

(табл.3,4 і 7). Щоправда, вони були менш виражені, ніж у нелікованих тварин ГТ, порівняно з якими у щурів КГ був достовірно вищим АЧТЧ та достовірно нижчими – активність ФХШ і вираженість ЕТ (табл.1,5 і 7). Летальність тварин у ПГ склала 10,0 %, а в КГ – 20,0 %.

Таким чином, результати досліджень показали, що загальноприйняте лікування ТЕГЛА (фібринолізин-гепарин-аспірин), яке проводилося тваринам КГ, призводить до майже цілковитої нормалізації показників системи гемостазу в загальному кровотоці, але навіть до 12 доби терапії не ліквідує вторинні гемостазіологічні порушення в легеневому кровотоці. Поєднання ж традиційного комплексу лікувальних заходів з поліферментним препаратом для системної ензимотерапії флогензимом, що було застосовано у щурів ПГ, до 12 доби лікування сприяє цілковитій нормалізації коагулограми як у загальному, так і в легеневому кровотоці. Особли-

во важливим є те, що під впливом флогензиму швидше елімінуються з крові продукти паракоагуляції (розчинні фібрин-мономерні комплекси та продукти деградації фібрину/фібриногену). Про це свідчить достовірно менша вираженість ЕТ на 12 добу лікування у легеневому кровотоці щурів ПГ порівняно з КГ (табл.7). Така дія флогензиму може бути пов'язана з прямою протеолітичною дією препарату на продукти паракоагуляції, про що вказується у літературі [7].

Крім цілковитої нормалізації коагулограми в загальному та легеневому кровотоці щурів ПГ, використання флогензиму дозволило знизити летальність тварин від ТЕГЛА у 2 рази.

**Висновки.** Враховуючи отримані нами дані, рекомендуємо включення флогензиму в комплекс лікувальних заходів при лікуванні хворих з ТЕГЛА та венозними тромбозами.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Яковлев Б.В., Яковлева М.В. Тромбоэмболия легочной артерии // Кардиология.- 2000.- №1.- С. 75-82.
2. Профилактика и лечение тромбоэмболии легочной артерии / Мазур А.П., Тодуров Б.М., Смержевский В.И., Королев А.Э., Кузьмич И.Н. // Клиническая хирургия.-2002.-№10.-С.27-30.
3. Пат. UA 53542 А, МВ G 09В23/28. Спосіб моделювання тромбоемболії легеневої артерії / С.М.Геник, Р.В.Сабадош, О.В.Пиптюк, М.П.Збирак, М.М.Волошин, О.Ю.Атаманюк (Україна). – № 2002075881; Заявл. 16.07.2002; Опубл. 15.01.2003; Бюл. №1.
4. Лабораторные методы исследования системы гемостаза / Балуда В.П., Баркаган З.С., Гольдберг Е.Д. и др. / Под редакцией Е.Д. Гольдберга.- Томск.: Красное знамя, 1980.-314 с.
5. Диагностика и контролируемая терапия нарушенной гемостаза / Баркаган З.С., Момот А.П. – Москва.: Ньюдиамед, 2001.-296 с.
6. Дозирование лекарственных средств экспериментальным животным / Батрак Г.Е., Кудрин А.Н. / Москва.: Медицина, 1979.-166 с.
7. Системная энзимотерапия. Теоретические основы, опыт клинического применения / Под ред. К.Н.Веремеенко, В.Н.Коваленко.-К.:МОРИОН, 2000.-320 с.

## SUMMARY

### NEW APPROACHES TO COMPLEX TREATMENT OF PULMONARY EMBOLISM IN EXPERIMENT

**Voloshyn M.M.**

We studied the efficiency of flogenzym in experiment with aiming the approbation of the new methods of correction of the second violations of hemostasis with pulmonary embolism. We compared the hemostasis of the animals with experimental pulmonary embolism, treated usual complex of medicine and animals which had additional flogenzym. Found out the norm influence of this medicine on the hypercoagulative state of the blood, which develops in the blood circulation of the lungs at pulmonary embolism. It was offered the including of flogenzym in the complex of treat measures at this pathology.

