИ.*

**Summary.** This paper analyzes the results of treatment of 87 patients with acute destructive cholecystitis who stated during the operation hit the gallbladder contents into the abdominal cavity. Depending on the prevention of complications of septic patients were divided into 2 groups. I group (comparison) - 41 patients who used common prophylaxis of purulent complications. Group II (basic) - 46 patients in whom conventional prevention supplemented percutaneous puncture controlled sonography, decompression and rehabilitation of oral antiseptic solution gallbladder.

So the risk of septic complications of gallbladder content gets into the free abdominal cavity during surgery increases significantly. The use of percutaneous puncture of the gallbladder cavity under ultrasound in combination with conventional preventive measures can reduce the incidence of suppurative complications from 19.5% to 4.3%, and reduce the length of stay of patients in hospital with  $10,3 \pm 0,68$  to  $7,7 \pm 0,19$  days.

**Keywords:** *acute cholecystitis, postoperative septic complications, prevention, gallbladder puncture under ultrasound.*

### Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Гострий холецистит (ГХ) займає одне з ведучих місць серед гострої хірургічної патології [3, 4]. При цьому під час операції досить часто виникає пошкодження стінки жовчного міхура (ЖМ) з потраплянням його вмісту в черевну порожнину, для попередження розвитку інфікування та гнійних ускладнень (ГУ) з боку черевної порожнини і післяопераційної рани застосовують обкладання операційної рани та зони операції марлевими серветками, санацію розчинами антисептиків, проведення антибактеріальної терапії в післяопераційному періоді [5, 6, 7]. Але не зважаючи на це розвиток ГУ спостерігається у 14–21% випадків [1, 3, 6, 7]. Це спонукало нас до пошуку нових способів профілактики післяопераційних ГУ при хірургічному лікуванні гострого деструктивного холецистити.

### Матеріали та методи дослідження

В основу дослідження покладено результати лікування 87 пацієнтів з гострим деструктивним холециститом які знаходилися на лікуванні в клініці в період з 2011 по 2013 рік і були оперовані в ургентному порядку та у яких під час операції констатовано ушкодження стінки ЖМ з потраплянням його вмісту в черевну порожнину.

Залежно від заходів профілактики розвитку післяопераційних ГУ пацієнти були розподілені на 2 групи. I група складала 41 (47,1%) пацієнт, у яких профілактика ГУ проводилася шляхом обкладання операційної рани та зони операції марлевими серветками, санації підпечінкового простору та операційної рани розчинами антисептиків, проведення антибактеріальної терапії в післяопераційному періоді. II група – 46 (52,9%) пацієнтів, у яких такі ж заходи профілактики, як у пацієнтів I групи доповнювалися черезшкірною пункцією під контролем ультразвукового дослідження (УЗД), декомпресією та санацією розчином антисептика порожнини ЖМ.

Обидві групи пацієнтів були порівнювані за віком, статтю, термінами госпіталізації, тяжкістю загального стану, морфологічними змінами ЖМ, видом оперативного лікування, медикаментозною та антибактеріальною терапією ( $p > 0,05$ ). Тяжкість загального стану пацієнтів визначали за шкалою АРАСНЕ-II, так середній показник у I групі склав  $8,7 \pm 0,41$  балів, у II –  $9,4 \pm 0,8$  бали. Усі пацієнти були обстежені в повному обсязі згідно наказу МОЗ України № 297 від 2.04.2010 року.

У II групі з метою профілактики ГУ пацієнтам безпосередньо перед операцією проводилася черезшкірна пункція ЖМ під контролем УЗД на апараті HD11XE фірми Philips (Голландія) з конвексним датчиком з частотою 3,5–4 МГц, пункційною голкою Chiba, за методикою «free hand» [2], його декомпресія та санацією розчином антисептика.

### Результати дослідження та їх обговорення

Усім пацієнтам обох груп вміст ЖМ набирився для бактеріологічного дослідження. Кількість евакуйованої рідини була від 70 до 210 мл. Посіви проводили на середовища

тільки в аеробних умовах. При бактеріологічному дослідженні вмісту ЖМ, інфікування виявлено у 95,1% пацієнтів – I групи та 93,5% – II групи. Найчастіше, як у I так і в II групі висівалися Enterococcus, E.colli, S. aureus та S. faecalis. Чутливість висіяної мікрофлори до антибіотиків базової терапії (цефалоспорины третього покоління, фторхінолони) була досить високою.

При лікуванні ГХ у I групі пацієнтам було виконано відкриту холецистектомію (ВХЕ) у 17 (41,5%), лапароскопічну (ЛХЕ) – у 24 (58,5%) випадках, у пацієнтів II групи ЛХЕ виконана у 28 (60,9%), а ВХЕ у 18 (39,1%) випадках. Антибіотикотерапія у пацієнтів обох груп проводилася згідно бактеріологічного паспорту відділення в стандартних дозах.

