

p-ISSN 0023 - 2130  
e-ISSN 2522 - 1396

Том 89, № 9 - 10 додаток  
вересень-жовтень 2022

# КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

науково-практичний журнал

Заснований у червні 1921 р.

Ліга-Інформ

Передплатний індекс 74253

рожнини. Переваги ультразвукового методу: швидке і досить точне отримання діагностичної інформації неінвазивним способом; можливість проведення дослідження безпосередньо біля ліжка хворого; відсутність променевого навантаження; повна безпека виконання багаторазових досліджень в динаміці; реальність проведення інвазивної внутрішньочеревної діагностики під візуальним контролем; відносна економічна доступність.

**Мета дослідження.** Дослідити можливості використання ультразвукової діагностики в ранньому післяопераційному періоді для виявлення ускладнень у хворих після накладання товстокишкових анастомозів та визначення подальшої тактики ведення.

**Матеріали і методи.** 183 хворих, прооперованих з накладанням первинного безперервного дворядкового ТКА на лівих відділах товстої кишки. З них обстежено 75 (40,9%) хворих з підозрою на неспроможність анастомозу, які поділені на 2 групи, залежно від наявності неспроможності ТКА: 1 група – 32 хворих, у яких зафіксована неспроможність ТКА (медіана віку хворих – 65 (57; 75) років, 2 група (контрольна) – 43 хворих, без неспроможності анастомозу, (медіана віку хворих – 63,5 (58,5; 70,5) років

**Результати та їх обговорення.** Проаналізовано дані ультразвукової картини стану кишкових анастомозів в динаміці раннього післяопераційного періоду, на 3–ю і 7–му добу з метою виявлення і систематизації ознак неспроможності ТКА.

Критеріями направлення на УЗД на 3–ю і 7–му добу післяопераційного періоду були: підвищення температури тіла  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , лейкоцитоз у крові  $\geq 12 \times 10^9$  г/л, зміна кількості, характеру виділень з дренажів, біль та дискомфорт

у лівих відділах черевної порожнини.

Найдостовірнішими ультразвуковими ознаками неспроможності ТКА були наявність газу поза просвітом кишки, яка відзначалася у 9 (28,1%) хворих групи 1 на 3–ю добу і у 5 (15,6%) – на 7–му добу після операції, а також наявність рідинного утворення в зоні ТКА у 6 (18,8%) і 12 (37,5%) пацієнтів, відповідно. Обидві зазначені ультразвукові ознаки у пацієнтів 2 групи були відсутні. Також достовірно частіше і в більш ранні терміни відзначалося відновлення перистальтики кишки в зоні ТКА при його спроможності, що встановлено у 14 (32,5%) хворих 2 групи на 3–й і у 29 (67,4%) хворих на 7–му добу після операції відповідно, в той час як при неспроможності ТКА ця ознака на 3–ю добу, не відзначалася у хворих 1 групи, а на 7–му реєструвалася лише у 7 (21,9%;  $\chi^2 = 31,2$ ;  $P < 0,05$ ) пацієнтів. Отже, ультразвукові ознаки неспроможності ТКА на 3 добу встановлені у 15 (46,8%) хворих 1 групи, що привело до зміни тактики лікування у 7 (46,6%) з них; на 7 добу у 17 (53,1%) хворих, що призвело до зміни тактики лікування у 4 (23,5%) з них відповідно.

**Висновки.** Ультразвукові ознаки неспроможності ТКА встановлені у 15 (46,8%) хворих 1 групи на 3 добу, що привело до зміни тактики лікування у 7 (46,6%) з них, та у 17 (53,1%) хворих на 7 добу, що привело до зміни тактики лікування у 4 (23,5%) з них відповідно. Рання діагностика ускладнень дозволила змінити тактику і об'єм інтенсивної терапії з попередженням подальших ускладнень. Своєчасна діагностика ранніх ознак неспроможності анастомозу дозволяє прогнозувати подальший перебіг захворювання, що забезпечує зниження кількості ускладнень та тяжкості їх перебігу.