**Key words:** pulmonary embolism, hemostasis, treatment, system enzymotherapy

УДК: 617–089:615.454.1:616.381-002

## АБДОМІНАЛЬНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ВОДОРОЗЧИННИХ МАЗЕВИХ КОМПОЗИЦІЙ ПРИ ПЕРИТОНІТІ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

**Воронков Д.Е.**

*Кримський державний медичний університет ім.С.І.Георгієвського, кафедра загальної хірургії, м.Сімферополь*

**РЕЗЮМЕ:** незадовільні результати хірургічного лікування хворих з перитонітом, примушують клініцистів шукати нові підходи до вирішення цього завдання. Постійно іде пошук нових розчинів для санації черевної порожнини. В основі пропозицій, застосування тих чи інших розчинів для санації черевної порожнини, не призначених для введення у червну порожнину, лежить переконання в тому, що «черевна порожнина при загальному гнійному перитоніті – це великий гнійник («тотальний абсцес» черевної порожнини)», який потрібно лікувати за всіма законами гнійної хірургії. Враховуючи це, ми в експерименті застосували водорозчинні мазі при перитоніті, при цьому вдалося знизити летальність лабораторних тварин з 60% до 10%.

**Ключові слова:** перитоніт, лікування перитоніту, водорозчинні мазі

**Вступ.** „...Мої сучасники, як Я сам, виховані у страху перед Богом та запаленням черевної порожнини...” – це висловлювання видатного німецького хірурга XIX століття повністю відобразило всю повноту проблеми у клініці, коли хірурги стикаються з запущеним перитонітом.

Перитоніт як окреме захворювання з'явилося на початку XIX століття. Постійно йде пошук нових методів його лікування, тому що результати лікування перитоніту незадовільні, летальність досягає – 33-67%, а при післяопераційному перитоніті до 86%. Такі показники летальності обумовлені важкою токсемією, імунодипресією та поліорганною недостатністю при перитоніті. Саме тому лікування перитоніту є актуальною проблемою і в наш час [2, 4, 6, 7, 11].

Актуальність проблеми перитоніта обумовлена високою кількістю хворих похилого віку, у яких летальність досягає 60 – 90%, а оперативні втручання в цій групі складають до одного мільйона у рік [2, 4, 7].

Перитоніт спричиняє велику кількість післяопераційних ускладнень – прогресуючого перитоніту (3,4 – 7,3%), утворення абсцесів черевної порожнини (19 – 24%), ранньої злукової непрохідності кишечника (16 – 22%), формуванні кишкових нориць (0,8 – 3,9%) [6, 9].

Перитоніт не повинен розглядатися тільки як запалення очеревини. При локальному ураженні тканин виникає синдром локальної запальної відповіді, який визивається місцевими медіаторами запалення, а при попаданні їх до системного кровообігу розвивається синдром системної запальної відповіді [9].

Таким чином, перитоніт – це загальне захворювання організму, яке проявляється місцевими змінами очеревини та кишечника, важким порушенням гомеостазу, що проявляється синдромом системної запальної відповіді, розвитком поліорганної недостатності, сепсиса та септичного шоку.

У монографіях з гнійного перитоніту, що опубліковані за останні роки, описані принципи діагностики та лікування. Але ця проблема не вичерпала себе. Постійно виникають суперечливі питання [4, 8, 9, 12, 15, 16, 17].

М. Кіршнер [6] у 1926р. обґрунтував принципи лікування перитоніту: „...рання операція, ліквідація запального вогнища та санація черевної порожнини...”, які актуальні і в теперішній час.

Більшість авторів вважає, що найважливішим у комплексному лікуванні термінального перитоніту є санація черевної порожнини, від ефективності якої залежить кінцевий результат лікування [4, 5, 9, 10, 11].

Постійно йде пошук нових, більш раціональних підходів до комплексного лікування перитоніту, найбільше це стосується місцевої ліквідації запального процесу у черевній порожнині [1, 6, 7, 11, 13, 14].

