

# Тези доповідей

## науково-практичної конференції з міжнародною участю “Сучасні підходи в діагностиці та лікуванні ускладнень гострої патології органів черевної порожнини”

27-28 жовтня 2005 року, м. Чернівці

### ПЕРВИННА ХІРУРГІЧНА ОБРОБКА РАН ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Ю.Т.Ахтемійчук, О.М.Слободян, І.У.Свистонюк

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Експерименти виконані на 12 собаках обох статей різної маси під ефірним наркозом. Черевну стінку розтинали лівим парамедіанним доступом. Із задньобокової стінки живота нижче 12-го ребра вирізували клапоть з парієтальної очеревини, поперечної фасції та поперечного м'яза живота розміром 3x4 см. На підшлункову залозу наносили рани розміром 0,5x1,0 і 1,0x2,0 см різної глибини. Після гемостазу клаптем покривали рану підшлункової залози і пришивали вузловими нерозсмоктувальними швами (капрон або нейлон) на атравматичній голці в середній його частині, а по краях – П-подібними швами. У післяопераційному періоді загибелі тварин від ускладнень не було. Через 30 діб трансплантат звичайного кольору, життєздатний, щільно зрощений з тканинами підшлункової залози. Сполучна тканина в місці зрощення підшлункової залози з клаптем характеризується наявністю численних артеріол, капілярів, венул. Острівковий апарат залози в непошкоджених ділянках без змін. Через 6 місяців підшлункова залоза сіроватого кольору, звичайної консистенції. При гістологічному дослідженні структура підшлункової залози і острівкового апарату повністю збережена. Між клаптем і паренхімою залози визначаються прошарок сполучної тканини, артеріоли, капіляри, венули. Просвіт проток вільний. Отже, серозно-м'язово-фасціальний клапоть із задньобокової стінки живота сприяє загоєнню ран підшлункової залози, володіє надійними герметичними властивостями, запобігає виділенню панкреатичного соку в очеревинну порожнину (декл. пат. № 65750 А).

### МОДИФІКОВАНИЙ МЕТОД ЛІВОБІЧНОЇ ДЕКАПСУЛЯЦІЇ НИРКИ

Ю.Т.Ахтемійчук, О.В.Цигикало, К.А.Владиченко, С.О.Лісничок

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Декапсуляція нирки проводиться з метою зменшення внутрішньотканинного тиску органа, дренування гнійних вогнищ з-під її капсули і передбачає оголення нирки, розсічення по зонду фіброзної капсули вздовж латерального краю органа та відшарування її аж до воріт нирки. Недоліками операції є: 1) зменшення венозного відтоку від нижнього кінця лівої нирки внаслідок неминучого пошкодження анастомозів між венами лівої фасціальної капсули нирки і лівою яєчковою веною; 2) можливість виникнення венозної гіпертензії нижнього кінця нирки; 3) травматичність операції; 4) висока ймовірність вторинної кровотечі. Нами запропонований модифікований метод лівобічної декапсуляції нирки, який усуває вказані недоліки на підставі власних досліджень особливостей венозної системи фасціальної капсули нирки та її анастомозів із суміжними структурами. Метод передбачає видалення фіброзної капсули тільки до нижнього кінця і нижньомедіального краю нирки, де існують численні анастомози між судинами фасціальної капсули нирки та яєчковими, очеревинними і сечовідними венами. За допомогою доступу Федорова виводять нирку в операційну рану. Фіброзну капсулу розсікають уздовж бічного краю нирки, не досягаючи нижнього кінця на 2-2,5 см. Відшаровують і відсікають фіброзну капсулу, залишаючи її тільки на нижньому кінці та нижньомедіальному краї нирки. Переваги пропонованої декапсуляції нирки: 1) малотравматичність; 2) збереження венозних анастомозів з лівою яєчковою веною і, як наслідок, зменшення загрози венозної гіпертензії

#### Приклад бібліографічного опису тез:

Ахтемійчук Ю.Т., Слободян О.М., Свистонюк І.У. Первинна хірургічна обробка ран підшлункової залози в експерименті / Тези доп. наук.-прак. конф. з міжнар. уч. “Сучасні підходи в діагн. та лік. ускладнень гострої патол. орг. черевної порожнини” // Клін. анат. та опер. хірургія. – 2006. – Т. 5, № 1. – С. 95.

нирки; 3) профілактика ішемії та склерозування ниркової паренхіми.

## СПОСІБ САНАЦІЇ ОЧЕРЕВИННОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ БІЛІАРНОМУ ПЕРИТОНІТІ

**В.В.Білоокій**

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

Впровадження лапароскопічних методів лікування гепатобілярної патології призводить до зростання кількості пошкоджень позапечінкових жовчних шляхів, попадання в очеревинну порожнину жовчі, що сприяє розвитку біліарного перитоніту. Одним із напрямків лікування цієї патології є ефективна санація очеревинної порожнини із застосуванням сучасних антисептичних засобів. У 21 хворого з біліарним перитонітом (БП) нами вивчена ефективність санації очеревинної порожнини за допомогою 0,01% розчину дезмістину за власною методикою. Причинами БП були: деструктивний холецистит – 12 хворих, неспроможність холецистоєюноанастомозу – 4, неспроможність холедохоєюноанастомозу – 2, витікання жовчі внаслідок зісковзання кліпси з кукси міхурової протоки – 2, пошкодження спільної жовчної протоки – 1. Встановлена висока протимікробна дія дезмістину стосовно стафілококів, ентерококів, кишкової палички, неспорутворювальних анаеробів. Одноразове промивання очеревинної порожнини знижує кількість кишкової палички з  $8,47 \pm 0,18$  до  $4,04 \pm 0,26$  Іг КУО/мл, ентерококів – з  $6,24 \pm 0,22$  до  $3,42 \pm 0,21$  Іг КУО/мл, клостридій – з  $6,84 \pm 0,23$  до  $3,27 \pm 0,24$  Іг КУО/мл, стафілококів – з  $8,68 \pm 0,28$  до  $4,46 \pm 0,24$  Іг КУО/мл ( $p < 0,01$ ). Характерним також є подвійне зниження кількості колоній цих мікроорганізмів у великому сальнику. Позитивною властивістю дезмістину слід вважати його здатність взаємодіяти і нейтралізувати гідрофобні жовчні кислоти, рівень яких знижувався при одноразовому промиванні у 1,5 раза. Це значно пом'якшує агресивність перебігу БП, що підтверджується морфологічно: зменшення фібринозних нашарувань та ступеня ушкодження мезотелію парієтальної очеревини. У серозній оболонці тонкої кишки зменшується набряк, крапкові ділянки некрозу та запальна інфільтрація, спостерігається повнокров'я. Стабілізується токсичність сироватки та перитонеального ексудату, що підтверджується рівнем

молекул середньої маси та питомої електропровідності сироватки венозної крові. Отже, застоювання дезмістину для санації очеревинної порожнини при БП та його ускладненнях є високо-ефективним. Здатність дезмістину взаємодіяти і нейтралізувати гідрофобні жовчні кислоти, відсутність токсичної дії засвідчують його високу ефективність як антисептичного засобу.

## ІМУНОРЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ АПЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНІТУ

**Б.М.Боднар, І.І.Пастернак, А.М.Унгурян**

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

Обстежено 33 дітей, хворих на місцевий необмежений, дифузний і розлитий апендикулярний перитоніт (П). На 1, 7, 14 добу після операції вивчали стан імунологічної толерантності за загальноприйнятими методиками. При місцевому необмеженому П реакція імунної системи на антигенну інвазію достатня й адекватна: на фоні лейкоцитозу ( $13,40 \pm 1,91 \cdot 10^9$  кл./л), лімфопенії ( $2,19 \pm 0,32 \cdot 10^9$  кл./л) і Т-клітинного дефіциту ( $0,70 \pm 0,09 \cdot 10^9$  кл./л) відмічено зростання показників гуморального імунітету (ЕАС-РУК  $0,68 \pm 0,11 \cdot 10^9$  кл./л., Іг М  $1,18 \pm 0,07$  мг/мл, Іг G  $12,67 \pm 0,58$  мг/мл). У процесі лікування вони нормалізуються, а функціональні резерви відновлюються. Помірна депресія з наступним частковим відновленням функції імунної системи спостерігалася при дифузному П. Виражений лейкоцитоз ( $14,49 \pm 2,76 \cdot 10^9$  кл./л) та лімфопенія супроводжувались зростанням активності Т-лімфоцитів (Е-РУК  $1,15 \pm 0,41 \cdot 10^9$  кл./л) та зниженням гуморального імунітету (ЕАС-РУК  $0,50 \pm 0,11 \cdot 10^9$  кл./л, Іг G  $9,36 \pm 1,38$  мг/мл). При розлитому П глибокий імунодепресивний стан супроводжувався дискоординацією імунологічних реакцій та виснаженням резервних функцій. Нормальний вміст лейкоцитів ( $7,87 \pm 1,83 \cdot 10^9$  кл./л), виражена лімфопенія ( $1,38 \pm 0,55 \cdot 10^9$  кл./л), депресія ефекторної ланки (Е-РУК  $0,36 \pm 0,12 \cdot 10^9$  кл./л) поглиблювались різким пригніченням гуморального імунітету (ЕАС-РУК  $0,21 \pm 0,07 \cdot 10^9$  кл./л, Іг G  $8,52 \pm 1,44$  мг/мл). Отже, враховуючи імунологічні зміни при апендикулярному перитоніті у дітей, поряд із традиційними методами, лікування потребує залучення в післяопераційному періоді імунокорегувальних препаратів.

## ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЗАЩЕМЛЕНИХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ

**В.П.Брежнев**

*Луганський державний медичний університет*

Цікавість хірургів до защемлених гриж передньої черевної стінки помітно зріс у силу збільшення контингенту хворих літнього та старечого віку. Герніопластика з натягом призводить до більшої кількості рецидивів, особливо у хворих з післяопераційними серединними вентральними грижами (ПСВГ) гігантських розмірів. Усунення гігантських защемлених ПСВГ за допомогою традиційних методик призводить до підвищення внутрішньочеревного тиску внаслідок переміщення в червну порожнину органів із грижового мішка та зашивання дефекту. Це є причиною некорегованої серцево-легеневої недостатності, яка призводить до летальних наслідків. Перспективним напрямком в ургентній герніології є використання додаткових пластичних матеріалів, одним з яких є аутошкіра. Мета роботи. Вивчити ефективність аутодермальної герніопластики у хворих із защемленими гігантськими ПСВГ у перші години після защемлення. Матеріал і методи. Аутошкіра використана у 21 хворого старше 60 років. Серед них було 18 жінок та 3 чоловіків. Грижові ворота мали ширину понад 15 см. Всі хворі госпіталізовані в перші 6 годин після защемлення. Поєднані захворювання виявлені у всіх хворих. Індивідуалізована передопераційна підготовка включала необхідний обсяг досліджень. Аутошкіру для імплантації вирізали над грижовим випином і деепітелізували термічним методом (а.с. № 17188835). Після герніотомії та грижосічення виконували аутодермальну герніопластику: аутодермальний клапоть фіксували на 3-5 см від країв грижового дефекту. Грижові ворота додатково укріплювали аутодермальною стрічкою. Найчастіше защемлювалася тонка кишка (78,4%), рідше – товста, переважало калове та еластичне защемлення. На другу добу післяопераційного періоду хворим дозволяли сидіти у ліжку. Всім хворим у перші 5-7 діб призначали інфузійну терапію в поєднанні з антибіотикотерапією. Тромбоемболічним ускладненням запобігали призначенням антикоагулянтів прямої дії (гепарин або фраксипарин). З метою активізації моторної діяльності шлунково-кишкового тракту використовували гастроентеростимулятори. Для

поліпшення мікроциркуляції та зменшення запальних явищ на операційну рану з першої доби впливали інфрачервоним випромінюванням за допомогою імпульсного терапевтичного лазера. Ознак гострої серцево-легеневої недостатності не відмічено. Нагноєнь післяопераційних ран не було. Спостереженнями від 1 до 7 років у 19-ти хворих рецидивів не виявлено. Отже, застосування аутошкіри може бути методом вибору в ургентній герніології.

## ПРОФІЛАКТИКА НЕСПРОМОЖНОСТІ КУКСИ ЧЕРВОПОДІБНОГО ВІДРОСТКА

**В.В.Власов, В.Г.Мартинюк, І.В.Бабій**

*Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова, Хмельницька обласна лікарня*

Простежено наслідки лікування 6 хворих на гострий деструктивний апендицит (ГА), віком 39-67 років, жінок і чоловіків було порівну. Хворі обстежені клінічно і лабораторно, консультовані суміжними спеціалістами (гінекологом, кардіологом або терапевтом). Усі хворі поступили в стаціонар через 24-48 год. з моменту захворювання. Діагноз ГА підтверджений клінічно. Під час УЗД в усіх випадках візуалізовано червоподібний відросток (ЧВ), який мав нерівномірний провіт із сторонніми включеннями та густим вмістом, потовщену стінку, виявлено симптом “мішені”. У трьох випадках запідозрено апендикулярний інфільтрат (АІ). В одному випадку пальпаторно визначався щільний АІ в пахвинній ділянці, що викликав підозру на ускладнений рак правої половини товстої кишки, тому спочатку хвору лікували консервативно. Хворі прооперовані під ендотрахеальним наркозом з міорелаксантами. У 5 випадках застосований доступ Мак Берні (ДМБ), в одному – середня серединна лапаротомія. Під час застосування ДМБ виникла необхідність в його медіальному розширенні. Після розтину параректального фасціального вузла поетапно розсікали передню пластинку піхви прямого м’яза живота, а після його медіального зміщення – задню пластинку та очеревину. Таке розширення перетворює ДМБ з косою перемінною в поперечну. Всім хворим виконали апендектомію. Звертає на себе увагу те, що в 5-ти спостереженнях деструктивний процес ЧВ локалізувався в його основі, а в 2-ох випадках переходив на стінку сліпої кишки (СК). В одному спостереженні стінкою апендикулярного абсцесу була СК.

Інфільтрація стінки купола СК унеможливила занурення кукси ЧВ кисетним швом та вузловими П-подібними швами. Застосування лігатурного методу ризиковано внаслідок ураження основи ЧВ з переходом деструктивного процесу на купол СК. Неможливість традиційної обробки кукси ЧВ зумовила апендикостому (АС). Під час формування АС залишали куксу ЧВ завдовжки 1 см, обов'язково видаляли з неї слизову. Через куксу ЧВ у порожнину СК вводили трубку діаметром до 1 см. Трубку фіксували до кукси ЧВ обов'язуванням кетгутовою лігатурою. Після виведення трубки в пахвинній ділянці стінку СК пришивали вузловими швами до парієтальної очеревини. Трубку пришивали до шкіри. У двох випадках обмеженої рухливості СК розтинали очеревину в латеральному каналі з наступною її мобілізацією. У всіх випадках черевну порожнину дренивали трубками, розташовуючи їх у порожнині таза. Вільні їх кінці виводили через поперековий трикутник справа. У післяопераційному періоді ускладнень не було. Трубки видаляли через місяць. АС закривалася на другу добу. Хворих оглянуто в період від 6 місяців до 5 років після операції: скарг немає. Отже, апендикостому можна вважати одним з варіантів запобігання неспроможності кукси червоподібного відростка. Показанням до накладання апендикостоми є деструктивний процес основи червоподібного відростка та інфільтрація стінки купола сліпої кишки.

## ВІКОВІ ТА СТАТЕВІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ

*М.М.Гресько*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

Для виявлення вікових і статевих відмінностей перебігу гострого апендициту нами проведено ретроспективний аналіз 1747 історій хвороб за останні 10 років. Встановлено, що в групі із 719 хворих на простий апендицит переважають жінки – 565 (78,4%); у групі із 796 хворих на флегмонозний апендицит також превалюють жінки – 454 (57%); у групі із 218 хворих на гангренозний апендицит і його ускладнення переважають чоловіки – 133 (61%). Така ж тенденція спостерігається у групі з 14 хворих на апендикулярний інфільтрат чоловіків – 9 (74,3%). Аналіз групи хворих з простим апендицитом виявив, що особливо велика кількість жінок (386, 53,7%) оперується у віці до

29 років. У віці 30-39 років жінок було 92 (12,8%), чоловіків – 35 (4,9%), 40-49 років: жінок – 42 (5,8%) (1 померла), чоловіків – 14 (1,9%), 50-59 років: жінок – 24 (3,3%), чоловіків – 11 (1,5%), 60-74 років: жінок – 18 (2,5%), чоловіків – 19 (2,6%), 75 – 89 років: жінок – 3 (0,4%), чоловіків – 3 (0,4%). Така ж закономірність спостерігається в групі хворих з флегмонозним апендицитом. Аналіз деяких аспектів діагностики і тактики лікування вказує на необхідність використання УЗД з метою зменшення оперативних втручань при вторинному апендициті, коли типові клінічні прояви завуальовані основним захворюванням, що має місце у жінок молодого віку.