## Додаткове укріплення товстокишкового анастомозу та його вплив на виразність обсіменіння черевної порожнини

Милиця М. М., Милиця К. М., Стебляк В. В., Постоленко М. Д., Солдусова В. В., Казаков В. С.

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти», м. Запоріжжя, Україна

**Актуальність.** Надійність кишкового шва залишається одним з найважливіших та найактуальніших аспектів у хірургії шлунково–кишкового тракту, у зв'язку з тим що останній лежить в основі більшості операцій. Незмінно високою залишається частота виникнення післяопераційних ускладнень, що також призводить до тяжких наслідків та незадоволення результатами операцій у хірургів по всьому світу. Одним з важливих факторів, що знижує міцність анастомозів є інфікування тканин. За даними проведених досліджень, інфікування анастомозу відбувається при безпосередньому контакті шовного матеріалу із просвітом та вмістом кишківника. При цьому мікрофлора проникає в товщу зшитих тканин, що у подальшому призводить до розвитку запалення. Підвищена проникність ділянки анастомозу сприяє потраплянню інфекційних агентів до черевної порожнини та розвитку пери-

тоніту, що в свою чергу викликає активацію та збільшення кількості біологічно активних речовин, які викликають порушення мікроциркуляції в стінці кишки. До цього часу немає єдиної точки зору на причини які викликають неспроможність кишкових анастомозів, а також на хірургічну тактику при її виникненні. Тому постійно виникає необхідність пошуків оптимальних варіантів накладання кишкового шва та розробка нових методів профілактики його неспроможності.

**Мета роботи.** Дослідити вплив додаткового укріплення товстокишкового анастомозу (ТКА) з використанням сучасних адгезивних матеріалів на виразність обсіменіння черевної порожнини у хворих з інсулінорезистентністю (ІР).

**Матеріали та методи.** Обстежено 80 хворих з інсулінорезистентністю (ІР), яким було прооперовано опера-

тивне втручання з накладанням товстокишкового анастомозу (ТКА) (медіана віку хворих – 64 (57; 71) років). Усі хворі поділені на 2 групи, залежно від методу укріплення шва ТКА: 1 група – 40 хворих, яким виконане накладання однорядового безперервного шва (ОБШ) ТКА (медіана віку хворих – 65 (57; 75) років, 2 група – 40 хворих, яким виконане накладання ОБШ ТКА, та, з метою герметизації та укріплення зони анастомозу додавали сучасний адгезив для тканин Н–бутилціаноакрилат (медіана віку хворих – 63,5 (58,5; 70,5) років. Визначали спектра мікробної флори виділень з дренажів поблизу анастомозу.

Результати. У хворих з ІР, яким з метою додаткового укріплення зони ТКА після накладання ОБШ використовували адгезив для тканин Н–бутилціаноакрилат, зустрічалася достовірно менша кількість пацієнтів з поєднанням 2 різних штамів мікроорганізмів порівняно з хвори-

ми, яким накладали ОБШ ТКА без додаткового укріплення (2(5,0%) хворих проти 9(22,5%)) ( $\chi^2=5,17$ ,  $df=1$ ;  $p<0,05$ ), достовірно більше пацієнтів з відсутнім ростом мікроорганізмів у посівах з зони анастомозу (11(27,5%) хворих проти 3(7,5%) хворих відповідно) ( $\chi^2=5,54$ ,  $df=1$ ;  $p<0,05$ ). а також менша кількість випадків високого ступеня обсіменіння зони анастомозу (у 3,48 рази ( $\chi^2=7,68$ ,  $df=1$ ;  $p<0,05$ )), з переважанням обсіменінням легкого ступеня (у 3,35 рази ( $\chi^2=15,24$ ,  $df=1$ ;  $p<0,05$ )).

**Висновок.** Використання сучасного адгезиву для тканин Н–бутилціаноакрилату з метою укріплення зони товстокишкового анастомозу з накладанням однорядного безперервного шва у хворих з інсулінорезистентністю сприяє достовірному зниженню забруднення зони довкола анастомозу порівняно з хворими без додаткового укріплення.