В основі пропозицій – застосування тих чи інших розчинів для санації черевної порожнини, які спочатку не призначалися для введення у черевну порожнину, лежить переконання в тому, що „черевна порожнина при загальному гнійному перитоніті – це великий гнійник („тотальний абсцес” черевної порожнини)”, який потрібно лікувати за всіма законами гнійної хірургії. Також описано внутрічеревне застосування водорозчинної мазі першого покоління „Левосін”, „Левоміколь” [2, 3, 7, 9]. Але авторами науково це не обґрунтовано, не вказується позитивний чи негативний ефект на очеревину, чепець, паренхіматозні органи, кишково-очеревину.

Протягом останніх років у практичній хірургії застосовують нові мазі багатокomпонентної дії на водорозчинній основі. Вони мають сорбційну, протимікробну, некролітичну, знеболювальну дії.

До складу мазі входить поліетиленоксид із молекулярною масою 400, який у порівнянні з поліетиленоксидом 1500, що входить до мазей першого покоління, не викликає гідротичного шоку і забелі здорових клітин, забезпечує проникнення антибактеріальних препаратів більш глибоко. Також до складу мазі входять проксанол та пропіленгліколь, які звожують поверхню рани, проникають під некротичний струп та посилюють дію поліетиленоксида.

Ці мазі пройшли клінічні випробування при запальних процесах м'яких тканин та при гнійно – некротичних ускладненнях панкреатита.

**Мета дослідження** – поліпшення результатів лікування загального перитоніту в токсичній та термінальній стадіях, шляхом місцевої дії водорозчинної мазі другого покоління „Нітацид – Дарниця” для зменшення запального процесу в черевній порожнині.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводили на білих щурах лінії Вістар вагою 170 – 200г під інгаляційним ефірним наркозом із дотриманням принципів гуманного ставлення до тварин [16].

Найбільш доцільне використання мазі „Нітацид – Дарниця”, яка має виражену осмотичну активність, некролітичну, протизапальну, знеболювальну, протимікробну дії.

Етіотропна терапія перитонітів ускладнюється полірезистентністю патогенних мікроорганізмів, важкістю створення високої концентрації антибіотика в гнійному осередку внаслідок порушень мікроциркуляції, а також невирішеним повністю питанням боротьби з анаеробною флорою.

Протимікробна дія мазі „Нітацид – Дарниця” обумовлена тим, що до її складу входить нитазол 2,5% та стрептоцид 5,0%, котрі діють практично на всю мікрофлору, що зустрічається при перитоніті. Така комбінація препаратів розширює спектр антибактеріальної дії, значно підвищуючи їх бактерицидну активність.

Мазь, розтікаючись по всій поверхні черевної порожнини, діє на всі важкодоступні для дренивання гнійні осередки та діє на них місцево.

Компоненти мазі не мають місцевопоздражуючої, алергічної дії, мають низьку токсичність, не вражають здорові клітини, захищають тканини від вторинного інфікування та утворення на них вогнищ некроза.

На лабораторних тваринах вивчена дія мазі „Нітацид – Дарниця” на органи черевної порожнини: мікроскопічно доведено, що мазь не вражає паренхіматозні органи та кишкову трубку, не призводить до утворення запальних інфільтратів та злук.

Таким чином, при перитоніті, який порівнюють із запаленням м'яких тканин, можна застосовувати мазь багатокомпонентної дії на водорозчинній основі „Нітацид – Дарниця”.

Перитоніт моделювався за методом О.В. Костирного „Спосіб моделювання абсцесу черевної порожнини з проривом його і розвитком розлитого фібринозно-гнійного перитоніту” (деклараційний патент України № 2904 от 15.09.04. Бюл. №9).

У щурів токсична стадія починається через 24 – 50 годин, після прориву абсцесу в черевну порожнину, а термінальна – через 51 – 60 годин.