Післяопераційні ГУ з боку черевної порожнини та післяопераційної рани були представлені у вигляді абсцесів черевної порожнини (підпечінкового, або піддіафрагмального) інфільтрату та нагноєння післяопераційної рани. У пацієнтів I групи післяопераційні ГУ розвинулися у 8 (19,5%) випадках, з них у 3 (7,3%) виявлено абсцеси підпечінкового та піддіафрагмального простору, інфільтрат післяопераційної рани виявлено у 2 (4,9%) пацієнтів, нагноєння післяопераційної рани – у 3 (7,3%) випадках, що потребувало додаткового лікування, а терміни лікування пацієнтів цієї групи склали в середньому  $10,3 \pm 0,68$  діб.

При хірургічному лікуванні ГХ у пацієнтів II групи констатовано розвиток післяопераційних ГУ лише у 2 (4,3%) випадках, по I випадку інфільтрату та нагноєння післяопераційної рани, це хоча і потребувало додаткових лікувальних заходів, однак не призвело до суттєвого подовження перебування пацієнтів у стаціонарі, тривалість лікування у цій групі склала  $7,7 \pm 0,19$  діб.

Отже, проблема, висвітлена в даній роботі є досить актуальною. Ризик розвитку післяопераційних ГУ при потраплянні інфікованого вмісту ЖМ у черевну порожнину під час операції, не зважаючи на застосування загальноприйнятих інтра- та післяопераційних профілактичних заходів, значно зростає.

Застосування черезшкірної пункції ЖМ під контролем УЗД з декомпресією та санацією в комплексі з загальноприйнятими профілактичними заходами дозволяє статистично значимо зменшити частоту післяопераційних ГУ з 19,5% (I група) до 4,3% (II група), при цьому зменшити терміни перебування пацієнтів у стаціонарі з  $10,3 \pm 0,68$  діб (I група) до  $7,7 \pm 0,19$  діб (II група).

### Література

1. Короткевич А.Г. Профилактика осложненной хирургического лечения острого холецистита / А.Г. Короткевич, В.В. Кузнецов // *Анналы хир. гепатологии.* – 2008. – Т. 9. – №2. – С. 132.
2. Конькова М.В. Диагностическая и интервенционная сонография в неотложной хирургии / Конькова М.В. – Донецк: Новый мир. – 2005. – 300с.
3. Ничитайло М.Ю. Профилактика гнійно-септических ускладнень лапароскопічної холецистектомії / М.Ю. Ничитайло, В.В. Дяченко, А.В. Скумс, [та ін.] // *Одесский медицинский журнал.* – 2002. – №6. – С. 89 – 90.

4. Особливості післяопераційних ускладнень в лапароскопічній хірургії / М.Ю. Ничитайло, П.В. Огородник, О.М. Литвиненко [та ін.] // Клінічна хірургія. – 2011. – № 12. – С. 5 – 8.
5. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / [Абакумов М.М., Андрияшкин В.В., Бреусенко В.Г. и др.] под ред. В.С. Савельева – М.: «Трида-Х», 2006. – 640с.
6. Sptariu A. Conversion in laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis / A. Sptariu, A.E. Nicolau, M. Beuran, [et al.] //

Jul. Aug. Chirurgia. – 2010. – 105 (4). – P.469-472.

7. Single-incision laparoscopic cholecystectomy in children: a feasible alternative to the standard laparoscopic approach / C.N. Emami, D. Garrett, D. Anselmo [et al.] // J. Pediatr. Surg. – 2011. – № 10 (46). – P. 1909 – 1912.

Надійшла 01.07.2014 року.