## Рівень деяких маркерів запалення при неускладненій дивертикулярній хворобі товстої кишки

Міщук В. Г., Мізюк Т. М.

Івано–Франківськ, Україна

Дивертикулярна хвороба (ДХ) – анатомічні зміни товстої кишки, що полягають у випинанні її слизової та підслизової оболонки через м'язевий шар з подальшим розвитком кишень – дивертикулів та може мати безсимптомний перебіг чи проявлятися постійними або рецидивуючими симптомами і ускладненнями. На думку ж А. Tursi et al. [2020] ДХ товстої кишки розвивається, коли дивертикульоз стає симптоматичним, а серед його основних проявів є біль в животі, постійні резистентні здуття, зміни в роботі кишечника та ускладнення ( запалення, абсцеси, кровотечі, перфорації та інші ). Поширеність дивертикульозу в Європі та США постійно зростає, діагностуючись у 5,3% пацієнтів віком від 30 до 39 років, 8,7% – у осіб від 40 до 49, 19,4% – від 50 до 59 і 29,6% – у людей старше 60 років [А. Tursi et al., 2020]. Часто дивертикульоз і його симптоми викликані запаленням низького ступеня інтенсивності, мають рецидивуючий характер і розглядаються як неускладнена дивертикулярна хвороба (SUDD), рідше – гостре запалення високого ступеня – гострий дивертикуліт. Серед патогенетичних механізмів розвитку симптомів у таких пацієнтів розглядаються, окрім запалення, зростання секреції нейропептидів у слизовій оболонці товстої кишки, значне ослаблення експресії транспортера серотоніну. Специфічним маркером запалення в товстій кишці є фекальний кальпротектин, що виділяється в основному з кишкових гранулоцитів, а його можна використовувати для диференційної діагностики між запальними і функціональними ураженнями товстої кишки та визначення ступеня першого.

Метою дослідження було встановити зміни рівня кальпротектину у випорожненнях та концентрації С–реак-

тивного протеїну в сировотці крові при різних типах ДХ, згідно класифікації B.Lembske [2015].

**Матеріал і методи.** Обстежено 48 хворих на ДХ товстої кишки та 10 здорових осіб. З обстежених на ДХ було 35,42% чоловіків та 64,58% – жінок. В залежності від віку за результатами колоноскопії або комп'ютерної томографії ДХ діагностовано у 9 (18,75%) хворих віком від 44 до 60 років, у 35 (72,92%) – від 60 до 75 років та у 4 (8,33%) обстежених віком – понад 75 років. В залежності від локалізації дивертикулів у сигмоподібній кишці вони виявлені у 16 (33,3%), нисхідному відрізку товстої кишки – в 11 (22,92%), одночасно у нисхідному відрізку та сигмоподібній кишці – у 17 (35,42%), висхідній і поперековій одночасно – у 4 (8,33%). Що до кількості дивертикулів, то множинні (понад 10) діагностовано у 7 (14,58%), від 5 до 2 – у 24(50%) та поодинокі (1–2) – у 9 (18,75%) хворих. Визначення рівня кальпротектину в зразках калу проводилось імуноферментним методом. Також у цих хворих визначали концентрацію С–реактивного протеїну в крові імунотурбіметричним методом.

Результати і їх обговорення. Аналіз показників визначення кальпротектину у фекаліях хворих на симптоматичну неускладнену ДХ свідчить про його підвищення у порівнянні з показниками здорових у 2,98 рази (відповідно,  $44,96\pm2,86$  мкг/г і  $15,11\pm4,20$  мкг/г,  $P<0,05$ ). У хворих на рецидивуючий дивертикуліт без ускладнень рівень фекального кальпротектину становив  $67,29\pm2,86$  мкг/г, достовірно ( $P<0,05$ ) перевищуючи показник у пацієнтів на симптоматичну неускладнену ДХ. На можливість розвитку дивертикулітів також вказує підвищення концентрації С–реактивного білка до  $6,28\pm0,30$  мг/л (у здорових