Враховуючи це, релaparотомію виконували через добу. При релaparотомії ліквідували вогнище перитоніту, проводили санацію черевної порожнини спочатку 3% розчином перекису водню, багаторазово („до чистої води”) санацію розчином фураціліну 1:5000 при температурі 7 – 15°C (друга група – 10 щурів). У тварин третьої групи (10 щурів) санація виконувалась аналогічно і додатково у черевну порожнину для ліквідації запального процесу, вводили багатокомпонентну мазь „Нітацид – Дарниця”, підігріту до 30 °C. До першої групи (10

щурів) увійшли щурі, яким санація виконувалась механічним способом, використовуючи марлеві тампони. Операційна рана зашивалась наглухо, при цьому черевна порожнина не дрениувалась. Усім тваринам у післяопераційному періоді проводилась монотерапія полусинтетичним пеніциліном, захищеним клавулоновою кислотою „Амоксіклав” 30 мг/кг 4 рази на добу, дезінтоксикаційна терапія, яка включала підшкірне введення препаратів реосорбілакт, трісоль, розчини Рінгера, Крохольова, 5% глюкози з цитофлафином – 150 мл/добу; реоглюман 10мл/добу; 6% рефортан 20мл/добу. Спостерігали за тваринами кожні 6 годин. Щурі, що загинули, розтинались, а ті, що вижили, виводились з експерименту на 1, 2, 3, 4, 5 добу.

Взяті на гістологічне дослідження фрагменти очеревини, печінки, кишкової трубки, чепця фарбували гематоксілін-еозином та вивчались під світловим мікроскопом Olympus CX 45 при збільшенні 10x10.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Тварини першої (8 з 10), другої (6 з 10) та третьої (1 з 10) груп померли на 1 – 3 добу. На секції виявлені післяопераційні ускладнення та ознаки в'ялопротікаючого перитоніту – неспроможність анастомозу, злукова непрохідність, гнійний екссудат, гіперемія очеревини, абсцеси черевної порожнини, нагноєння післяопераційної рани, післяопераційний парез кишечника.

У 6 тварин третьої групи, виведених з експерименту на 1 та 2 добу, явища перитоніту були відсутні, а тим паче у тварин, що були виведені з експерименту на 3, 4, 5 добу.

Таблиця 1

Результати лікування перитоніту в експерименті

Ускладнення (%) \ Група	1 група	2 група	3 група
Летальність	80	60	10
Неспроможність швів	80	60	10
Післяопераційний перитоніт	80	60	10
Внутрішньочеревні абсцеси	100	80	10
Злукова непрохідність	70	50	0
Післяопераційний парез кишечника	100	70	10
Нагноєння післяопераційної рани	20	40	0

У тварин третьої групи до кінця першої доби черевна порожнина максимально очищається. Гістологічно запально-дегенеративні зміни відсутні вже на другу добу.

Таким чином, доведено ефективність застосування комбінованої мазі „Нітацид – Дарниця” при місцевому лікуванні перитоніту.

**Висновки.** 1. Застосування комбінованої мазі „Нітацид – Дарниця” при місцевому лікуванні перитоніту дозволило знизити післяопераційну летальність в експерименті з 60 до 10%.

2. На основі даних експериментальних досліджень розроблені та активітв впроваджені у практику методи лікування перитоніту: „Спосіб хірургічного лікування розлитого фібринозно-гнійного перитоніту” (№ 69519 от 15.09.04., Бюл.№9); «Спосіб лікування розлитого фібринозно-гнійного перитоніту методом керованої лапаростомії з використанням поролоново-трубчатого системи і системи очищення просвіту дренажів і спосіб дренивання внутрішньочеревних абсцесів на тлі розлитого перитоніту” (№7619 от 15.07.05., Бюл.№7).