## ПРИРОДНІ ДЕТОКСИКАНТИ В ПРАКТИЦІ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ ОПІКОВОГО І ТРАВМАТОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕНЬ

*В.В.Діордійчук*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

Перспектива медичної галузі пов'язана з удосконаленням та впровадженням у практику нових діагностично-лікувальних методів. Проблема лікування інтоксикацій остаточно не вирішена. В інтенсивній терапії розрізняють інтра- та екстракорпоральні методи детоксикації. Інтракорпоральна детоксикація – це прискорене виведення токсинів з організму природними шляхами. Методи детоксикації рослинними поліфенолами у хворих багатопрофільних відділень є новим та перспективним напрямком лікування. Цінна особливість поліфенолів зумовлена широтою їх терапевтичної дії. Вони вирізняються відносно швидким метаболізмом, що забезпечує низьку токсичність, відсутністю побічної дії. Ці біологічно активні речовини зупиняють або сприяють зворотному розвитку патологічного процесу. Серед біологічно активних речовин, які синтезуються та накопичуються в рослинах, відомі такі класи сполук, як алкалоїди, терпеноїди, фенольні сполуки, їх глікозиди, полісахариди. Їм належить основна частка в лікарських детоксикаційних засобах. Мета дослідження. Вивчити дезінтоксикаційний ефект поліфенольних лікарських засобів у пацієнтів відділень хірургічного профілю з інтоксикацією різного генезу. Дослідження проводили на двох групах хворих чоловічої статі (по 10 осіб у кожній) опікового і травматологічного відділень. Обсте-

жені хворі з опіками тяжкого та середнього ступенів, тривало незагоюваними ранами, норичами, пролежнями за умов стандартизації тяжкості ендотоксикозу. Хворим дослідної групи одночасно з основною терапією (антибіотики, інфузійні розчини, вітаміни) застосовували у різних формах спеціальні дезінтоксикаційні збори: ентерально – настої зборів по 300 мл при температурі 60°C, аплікації, пластири. Контрольна група хворих отримувала звичайну стандартну терапію. Ступінь ендотоксикозу вивчали за визначенням середніх молекул, залишкового азоту, парамеційного тесту. Із медикаментозних засобів у хворих з опіками та посттравматичними тривало незагоюваними ранами використовували спеціальні детоксикаційні поліфенольні збори для ентерального введення, основою яких були звіробій продірявлений, девясил, калган, чорнокорінь лікарський, листя чорної смородини, келп. Місцево призначали кору дуба, алое, масло шипшини, обліпиху, пороховицю. Результати досліджень свідчать, що при тривалому призначенні комбінації форм поліфенольних зборів у хворих опікового та травматологічного відділень за клінічними ознаками, середніми молекулами, залишковим азотом, парамеційним тестом ступінь інтоксикації знижується на 15-25%. Отже, поліфеноли детоксикаційних зборів знижують ендотоксикоз і прискорюють загоєння ран. Метод інтракорпоральної детоксикації рослинними поліфенолами ефективний у поєднанні з традиційним лікуванням у хворих опікового та травматологічного профілів. Поліфенольні збори як природні детоксикаційні засоби потребують подальшого вивчення та впровадження у практику інтракорпоральної детоксикації.

## СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ В ХІРУРГІЇ ПРИРОДЖЕНОГО ПІЛОРОСТЕНОЗУ

*А.Й.Заволович*

*Буковинський державний медичний університет,  
м. Чернівці*

За даними літератури, частота природженого пілоростенозу становить 0,4-0,95% або 0,6-6,8 випадків на 1000 новонароджених. Шлунково-кишкова непрохідність у дітей, викликана природженим пілоростенозом, за частотою посідає друге місце після інвагінації кишечника і перше місце з-поміж непрохідності природженого генезу. Незважаючи на досягнуті останнім часом певні успіхи в лікуванні цього виду непрохідності, часто-

та летальних наслідків становить 1-3,9%. Важливість проблеми ще полягає в тому, що з часом природжений пілоростеноз призводить до ішемії та склерозу гастродуоденального переходу. Хоча своєчасне хірургічне лікування забезпечує позитивний ефект, інколи в дітей старшого віку можливе порушення функції органів травлення, а ставши дорослими, вони частіше хворіють на гастродуоденіт та виразкову хворобу. Розлади функції ворота після традиційної пілороміотомії за методом Фреде-Вебера-Рамштедта зумовлені тривалим регресом гіпертрофії ворота та незворотними змінами в його м'язовому апараті. Частота ускладнень після хірургічного лікування становить 7,6%. Частіше виникають ускладнення, зумовлені власне хірургічним втручанням (перфорація слизової оболонки), рідше – рецидив пілоростенозу внаслідок неповного роз'єднання м'язового шару та спазм ворота. Окрім названих, трапляються ще такі ускладнення пілороміотомії: 1) больовий синдром; 2) синдром відригування; 3) парез шлунка і кишечника; 4) диспептичні явища. Післяопераційна смертність становить 1,3%. Все це спонукає дослідників до розроблення досконалішої лікувальної тактики у дітей, хворих на природжений пілоростеноз. Нині у практику дитячої хірургії впроваджуються нові лікувальні прийоми – лапароскопічна пілороміотомія, подвійна пілороміотомія, балонна дилатація, лапароскопічна пілороміотомія з фіброгастроскопічною підтримкою, що в свою чергу потребує поглиблених анатомічних та гістотопографічних досліджень гастродуоденального переходу в ранньому періоді онтогенезу людини.

## ВИБІР МЕТОДУ ГЕРНІОПЛАСТИКИ З ПРИВОДУ РЕЦИДИВНИХ ЗАЩЕМЛЕНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ

*О.І.Іващук, Р.П.Кнут, П.М.Волянчук*

*Буковинський державний медичний університет,  
м. Чернівці*

Атрофічні зміни м'язів, великі розміри грижових воріт та маніпуляції на рубцево-змінених тканинах утруднюють виконання оперативних втручань при рецидивних защемлених грижах (РЗГ) передньої черевної стінки. Використання методик пластики РЗГ власними тканинами не дає очікуваних результатів, оскільки створений натяг призводить до посилення ішемії тканин у ділянці пластики, що в свою чергу сприяє розвитку запаль-

них і деструктивних змін в ранньому післяопераційному періоді і виникненню рецидивів. Використання алотрансплантатів добре зарекомендувало себе в хірургії неускладнених гриж, однак питання про їх застосування в невідкладній герніології на даний час дискусійне, оскільки немає чітких показань до їх імплантації залежно від розміру грижі, тривалості защемлення, стану прилеглих тканин та защемленого органа. Проаналізовано результати лікування 40 хворих з РЗГ передньої черевної стінки. Контрольній групі (20 хворих) пластику РЗГ виконано власними тканинами. Основній групі (20 хворих) виконано пластику грижових воріт з використанням техніки „tension free”. Вік пацієнтів в обох групах становив від 23 до 81 року, середній вік –  $52,0 \pm 16,25$  років. Середня тривалість защемлення у пацієнтів контрольної групи –  $12,6 \pm 5,8$  год., основної групи –  $14,15 \pm 7,76$  год. Мікробіологічні дослідження грижової рідини виявили поступовий ріст умовно патогенної та патогенної мікрофлори. Починаючи з 12 год., відмічається різкий ріст показників мікробного забруднення. Основними збудниками були ешерихії, стафілококи, стрептококи та бактероїди. З 18 год. защемлення спостерігається значна мікробна контамінація навкологрижових тканин. Показники мікробного забруднення через 24 год. після защемлення в окремих випадках перевищували  $2,3 \text{ lg КУО/г}$ , а через 48 год. –  $3,5 \pm 0,05 \text{ lg КУО/г}$ . Збільшення грижових воріт та дефіцит тканин внаслідок видалення рубцевих тканин, а також атрофія м'язів передньої черевної стінки були додатковими факторами, що обумовлювали потребу в імплантації алотрансплантата. До особливостей оперативних втручань можна віднести труднощі при виконанні пластики вмістища алотрансплантата, резекцію некротизованого пасма великого сальника чи петлі тонкої кишки, додаткове дренивання при надто великих розмірах грижових воріт, тривале збереження дренажів та гумових випускників, а також проведення адекватної антибактеріальної терапії. У ранньому післяопераційному періоді у хворих контрольної групи спостерігалися такі ускладнення: нагноєння післяопераційної рани – у 10% хворих, гематома – 10%, серома – 5%, евентерація – 5%. В основній групі хворих в 10% випадків спостерігалася утворення сером, 5% – гематом, 5% – нагноєння післяопераційної рани. У одного хворого видалили алотрансплантат під час релапаротомії з приводу неспроможності кишкового

анастомозу. Отже, застосування алотрансплантатів у хірургічному лікуванні рецидивних защемлених гриж передньої черевної стінки дозволяє ефективно провести пластику грижових воріт, не збільшуючи частоту ускладнень в ранньому післяопераційному періоді.

## PANCREATIC DYSFUNCTION MARKS ALL CASES OF ABDOMINAL SEPSIS

*F.G.Kulachek, R.I.Sydorchuk, P.D.Fomin, L.P.Sydorchuk, I.I.Sydorchuk, R.P.Knut, M.V.Dyki*

*Bucovinian State Medical University, Chernivtsi*

INTRODUCTION. Abdominal sepsis (AS) is leading in terms of diagnostic, prophylactic, treatment complexity and mortality amongst the most spread surgical diseases associated with the digestive system. While the multiple organ dysfunction/failure syndrome (MODS), including pancreatic injury became even more significant for prognosis and treatment outcome, the role of messenger/regulatory and metabolic changes under AS grew. Aim & methods. The aim of the study was to reveal changes of the pancreatic endocrine function under AS we assessed the Insulin/glucose profile dynamically, using Toshiba® labsys in 52 AS patients (aged  $41.93 \pm 3.47$ ). Systemic inflammatory response syndrome (SIRS) was a major criterion for AS diagnosis. All the patients were divided accordingly into SIRS-2 (2 SIRS symptoms) – group 1, SIRS-3 (3 SIRS symptoms) – group 2, and SIRS-4 (4 SIRS symptoms heavy sepsis) – 3rd group. 17 patient without abdominal pathology formed control group. Hyperglycemia of different levels associated with insulin-production changes marks all AS cases. Statistically reliable ( $0.001 < p < 0.05$ ) glucose levels in AS groups dominated over control figures. It's clear that AS is accompanied by pancreatic dysfunction following carbohydrates metabolism disorders, though only in 7 (13.46%) pancreatitis was a primary cause of AS.