УДК 617.55-077.43-089.844-06] -084

## ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ АЛОПЛАСТИКИ УСКЛАДНЕНОЇ ГРИЖІ

**І.В. Мельник, О.В. Пиптюк, М.І. Мельник**

Івано-Франківський національний медичний університет

## ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ АЛЛОПЛАСТИКИ ОСЛОЖНЕННОЙ ГРЫЖИ

**И.В. Мельник, А.В. Пиптюк, М.И. Мельник**

Ивано-Франковский национальный медицинский университет

## EXPERIMENTAL GROUND OF ALLOPLASTY OF THE COMPLICATED HERNIA

**I.V. Melnyk, O. V. Pyptiuk, M.I. Melnyk**

Ivano-Frankivsk National Medical University

**Резюме.** В експерименті на 150 білих щурах з модельованою флегмоною грижевого мішка проведено комплексне дослідження особливостей перебігу репаративного процесу в ділянці аллогерніопластики поліпропіленовою сіткою Лінтекс есфіл (Санкт-Петербург). Щурі поділені на 3 групи: 1 група-проведена пластика грижі поліпропіленовою сіткою Лінтекс есфіл стандартна; 2 група-пластика сіткою Лінтекс есфіл легка; 3 група-пластика сіткою Лінтекс есфіл важка. Гнійну рану промивали 0,02% розчином декасана, Oectenisept farblos (Німеччина), вводили 1 мл імунофану, із розрахунку на вагу тіла протягом тижня. Відмічалася позитивна динаміка зменшення контамінації мікроорганізмів до 7 доби. В трьох групах спостерігалися запальні зміни у вигляді набряку і гіперемії тканин, серозно-геморагічні виділення з рани. На 14 добу сітчастий імплантат щільно фіксувався до м'язів і знаходився в тонкому шарі сполучної тканини довкола із більш зрілою грануляційною тканиною. Через 21 день сітчастий імплантат оточувала сполучнотканинна капсула, яка складається з упорядкованих колагенових волокон із незначними зовнішніми ознаками запалення.

Результати експериментальних досліджень підтверджують можливість застосування сітчастого імплантату для пластики грижевого дефекту у фазі запалення, яке частіше зустрічається при защемленій грижі.

**Ключові слова:** защемлені грижі, поліпропіленова сітка, експериментальне обґрунтування.

**Резюме.** В експерименте на 150 белых крысах с флегмоной грыжевого мешка выполнено комплексное исследование особенностей течения репаративного процесса на участке аллогерниопластики полипропиленовой сеткой Линтекс эсфил (Санкт-Петербург). Созданы 3 группы: 1 группа-выполнена пластика грыжи сеткой полипропилен Линтекс эсфил стандартная; 2 группа-пластика сеткой Линтекс эсфил легкая; 3 группа-пластика сеткой Линтекс эсфил тяжелая. Гнойную рану промывали 0,02% раствором декасана, Oectenisept farblos (Германия), вводили 1 мл иммунофана, цефтриаксона внутримышечно в течении недели. Отмечалась положительная динамика в сторону уменьшения контаминации микроорганизмов на 7 сутки после операции. В трех группах наблюдались воспалительные изменения: отек и гиперемия тканей, серозно-геморрагические выделения из раны. На 14 сутки сетчатый имплантат плотно фиксировался к мышцам и находился в тонком слое соединительной ткани с более зрелой грануляционной тканью. Через 21 день сетчатый имплантат окружала соединительнотканная капсула, которая состояла из упорядоченных коллагеновых волокон с незначительными внешними признаками воспаления.

Результаты экспериментальных исследований подтверждают возможность применения сетчатого имплантата для пластики грыжевого дефекта в фазе воспаления, которое чаще встречается при ущемленной грыже.

**Ключевые слова:** ущемленные грыжи, полипропиленовая сетка, экспериментальное обоснование.

**Summary.** In an experiment on 150 white rats with the phlegmon of hernia complex research of features of flow of reparative process on an area the allogernioplastic polypropylene net of Linteks esfil is executed (Saint Petersburg). The rats divided into 3 groups: 1-st group – the plastic arts of hernia by the net of polypropylene of Linteks esfil standard; 2 group – the plastic arts by the net of Linteks esfil easy; 3 group – the plastic arts by the net of Linteks esfil heavy. Running sore was washed by 0,02% solution of Decasan, Oectenisept farblos (Germany), intramuscular entered 1 ml of Imunophan, Ceftriaxon during a week. A positive dynamics was marked toward diminishing of contamination by microorganisms to 7 days after an operation. There were inflammatory changes in three groups: it was swollen hyperemia of fabrics, serous-hemorrhagic excretions from a wound. On 14 days reticulated implant was densely fixed to the muscles and was in the thin layer of connecting fabric with more mature granulation fabric. In 21 day reticulated implant surrounded connective capsule which consisted of well-organized collagen fibres with the insignificant external signs of inflammation.

The results of experimental researches confirm possibility of application of reticulated implant for the plastic arts of hernia defect in the phase of inflammation which more frequent meets at the hurt hernia. At presence of festerings excretions in hernia, the use of polypropylene net for the plastic arts must be accompanied careful rehabilitation of wound, abdominal region with adequate antibacterial therapy.

**Keywords:** jammed hernia, experimental ground, polypropylene net.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.** Грижі черевної стінки зустрічаються в 10% дорослого населення і займають 3-4 місце в структурі хірургічних захворювань. Щорічно на планеті виконується понад 20 млн операцій з приводу гриж, що становить 10-15% усіх втручань. Для пластики гриж черевної стінки протягом 1 року вико-

рювань. Щорічно на планеті виконується понад 20 млн операцій з приводу гриж, що становить 10-15% усіх втручань. Для пластики гриж черевної стінки протягом 1 року вико-