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Ахметели Т.И., Хомерики Г.В., Дзnelадзе Л.Т. Лечение перитонита // Острые хирургические заболевания органов брюшной полости. – Тбилиси, 1989. – С. 178.
2. Бисенко Л.Н., Зубарев П.Н. Неотложная хирургия груди и живота. – Спб.: Гиппократ, 2002. – 510 с.
3. Воронов Н.В., Стаценко Н.И. Лапаростомия при послеоперационном перитоните // Харьковская хирургическая школа. – 2005. -№ 1.1. – С. 18-20.
4. Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдовенко А.П. Перитонит. – М., 2002. – 240 с.
5. Ерюхин И.А. Инфекция в хирургии. Старая проблема накануне нового тысячелетия (Часть 1) // Вестник хирургии. – 1998. – № 1. – С. 85-91.
6. Жебровский В.В. Осложнения в хирургии живота. – М.: Медицина, 2006. – 445 с.
7. Иванов В.С. Лечение разлитого перитонита: Методические разработки для студентов старших курсов медвузов. – Курск, 1999. – 30 с.
8. Попов В. А. Перитонит. Медицина, Ленингр. отд-ние. - 1985.-232 с.
9. Радзиховский А.П., Бобров О.Е. Найштетик В.Я. Очерки хирургии перитонита. – К.: Феникс, 2000. – 156с.
10. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Абдоминальный сепсис: современная концепция и вопросы классификации // Анналы хирургии. – 1999. – №6.- С.14-18.
11. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. – М.: Триада – X, 2004. – 640с.
12. Савчук Б.Д. Гнойный перитонит. – М.: Медицина, 1979. – 192 с.
13. Струков А.И., Петров В.И., Пауков В.С. Острый разлитой перитонит. – М.: Медицина, 1987. – 288 с.
14. Тоскин К.Д., Жебровский В.В., Хайкин Я.Б. Патогенез, клиника и лечение острого перитонита / В кн.: Актуальные вопр. теорет. и практ. медицины: Сб. статей. – Симферополь, 1991. – С. 320-332.
15. Федоров В.Д. Лечение перитонита. – М.: Медицина, 1974. – 302 с.
16. Шалимов А.А., Шапошников В.И., Пинчук М.П. Острый перитонит. – К.: Наукова думка, 1981. – 286 с.
17. Щуркалин Б.К. Гнойный перитонит. – М.: Два Мира Прин, 2000. – 222 с.

**SUMMARY****ABDOMINAL USING WATER – SOLUBLE UNGUENT COMPOSITION AT PERITONITIS IN EXPERIMENT  
Voronkov D. G.**

Unsatisfactory results surgical treatment sick with peritonitis, force the specialist to search for the new approaches to decision of the specified problem. Constantly goes searching for new solution for sanitations of the abdominal cavity. In base of the offers, the using that or other solution for sanitations of the abdominal cavity, originally not intended for introduction to abdominal cavity, lies the belief in that that "abdominal cavity under poured festering peritonitis – big concourse fester ("all-out abscess of" abdominal cavity)", which necessary to cure on all law of festering surgery. Repulsing from this we in experiment have used the soluble water-soluble unguent at peritonitis, herewith manage to reduce летальность laboratory animal with 60% before 10%.

**Key words:** peritonitis, treatment of the peritonitis, water-soluble unguent

УДК 616.14 – 008.64 – 036.1 ] – 089.168

**БЕЗПОСЕРЕДНІ ТА ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ВЕНОЗНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ЗАЛЕЖНО ВІД ХІРУРГІЧНОГО СПОСОБУ ВТРУЧАННЯ**

**Горленко Ф.В.**

*Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб, м. Ужгород*

**РЕЗЮМЕ:** в даній роботі представлений порівняльний аналіз ефективності комплексного хірургічного лікування хронічної венозної недостатності з застосуванням ендоскопічного метода та склеротерапії із класичною венектомією та субфасціальною перев'язкою перфорантних вен з доступу по Фельдеру.

**Ключові слова:** хронічна венозна недостатність, склеротерапія, ендоскопічна дисекція перфорантних вен

**Вступ.** Хронічна венозна недостатність (ХВН) – синдром, який виникає при порушеннях венозного відтоку з нижніх кінцівок [5]. В більшості випадків основними його причинами є варикозна хвороба (90%) і післятромбофлебітичний синдром (10%). Такі ускладнення ХВН, як трофічні виразки, приводять багатьох хворих до інвалідизації. При удаваній простоті діагностики та лікування результативним є вибір правильної тактики з урахуванням анатомії та фізіології венозної системи. Основними цілями лікування ХВН слід вважати регрес її симптомів, профілактику рецидивів за-

хворювання вен, збереження та відновлення працездатності і покращення якості життя пацієнтів [3, 4].

**Мета дослідження.** Для покращення результатів лікування ХВН з трофічними розладами визначити види і частоту післяопераційних ускладнень в залежності від способу хірургічного лікування.

**Матеріали та методи.** Для визначення ефективності комплексного хірургічного лікування з застосуванням ендоскопічного метода і склеротерапії ми порівняли перебіг післяопераційного періоду і темпи регресу трофічних розладів у 2-х групах