## ЗАСТОСУВАННЯ ДОПЛЕРІВСЬКОЇ УЛЬТРАСОНОГРАФІЇ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ СТЕГНОВОЇ ГРИЖІ

*С.Р.Микитюк, Л.П.Брико*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, Хмельницька обласна лікарня*

Застосована методика дуплексного ультразвукової сканування (ДУС) м'яких тканин пахвинної ділянки. За наявності стегнової грижі (СГ) визначали розміри грижового мішка (ГМ), його

вміст, локалізацію гризових воріт. Прицільне дослідження анатомічних та патологічних структур пахвинної ділянки дозволяє визначити її будову, оцінити анатомічні взаємовідношення, що може суттєво вплинути на вибір тактики і плану оперативного втручання, вибір методу герніопластики. Використано ультразвуковий апарат „SONOLINE Versa Pro” („Siemens”). Лінійний (7,5 МГц) і конвексний (3,5 МГц) датчики прикладали робочою поверхнею до шкіри дещо нижче та паралельно пахвинній зв’язці (ПЗ). За період 2001-2005 рр. ДУС застосовано у 207 випадках патології в пахвинній ділянці. Серед них 72 (56 жінок, 16 чоловіків) хворих мали СГ, 108 (32 жінки, 76 чоловіків) хворих – пахвинну грижу. Вік хворих становив від 15 до 90 (62±15) років. Защемлена грижа була в 56 випадках. Існували певні труднощі для діагностики, особливо у повних пацієнтів, при малих розмірах грижі, при поєднаних грижах і в разі її самостійного вправлення. У частини пацієнтів (26) діагноз грижі за допомогою ДУС був виключений. Сумніви виникали у випадках діагностики гострого пахвинного лімфаденіту, кістозних утворень круглої зв’язки матки, сім’яного канатика, передньої поверхні стегна нижче ПЗ, ліпом, метастазів раку в пахвинні лімфатичні вузли, лімфосаркоми стегна та варикозного розширення великої підшкірної вени. У частини цих хворих сонографічні дані тотожні інтраопераційним результатам. За наявності СГ, її ворота візуалізуються у вигляді круглого чи овального дефекту нижче ПЗ в проміжку між лобковим горбиком і стегною веною. ГМ простежується як вище, так і нижче ПЗ, що залежить від його розмірів та вмісту. Гризова чи асцитична рідина представлені ехонегативним прошарком по краю органа або може охоплювати всю порожнину ГМ. Скупчення гною (абсцес, флегмона ГМ) виглядає як ехонегативна рідина з численними ніжними ехосигналами. Наявність газу (повітря), що розтягує кишку в ГМ, дає акустичний ефект реверберації тіні у вигляді “хвоста комети”. При компресії ГМ датчиком газ і рідина стискаються або зміщуються, покращується візуалізація глибших структур. Петля кишки в ГМ визначається комбінацією та співвідношенням рідини, газу і щільних мас (фекалій). При вільній СГ кишка порожня, спостерігається так званий “типовий вигляд слизової оболонки”. Стінка кишки виглядає гіпоехогенною, а просвіт – ехогенним, на поперечному зрізі кишки має вигляд „мішені”. Киш-

ка з рідиною і численними клапанними перетинками може мати вигляд „драбини”. Ліва половина товстої кишки містить щільні фекальні маси і гаустри, має вигляд порожнистого органа, що наче складається з окремих мішечків. Картина патології кишечника ґрунтується на виявленні розтягнення кишки рідиною чи потовщенні її стінки, брижі, що сонографічно має картину атипової мішені або псевдонирки. У худорлявих пацієнтів і особливо в повних пацієнтів досить рідко вдається виявити різні шари кишкової стінки. Вимагають особливої уваги випадки сонографічної візуалізації наповненої рідиною кишкової петлі в ГМ. Певне значення має перистальтика кишечника в ГМ. На защемлення вказує її відсутність. Сальник у ГМ представлений гіперехогенною структурою без ознак перистальтики. Отже, ультразвукове дуплексне сканування є простим, неінвазивним та інформативним методом діагностики стегнової грижі. Допплерівську ультрасонографію необхідно включити в алгоритм обстеження хворого на грижу пахвинної локалізації.

#### CELLULAR CHANGES IN ASSOCIATION WITH DEFENSE MECHANISMS IN INTRA-ABDOMINAL SEPSIS

*S.-A. Olsson\*, R.I. Sydorчук\*\*, C. Stael von Holstein\*, F.G. Kulachek\*\*, P.D. Fomin\*\*, L.P. Sydorчук\*\*, Chen Giu Xiang\**

*\*Second Surgical Department, Medical Faculty, Lund University, Hospital Angelholm-Helsingborg, Bukovina State Medical University and National State Medical University of Ukraine*

Despite progress, intra-abdominal sepsis is associated with a high morbidity and mortality rate. Although, much effort has been made in the basic research, there have not been any therapeutic applications as yet. The peritoneal defense system (innate and specific) represents the first local reaction to inflammation caused by bacterial invasion. It includes lymphatic absorption of bacteria, phagocytosis, entrenchment of inflammation and lymphocyte production (humoral and cellular immune). Also, the fibrin formation and degradation by intraperitoneal activation of coagulation and fibrinolysis play an important role in this local response. The endotoxin from Gram-negative or exotoxins from Gram-positive bacteria cause a release of proinflammatory cytokines (TNF-alpha, IL-1beta, IL-6) by macrophages. They act as mediators resulting in the initiation of systemic

inflammatory response syndrome (SIRS) at first and cellular damage with multiple organ dysfunction syndrome (MODS) ultimately. There are two different, but communicated, functional departments, i.e. peritoneal and systemic compromising the host inflammatory response to bacterial infection. Cytokine production occurs in both of them.

## ЕНТЕРОСОРБЦІЙНА ДЕТОКСИКАЦІЯ У ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ОПІКОВОЇ ХВОРОБИ

*Б.В.Петрюк, О.В.Ротар, В.В.Діордійчук*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

У патогенезі гострої опікової токсемії, що закономірно виникає при поширених і глибоких термічних ураженнях як другий період опікової хвороби, провідну роль відіграє синдром інтоксикації. Його важливою складовою є ендогенна інтоксикація, зумовлена кишковою мікрофлорою та токсичними метаболітами. Інфузійно-трансфузійна терапія не завжди дозволяє суттєво знизити рівень інтоксикації, екстракорпоральні методи детоксикації технічно складні. Нами було обстежено 37 хворих із термічними опіками III-IV ст. Хворим сновної групи (20; ІТУ  $65,2 \pm 6,3$  од.) у комплексі з іншими лікувальними засобами призначали ентеросгель з третьої доби по 15-20 г 3-4 рази на добу впродовж 7-14 діб. Групу порівняння становили 17 хворих (ІТУ  $64,7 \pm 7,1$  од.). Для вивчення ступеня інтоксикації визначали рівень молекул середньої маси (МСМ) та питому електропровідність сироватки (ПЕС) крові. Цитологічне дослідження ексудату опікових ран проводили методом мазків-відбитків. Брали до уваги дані клінічних спостережень за перебігом ранового процесу. Дослідження проводили на 1-3, 6-7, 13-14 та 19-21 доби після опіку. Встановлено, що при термічних опіках тяжкого та середнього ступеня тяжкості синдром інтоксикації присутній уже в перші 1-3 доби після ураження, на що вказували клінічні дані, а також підвищення рівня МСМ у 2,7 раза та зниження у 1,5 раза ПЕС крові. На 6-7 добу в 2 групі спостерігали підвищення рівня МСМ та зниження ПЕС відносно початкового рівня, що свідчить про наростання інтоксикації в стадії гострої опікової токсемії. У подальшому в цій групі спостерігали поступове і незначне зниження рівня МСМ та підвищення ПЕС. В 1 групі використання ентеросгелю не впливало на основні закономірності перебігу опікової хвороби,

проте призводило до зменшення клінічних проявів синдрому інтоксикації. На 6-7 та 13-14 доби після ураження, як правило, не спостерігалось підвищення рівня МСМ. Через два тижні цей показник виявився на 18,7% нижчим, ніж у групі порівняння. ПЕС крові в 1 групі була вищою, ніж у 2 групі, впродовж усього періоду спостереження. На 6-7 добу у мазках-відбитках із опікових ран хворих 1 групи виявлено зменшення числа дегенеративних клітин, зростання кількості фібробластів, нейтрофільних гранулоцитів (НГ), макрофагів, вищу їх фагоцитарну активність. У цей період у 2 групі було менше НГ і макрофагів, частіше виявлялося позаклітинно розміщена умовно-патогенна мікрофлора, фрагменти некротизованих тканин. Це вказує на недостатній рівень місцевих імунних реакцій у хворих 2 групи. З 13-14 доби в 1 групі поступово зменшується кількість НГ, що пояснюється завершенням некролітично-очисних процесів в опіковій рані. У групі порівняння число НГ не зменшувалося аж до 19-21 доби. У хворих із застосуванням ентеросгелю спостерігали лише незначне поглиблення опікових ран, епітелізація опіків IIIA ст. прискорилося на 3,2 доби, очищення ранової поверхні від некрозу – на 4,3 доби, підготовка гранулюючих ран до шкірної пластики у випадку глибоких уражень скоротилася на 12,4%, повнішим було приживлення трансплантатів. Отже, ентеросорбційна детоксикація ентеросгелем у гострому періоді опікової хвороби дозволяє зменшити рівень інтоксикації та покращити перебіг ранового процесу, сприяє епітелізації поверхневих опіків, запобігає їх поглибленню, прискорює очищення опікової поверхні від некрозу, скорочує підготовку гранулюючих ран до оперативного лікування, покращує приживлення трансплантатів, що забезпечує швидше відновлення ураженого шкірного покриву.

## КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ

*О.М.Плегуца*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

Проблема гострого деструктивного панкреатиту (ГДП) залишається однією з актуальних у сучасній хірургії. Відсутні достеменні клініко-лабораторні й інструментальні критерії інфікування вогнищ панкреонекрозу й парапанкреатичної

клітковини, єдиний підхід до лікувальної тактики при ГДП. Мета дослідження. Визначити критерії інфікування вогнищ панкреонекрозу, підвищити ефективність лікування хворих на патогенетично обґрунтованим комплексом консервативних та оперативних заходів. Проаналізовані результати застосування розробленого способу роздільної санації черевної порожнини (ЧП) і вмістища підшлункової залози (ПЗ) з використанням сорбентів (біоінертні контейнери з некремнієвими сполуками “Сорбогель”) і комплексного лікування 22 хворих із гнійними ускладненнями ГДП (основна група). Контрольній групі (50 хворих) із гнійними ускладненнями проводили загальноприйняте комплексне лікування. Пацієнти обох груп зіставлені за характером і тяжкістю патологічного процесу, а також за віком і статтю. Стан хворих оцінювали за шкалою Ranson (1974), АРАСНЕ II (1985). Усім хворим проводили загальноклінічні й біохімічні обстеження крові. Визначали рівень глюкози крові, електроліти сироватки, показники коагулограми, концентрацію молекул середньої маси, мікробіологічні дослідження. На основі ретроспективного аналізу 100 історій хвороб пацієнтів з ГДП вважаємо, що факт інфікування вогнищ некрозу ПЗ можна встановити на основі комплексу непрямих ознак з відповідним “коефіцієнтом значимості”: тривалий перебіг, гіпертермія, нечіткість контурів ПЗ (при УЗД) розширення протоки ПЗ понад 5 мм, пальпаторно – інфільтрат у проекції ПЗ, лейкоцитоз із появою юних форм, збільшення лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ), зменшення індексу реактивності організму (ІРО) та імунологічної резистентності (ІР), зменшення рівня загального білка (альбумінів). Обґрунтованим вважаємо включення в комплекс консервативної терапії емпіричної антибактеріальної композиції, що охоплює весь спектр мікроорганізмів (комбінація напівсинтетичних пеніцилінів, фторхінолонів, цефалоспоринів і похідних метронідазолу – внутрішньовенно, ендопортально та ендолімфатично) разом з білковозамінною (розчини альбуміну, аміноплазмоль, плазма крові) та імунокоригувальною терапією (ербісол) і проведення оперативного втручання при прогресуванні поліорганної недостатності за розробленою методикою роздільної санації. Розроблений комплекс включає роздільне дренування ЧП і заочеревинного простору в межах ПЗ з безперервним лаважем 0,01%-ним водним розчином мірамістину з наступним локальним підве-

денням сорбогеля до ділянки ПЗ, що купірує явища ферментативного перитоніту з обмеженням поверхні всмоктування та локально дренажує ділянку ПЗ. Одночасно проводиться санація венозної крові кишечника завдяки реканалізації пупкової вени (плазмаферез, УФО крові). В результаті зменшується ЛІІ, нормалізується температура тіла, зменшуються прояви ендотоксикозу. Отримані дані статистично вірогідні. Отже, виявлення ознак інфікування вогнищ панкреонекрозу є показанням до хірургічного лікування хворих на ГДП. Застосування запропонованого комплексного підходу в лікуванні хворих на ГДП дозволяє знизити післяопераційну летальність, підвищити ефективність лікування таких хворих.

## ОМЕНТОПЕРИТОНЕОСОРБЦІЯ У ЛІКУВАННІ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ

*І.Ю.Полянський, О.Г.Харабара, В.В.Максим'юк, Я.В.Гирла*

*Буковинський державний медичний університет,  
м. Чернівці*

Гострому деструктивному панкреатитові (ГДП) належить провідне місце в невідкладній абдомінальній хірургії, а в хірургічних стаціонарах – третє місце після гострого апендициту та гострого холециститу. Спостерігається неухильне зростання захворюваності на гострий панкреатит, а також стабільність показників летальності при відносно високій частоті після некротичних ускладнень. Смертність при панкреонекрозі, особливо в стадії гнійно-септичних ускладнень, коливається від 20 до 85,7%. Лікування хворих з деструктивними формами панкреатиту залишається найбільш складною і трудомісткою проблемою в ургентній хірургії та інтенсивній терапії. Зміни у підшлунковій залозі при гострому її ураженні дуже різноманітні – від локальних до поширених уражень клітковини та заочеревинного простору. Одним із найтяжчих ускладнень ГДП є розвиток перитоніту, який суттєво змінює характер захворювання, його перебіг, сприяє розвитку поліорганної недостатності, а також є одним з основних показань до оперативного лікування. Лапаротомію як доступ для санації черевної порожнини та вогнищ деструкції бажано застосовувати при розвитку перитоніту, а також у другій фазі гострого панкреатиту, як правило, через 13-15 днів від початку захворювання, тільки при утворенні чітких гнійно-некротичних вогнищ.

Розтин черевної порожнини і ревізію панкреато-дуоденальної ділянки в таких ситуаціях завершують бурсооментостомією і, при необхідності, ретроперитонеостомією. Нами впроваджений метод локальної перитонеосорбції, спрямований на ліквідацію гнійно-некротичного процесу в підшлунковій залозі, активну елімінацію і знешкодження активованих ферментів та мікроорганізмів, які при ГДП містяться в її некротизованих тканинах та перитонеальному ексудаті. Суть методу полягає в тому, що наприкінці оперативного втручання, після некр- та секвестрэктомії, санації сальникової сумки та її дренивання, виконують марсупіалізацію сальникової сумки, після чого на передню поверхню підшлункової залози встановлюють пористий біоінертний контейнер, що містить сорбент з антиферментними та антибактеріальними властивостями. Для надання сорбенту антиферментних та антибактеріальних властивостей на його поверхні за розробленою методикою іммобілізують інгібітор протеолітичних ферментів та поверхнево активний антисептик широкого спектру дії. У післяопераційному періоді кожні 24 год. замінюють контейнер із сорбентом. Термін використання оментоперитонеосорбції залежать від проявів гнійно-деструктивного процесу в підшлунковій залозі. Нами проведено експериментальні (28 білих щурів) та клінічні (6 хворих) дослідження ефективності запропонованого способу лікування ГДП. Виявлено вірогідне зниження ферментативної активності та рівня бактеріального забруднення тканин підшлункової залози і перитонеального ексудату. Це дає змогу запобігти прогресуванню гнійно-деструктивного процесу в підшлунковій залозі, досягнути швидшої його ліквідації, знизити всмоктування ферментів і токсинів, зменшити прояви ендотоксикозу та ферментемії.

### **ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА У ПАЦІЄНТОК, ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ПРИДАТКІВ МАТКИ**

**С.П.Польова**

*Буковинський державний медичний університет,  
м. Чернівці*

У сучасних умовах виявлено зростання частоти туберкульозного ураження геніталій у жінок репродуктивного віку. Питома частка туберкульозу жіночих статевих органів серед хворих із запальними захворюваннями геніталій становить від 10 до 15%, а серед жінок з безплідністю – 15-25%.

Тому проблема своєчасної діагностики і лікування туберкульозу геніталій залишається актуальною. У пацієнток з генітальним туберкульозом часто відсутні клінічні прояви туберкульозного ураження придатків, особливо на ранніх стадіях розвитку процесу, симптоми та перебіг захворювання часто замасковані, помилково діагностуються як неспецифічний запальний процес і тому це призводить до несвоєчасного виявлення випадків генітального туберкульозу та неефективного його лікування у пацієнток фертильного віку. Найчастіше туберкульозом уражуються маткові труби (туберкульозний сальпінгіт), значно рідше – яєчники (туберкульозний оофорит). Виділяють ексудативну, продуктивну і казеозну форми специфічного ураження придатків матки, проте частіше трапляється ексудативно-проліферативна форма туберкульозних сальпінгітів. Патогенетичне консервативне лікування туберкульозу геніталій не завжди дає бажаний результат і тому часто доповнюється хірургічним втручанням. На основі власного досвіду та літературних даних ми використовуємо у молодих жінок із туберкульозом геніталій діагностичну та оперативну лапароскопію, яка забезпечує візуальний огляд органів малого таза і черевної порожнини, виконання прицільної тканинної та аспіраційної біопсії з наступним бактеріологічним та гістологічним дослідженням матеріалу. У сучасних умовах теоретично обґрунтованим та практично виправданим є принцип раннього хірургічного лікування туберкульозного ураження придатків матки. У жінок репродуктивного віку при мікробогнищевих ураженнях придатків матки перевагу віддаємо лапароскопічним органозберігальним оперативним втручанням. Особливо стосовно яєчників, оскільки паренхіма останніх рідко піддається туберкульозному ураженню. Маткові труби під час лапароскопії підлягають переважно адгезіолілізу, сальпінгонеостомії та сальпінгооваріолілізу. Під час лапароскопічного втручання проводимо всім пацієнткам гідрохромосальпінгоскопію з метою діагностики прохідності маткової труби. Ретельно оглядаємо не тільки жіночі статеві органи, але й лімфатичні вузли бриж кишечника, парістальної і вісцеральної очеревини, оскільки у 93% випадків туберкульоз геніталій має вторинне походження. Радикально проводимо оперативне втручання при спайкових післятуберкульозних змінах маткових труб за згодою пацієнтки, що супроводжується стійким больовим симптомом

та трубною безплідністю, особливо коли пацієнтка готується до програми екстракорпорального запліднення. Радикальні операції на придатках матки показані також жінкам після 45 років з приводу активних туберкульозних змін після тривалої специфічної терапії та казеозних уражень придатків (переважно маткових труб). У молодих пацієнток при виражених склеротичних змінах у маткових трубах та їх непрохідності лапароскопічні операції не ефективні, а спайковий процес III-IV ступеня між органами малого таза є показанням до лапаротомічного втручання або консервативного медикаментозного лікування. Раннє хірургічне лікування туберкульозу придатків матки при окремих формах різноманітних локалізацій дозволяє скоротити термін консервативного лікування у 2-3 рази. Після оперативних втручань у пацієнток з туберкульозним ураженням придатків матки подальше лікування ми проводимо залежно від стану специфічного процесу до моменту операції, виду її радикальності але не менше 3-6 міс. Лапароскопію застосовуємо повторно для оцінки ефективності лікування туберкульозного процесу маткових труб і яєчників, особливо у пацієнток з безплідністю. Отже, підхід до хірургічного лікування пацієнток з туберкульозним ураженням придатків залежить від віку пацієнтки, тривалості туберкульозного ураження, поширення і форми туберкульозного процесу, тривалості специфічної антибактеріальної терапії до хірургічного втручання.

## ВАРІАНТИ ЗАХИСТУ ТОВСТОКИШКОВИХ АНАСТОМОЗІВ

*Р.В.Сенютович*

*Буковинський державний медичний університет,  
м. Чернівці*

Анатомічними передумовами можливої неспроможності товстокишкових анастомозів є внутрішнє абдомінальне ожиріння, що здебільшого супроводжується вузьким просвітом кишки та нечіткою ідентифікацією брижових судин (розсипна будова). Хірургічно-анатомічними передумовами неспроможності є проростання пухлин у прилеглі органи, стінки живота, метастази в брижі з необхідністю її широкої резекції і неможливість достатнього випорожнення із-за стенозування пухлиною. Біологічними передумовами є старий вік, анемія, цукровий діабет, поєднана патологія. Нами розроблені і застосовані в клініці такі мето-

ди захисту товстокишкових анастомозів при злоякісних новоутворах. 1. Укриття лівобічних товстокишкових анастомозів очеревинно-фасціальним листком. Особливістю методу є медіальне зміщення сечовода і яєчкових судин і пришивання клаптя до клубово-поперекового м'язу. 2. Виведення поперечних товстокишкових анастомозів у рану передньої черевної стінки. У ділянці сформованого анастомозу робимо окремих розріз передньої черевної стінки. Можливе виведення анастомозу в серединну рану. Позаду анастомозу з'єднуються очеревинно-фасціальні листки, спереду – шкірні клапті з підшкірною клітковиною. 3. Анастомоз-коlostома – формується при „випадковому” виявленні калових мас у привідній кишці при з'єднанні задніх стінок. Анастомоз формується на 2/3 просвіту кишки і виводиться підшкірно. Нез'єднані передні стінки привідної та відвідної кишок з'єднуються з краями шкіри. 4. Анастомоз “бік у кінець”. Анастомозована привідна кишка виводиться як коlostома у вигляді хоботка. 5. Цекостома. Трубчаста стома не дає надійного захисту, тому виводимо купол кишки з площадкою в 3-4 см у діаметрі з негайним розкриттям стоми. За останні 5 років частота неспроможності товстокишкових анастомозів зменшилася з 12 до 6%. Жодний летальний випадок не зумовлений неспроможністю анастомозів.

## НОВИЙ МЕТОД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ ВУЛЬВИ

*Р.В.Сенютович, В.П.Унгурян*

*Буковинський державний медичний університет,  
м. Чернівці*

Оперативне лікування раку вульви в 30-40% ускладнюється нагноєнням і розходженням країв рани, утворенням грубих рубців та набряком кінцівок у результаті видалення пахвинних лімфатичних вузлів. Проаналізовані результати лікування раку вульви у 34 хворих, оперованих у Чернівцькому обласному онкодиспансері в 2000-2005 роках. У 11 хворих застосований розроблений нами метод оперативного втручання. Хвора знаходиться на операційному столі із зігнутими нижніми кінцівками в кульшових і колінних суглобах під кутом 30°. Втручання починають з операції Дюкена. Пахвинну лімфоаденектомію виконують з поздовжнього розрізу. Відсепаровану клітковину з лімфовузлами зміщують до великих соро-

мітних губ і видаляють разом з анатомічними елементами вульви. Відсікають великі і малі соромітні губи з прилеглими тканинами електроножем. Поетапно накладають шви на піхву і шкіру стегон. Вульвектомію починають з промежिनної частини. Неуражені частини вульви відсікають в анатомічних межах. У ділянці ураження відстань від пухлини до лінії відсікання становить 5 см. Пахвинні рани дрениують системою Редона протягом 7 днів, далі в рани вводять гумові рукавичні дренажі (лімфа виділяється в пов'язку). Відсепаровану шкіру стегон фіксують до фасції наскрізними швами. Доопераційну променеву терапію заміняємо електрохіміотерапією, яку продовжуємо в післяопераційному періоді (на рубець). Розроблена методика знизилася частоту нагноєнь рани майже в 4 рази, функціональні результати задовільні у всіх 11 пацієнток. Рецидивів хвороби не спостерігали.

## ПОМИЛКИ ТА ЕЛЕМЕНТИ РИЗИКУ ПРИ ФОРМУВАННІ ЕЗОФАГОЄЮНОАНАСТОМОЗІВ

*Р.В.Сенютович, В.П.Унгурян*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

Проаналізовано причини неспроможності 9 езофагоєюноанастомозів після гастректомії, виконаних в онкологічній клініці БДМУ в 1995-2005 роках. Застосовували такі методи езофагоєюностомій: Гіляровича – 69 (неспроможність у 5 випадках); Бондаря – 51 (неспроможність – 3); Ру – 12 (неспроможність – 0); інші ручні методи – 4 (неспроможність – 0); апаратом ПКС – 7 (неспроможність – 1). В одному випадку проведена резекція ненадійно сформованого анастомозу за методом Бондаря і повторно накладено анастомоз за методом Ру. Основними технічними недоліками, які призводять до неспроможності анастомозів, були: 1) неправильний вибір анастомозу; 2) створення вузької муфти при анастомозуванні за методом Бондаря; 3) непросування муфти аж до діафрагми, дуже коротка „площадка” передньої стінки стравоходу для накладання внутрішніх передніх наскрізних швів; 4) недостатня герметичність; 5) нехтування кутовими півкисетними швами при методиці Гіляровича; 6) нехтування потребою зшивання між собою привідної та відвідної петель при способі Гіляровича; 7) застосування технічно застарілих апаратів (ПКС), що формують однорядний

шов; 8) застосування травматичних хірургічних голок. Релапаротомія з приводу неспроможності проведена одній хворій на 3 день. Після розвитку неспроможності анастомозів померло 8 із 9 хворих. Факторами, які сприяли появі неспроможності, були гострий некротичний панкреатит (1) та піддіафрагмальний абсцес (1). Для покращання результатів оперативних втручань необхідна стандартизація езофагоєюностомій та застосування сучасних зшивальних апаратів (Ethicon).

## AMINOTRANFERASE ACTIVITY UNDER ABDOMINAL SEPSIS: IMPACT ON LIVER AND MULTIPLE ORGAN DYSFUNCTION SYNDROME

*R.I.Sydorchuk<sup>1</sup>, F.G.Kulachek<sup>1</sup>, P.D.Fomin<sup>2</sup>, S.Д.Оlsson<sup>3</sup>, L.P.Sydorchuk<sup>1</sup>, I.I.Sydorchuk<sup>1</sup>, R.P.Knut<sup>1</sup>, M.V.Dykyu<sup>1</sup>*

*Bukovinian State Medical University, National State Medical University named after O.O.Bohomolets, Kyiv (Ukraine),<sup>2</sup> Hospital of Dugelholm-Helsingborg (Sweden)<sup>3</sup>.*

Background/aim: Abdominal sepsis (AS) is leading in terms of diagnostic, prophylactics, treatment complexity, and mortality amongst the most spread surgical diseases in elderly patients associated with the digestive system. While the multiple organ dysfunction/failure syndrome (MODS), including hepatic insufficiency became even more significant for prognosis and treatment outcome, the role of messenger/regulatory and metabolic changes under AS is growing. The aim of the study was to reveal changes of systemic aminotransferases activity under AS. Methods: we assessed Alaninaminotransferase [KF 2.6.1.2] (ALT) and aspartataminotransferase [KF 2.6.1.1] (AST) activity dynamically, using Kone®-Ultra system (U/I) in 52 AS patients (aged 41.93±3.47). Systemic inflammatory response syndrome (SIRS) associated with abdominal infection was a major criterion for AS diagnosis (R.C. Bone, 1996). All patients were divided accordingly into SIRS-2 (2 SIRS symptoms) – group 1, SIRS-3 (3 SIRS symptoms) – 2<sup>nd</sup>, and SIRS-4 (4 SIRS symptoms, heavy sepsis) – 3<sup>rd</sup> group. 17 patients without abdominal pathology formed a control group. Results/discussion: The correlative analysis showed the following: AST and ALT levels correlation in respective groups was 0.26 (control), 0.943 (1<sup>st</sup> group), -0.14 (2<sup>nd</sup> group) and 0.30 (3<sup>rd</sup> group). Conclusion: There is no doubt concerning the development of hepatic dysfunction under AS. Although clinically expressed dysfunction/insufficiency was relatively

rare (only 21.15%), this study shows that hepatic cytolysis syndrome under AS develops much earlier than clinical signs or laboratory marks occur. The results lower than in 1<sup>st</sup> group found in the 3<sup>rd</sup> group during several periods may be associated with stimulated proteolysis activity mimicking less significant liver injury.

## **SURGICAL TREATMENT OF MASSIVE HIATAL HERNIAS**

**Renata Tabola, Zdislaw Wajda, Justyna Kostro, Jerzy Jankau**

*Medical University of Gdansk, Poland*

Between 1999 and 2005 at the Department of Gastrointestinal and General Surgery of the University of Medicine in Gdansk we performed 5 operations on 5 patients with massive esophageal hiatus herniation of type III, in whom the entire or almost entire stomach resided in the chest. Repair was transabdominal in all the cases. We used our own method. At the first stage we brought back to the abdomen the content of the hernia, then we reconstructed the antireflux cardia system by: narrowing the esophageal hiatus backwards to the esophagus, creating respectively a long abdominal part of the esophagus, its stabilization in the abdominal cavity and reconstruction of acute Hiss angle by making anterior fundoplication with the stomach. In postoperative control radiological examinations we paid attention to functioning reconstructed in such way antireflux cardia system. We evaluated: the presence of the long abdominal portion of the esophagus, good patency of the gastroesophageal junction, the appearance of a gas bubble in the stomach, a lack of contrast reflux from stomach to the esophagus in patient's Trendelenburg position. In all the patients subjective complaints disappeared. We observe no reflux symptoms to the esophagus and the absence of hernia in radiological examinations. Because massive esophageal herniations are usually type III hernias, we think that reconstructing the antireflux cardia system is a very important element of the operation.

## **ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS IN ABDOMINAL SURGERY**

**Fomin P.D.<sup>1</sup>, Kulachek F.G.<sup>2</sup>, Sydoruk R.I.<sup>2</sup>, Nottingham J.R.<sup>3</sup>, Sydoruk L.P.<sup>2</sup>, Haddock S.K.<sup>4</sup>**

*National State Medical University of Ukraine<sup>1</sup>, Bukovinian State Medical University<sup>2</sup> (Ukraine), Richland Palmetto Memorial Hospital<sup>3</sup> (USA), University of South Carolina<sup>4</sup> (USA)*

Antibiotics used for prophylaxis should be active against the most likely infecting organism with relevant tissue penetration. Antibiotics may be applied topically, systemically or enterally. They should show a low toxicity, a low incidence of allergy, and should be involved in the selection of virulent organisms. The antibiotic should be administered ideally 30 minutes before incision in order to achieve a relevant tissue concentration. In operations lasting longer than three hours, a second dosage is recommended. There is no evidence to support a prolongation of antibiotic administration to 24 or 48 hours in most instances. A single dose is cheaper and does not increase the risk of the development of bacterial resistance. The most commonly administered drug in the United States is Cefazolin (Ancef, Kefzol). Gram-negative and anaerobic pathogens are likely to influence wound infections in operations of the alimentary tract or the hepatobiliary system and should be covered by antibiotic prophylaxis. Cefotetan, cefoxitin, ceftizoxime with or without metronidazole are possible options in these operations. Quinolones have been mentioned by some authors; however, there is no evidence to support the use of these compounds in antibiotic prophylaxis.

## **ABDOMINAL SEPSIS: EFFICACY OF PASSIVE IMMUNOTHERAPY**

**P.D.Fomin<sup>1</sup>, F.G.Kulachek<sup>2</sup>, R.I.Sydorchuk<sup>2</sup>, J.R.Nottingham<sup>3</sup>, L.P.Sydorchuk<sup>2</sup>, S.K.Haddock<sup>4</sup>**

*National State Medical University of Ukraine<sup>1</sup>, Bukovinian State Medical University<sup>2</sup> (Ukraine), Richland Palmetto Memorial Hospital<sup>3</sup> (SC, USA), University of South Carolina<sup>4</sup> (USA)*

Background. Due to immune disorders, playing a key role in the development of systemic inflammatory response syndrome (SIRS), passive immune therapy is considered to be a method of choice for abdominal sepsis (AS) patients. Existing remedies (specific hyper immune serum, specific antibodies and immunoglobulins) are expensive and require exact validation of pathogens. The aim of the study was to evaluate the efficacy of using the AS reconvalescent donors plasma for passive immunotherapy of AS. Method. The study was conducted both experimentally on 775 Wistar line rats and 38 inbred dogs. Totally 296 patients with AS were also involved into the study; 58 formed the control group; 26 patients were selected as reconvalescent donors of plasma. The serum concentrations (ELISA) of major anti-

bodies were determined against the most significant pathogens (*E.coli*, *Staphylococcus spp.*, *S.aureus*, *Bacteroides spp.*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa*). Results. Changes of serum antibodies concentrations were time dependent and fluctuating during the course of AS, forming the waveform curve. The most remarkable decreases were found during 24-72 hours of AS. Serum antibodies titres to main pathogens were slightly higher due to antibiotics and detoxication therapy. Operation itself, decreased titres from  $4.42 \pm 0.28$  to  $3.49 \pm 0.25$  (*E.coli*), from  $5.41 \pm 1.02$  to  $3.0 \pm 0.58$  (*P.aeruginosa*). Antistaphylococcal antibodies titres decreased from  $7.22 \pm 0.9$  before surgery to  $4.83 \pm 0.47$  after. Repeated operations altered the antibody concentrations even more significantly. The highest levels of antibodies were found in patients who underwent successful treatment of AS one to two months prior to the investigation. Their plasma was used in the treatment of AS patients. Intravenous administration of two-dose 100-200 ml of hyper immune plasma per day prevented following a decrease of the antibodies levels and in 98% of the cases increased them ( $21.39 \pm 1.47\%$ ). The cost of treatment was 15-37% lower if compared with traditional methods (the control group). Conclusion. There is an exact evidence of hyperimmune plasma using efficacy in patients with abdominal sepsis; it is more cost effective when compared with the traditional methods of immunotherapy.

### ЕФЕКТИВНІСТЬ РІЗНОМАНІТНИХ СПОСОБІВ ІНТУБАЦІЇ ТОНКОЇ КИШКИ З ПРИВОДУ ГОСТРОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

*В.О.Шапринський, Т.А.Кадошук, О.П.Феджага, С.І.Андросов, А.А.Луговий, О.В.Росохай, М.В.Мазур*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова*

Інтубація тонкої кишки (ІТК) є вискоефективним засобом боротьби з ентеральною недостатністю при гострій непрохідності кишки (ГНК). Інколи навіть часткова інтубація початкового відділу привідної петлі є досить ефективною. Однак результати її значною мірою залежать від адекватності визначення показань, своєчасного застосування, способу інтубації, використання череззондових лікувальних програм. Результати застосування ІТК під час першої операції та під час релапаротомії (РЛ) проаналізовано у 47 хво-

рих з ГНК, яких розподілили на дві відповідні групи. У 35 хворих першої групи до операції були гіршими такі показники: лейкоцитоз, сечовина, фібриноген "Б", етаноловий тест, АКТ на 10 хв. Після операції з ІТК у них показники покращилися. Знизилася тахікардія зі  $106,5 \pm 3,04$  до  $90,9 \pm 2,25$  уд/хв. У другій групі (12 хворих) після першої операції (ІТК у них виконали під час РЛ) спостерігається негативна динаміка таких показників: збільшилися лейкоцитоз, сечовина, креатинін, фібриноген, фібриноген "Б", етаноловий тест, АКТ; протромбіновий індекс знизився, а після релапаротомії з ІТК ці показники не погіршилися. У першій групі тривалість перебування в стаціонарі становила  $21,86 \pm 1,73$  ліжко-днів, а летальність –  $4,35 \pm 1,25\%$ , у другій групі ці показники відповідно становили  $31,86 \pm 3,02$  ліжко-днів та  $46,15 \pm 13,83\%$ . У хворих першої групи проведено порівняння ефективності різних способів ІТК: інтубацію через ілеостому, цекоостому, апендикостому та назоінтестинальну (НІ). Порівняння проводили окремо у хворих, яким інтубацію застосовували під час першої операції та під час РЛ, враховуючи, що результати лікування у них відрізнялися. Переваг якогось одного виду інтубації стосовно ефективності зниження показників інтоксикації не виявлено. Проте серед хворих, яким виконали ІТК під час першої операції, після операції з НІ не відбулося зниження тахікардії у перші два дні після операції, на відміну від решти відкритих способів ІТК. Частота післяопераційних ускладнень становила: у хворих з інтубацією через апендикостому –  $42,86 \pm 17,49\%$ , через цекоостому –  $36,36 \pm 13,89\%$ , ілеостому –  $50,0 \pm 12,91\%$ . Після НІ ускладнень не було, при цьому вірогідними були лише відмінності між хворими з НІ та рештою видами ІТК, а у хворих з ілеостоною частота ускладнень хоча й не відрізнялася від решти відкритих способів, однак у них спостерігалися найтяжчі ускладнення: крайова неспроможність швів стоми та евентрація. Тривалість лікування в стаціонарі при інтубації через апендикостому становила  $17,6 \pm 0,67$  ліжко-днів, цекоостому –  $24,88 \pm 3,81$ , ілеостому –  $29,1 \pm 3,32$ , НІ –  $16,88 \pm 1,1$ . За цим показником вірогідною була відмінність між хворими з НІ та рештою видів ІТК, між хворими з інтубацією через ілеостому та апендикостому. У хворих, яким інтубацію виконали під час релапаротомії, частота ускладнень становила: при інтубації через апендикостому –  $27,3 \pm 8,6\%$ , цекоостому –  $34,44 \pm 11,71\%$ , ілеостому

– 36,84±10,79%. У хворих з НПІ ускладнень не було, вірогідною також була відмінність між хворими з НПІ та рештою видів інкубації. У хворих з інтубацією через ілеостому спостерігалися найтяжчі ускладнення: відокремлення стоми від передньої черевної стінки, крайова неспроможність її швів, флегмона передньої черевної стінки, евентрація. У решти хворих нагноїлася серединна рана. Тривалість лікування в стаціонарі при інтубації через апендикостому була 29,5±1,06 ліжко-днів, цекостому – 36,4±7,63, ілеостому – 38,0±5,42, НПІ – 22,0±2,06. Вірогідною була відмінність між хворими з НПІ та рештою видів інкубації, між хворими з ілеостоמוю та апендикостоמוю. Отже, своєчасне застосування ІТК дозволяє значно покращити динаміку показників інтоксикації у хворих з ГНК, скоротити тривалість лікування в стаціонарі, досягти нижчої летальності. Перевагу доцільно надавати НПІ, а при наявності протипокань – інтубації через апендикочу цекостому.

## ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ЗОВНІШНИМИ КИШКОВИМИ НОРИЦЯМИ

*В.О.Шапринський, А.А.Луговий, С.І.Андросов,  
В.В.Шапринський*

*Вінницький національний медичний університет  
ім. М.І.Пирогова*

Зовнішня кишкова нориця (ЗКН) – це патологічне сполучення просвіту кишки із зовнішнім середовищем. ЗКН здебільшого є ускладненням післяопераційного періоду в поєднанні з перитонітом, міжкишковими абсцесами та іншими гнійно-септичними ускладненнями. Причинами ЗКН можуть бути також давня ургентна патологія, непрохідність кишки, деструктивний панкреатит, травми. Лікування ЗКН до цього часу залишається складним питанням абдомінальної хірургії, особливо у хворих з несформованими високими тонкокишковими норицями і норицями „через порожнину”. Летальність при цій патології становить 15-36%. Нами проаналізовані результати лікування 82 хворих із ЗКН віком 36-76 років, які лікувалися в клініці хірургії медичного факультету № 2 Вінницького медуніверситету. Чоловіків було 49, жінок – 33. За локалізацією і частотою ЗКН розподілилися так: дванадцятипалої кишки – 3, порожньої – 8, клубової – 24, сліпої – 14, висхідної ободової – 2, поперечної ободової – 9, сигмоподібної ободової – 20, прямої – 2. Тонкокиш-

кових нориць було 35, товстокишкових – 43, поєднання тонко- і товстокишкової нориць виявлено в 4 випадках. Причини утворення ЗКН: післяопераційні – 52, захворювання запального походження – 21, пролежні від дренажів, тампонів – 4, травми – 3, злоякісні новоутворення – 2. З моменту захворювання, травми, оперативних втручань ЗКН відкривалися впродовж 5-10 діб. За нашими даними, біля 80% всіх хворих – це жителі сільської місцевості. Ми виділяємо такі методи лікування ЗКН: 1) місцеве, яке включає лікування рани, профілактика агресивної дії на шкіру і прилеглі тканини кишкового вмісту; 2) зменшення або припинення виділень з кишки, зокрема за допомогою обтураторів (перевагу віддаємо трубчастим); 3) загальне лікування, спрямоване на повноцінну корекцію гіповолемічних розладів, боротьбу з інфекцією та іншими ускладненнями; 4) оперативні методи усунення кишкової нориці. Адекватне харчування поряд з фармакологічною терапією і хірургічним втручанням є обов'язковою умовою успішного лікування пацієнтів. Нині доступні високоякісні спеціалізовані штучні харчові суміші (ІНПТИ, NESTLE), які здатні повноцінно замінити харчовий раціон тяжкохворих. Із 39 хворих з тонкокишковими норицями у 4 було поєднання з товстокишковими норицями. Під дією консервативної терапії самостійно загоїлося 7 нориць. Решта хворих (32) прооперовані після відповідної підготовки. З них у 11 з високими несформованими норицями першим етапом виключали нориці. Померли 4 хворих (36,3%). В інших 20 хворих після повного формування губоподібної нориці виконані радикальні внутрішньоочеревинні та позаочеревинні операції із задовільними наслідками. Із 43 хворих з товстокишковими норицями у 10 вони загоїлися самостійно, у решти виконані радикальні позаочеревинні і внутрішньоочеревинні операції, з яких один хворий помер. Причина смерті: неспроможність швів, перитоніт, гнійні ускладнення, тромбоемболія легеневої артерії. Отже, найтяжча категорія хворих – це пацієнти з високими несформованими тонкокишковими норицями, ускладненими перитонітом. Тому лікування у них потрібно спрямовувати в першу чергу на спасіння життя. Тільки комплексне лікування ЗКН з адекватною передопераційною підготовкою та вибором оптимальної методики закриття кишкової нориці дає позитивні результати.

### **ЗМІНА КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ПІД ВПЛИВОМ ГІПЕРБАРИЧНОЇ ОКСИГЕНАЦІЇ В ДІТЕЙ З РОЗЛИТИМ ГНІЙНИМ ПЕРИТОНІТОМ**

*Б.М.Боднар, І.І.Пастернак, Д.А.Трефаненко*  
*Буковинський державний медичний університет,*  
*м. Чернівці*

Проведений клініко-імунологічний моніторинг двох груп дітей з розлитим перитонітом, у комплексній терапії яких використали традиційні методики (контрольна група – 9 дітей) та гіпербаричну оксигенацію (основна група – 10 дітей). Вивчення імунологічного статусу проводили на 1-у й 14-у доби після операції за загальноприйнятими методиками. Аналізували стан гуморального й клітинного специфічного імунітету, неспецифічну резистентність організму. В обох групах

дітей у першу добу після операції має місце виражений імунодепресивний стан. Відзначається недостатність як клітинного й гуморального специфічного імунітету, так і неспецифічної реактивності організму. На 14-у добу післяопераційного періоду імунологічні показники в контрольній групі мають тенденцію до часткової нормалізації, зберігається імунодепресія, лімфопенія, низька концентрація Т-лімфоцитів, переважно за рахунок Т-хелперів, дефіцит резерву бактерицидної активності фагоцитуючих клітин. У дітей основної групи стан імунного статусу характеризується нормалізацією більшості показників. Концентрація лейкоцитів, лімфоцитів, у тому числі Т і В-лімфоцитів, не відрізняється від показників у здорових дітей. Активність фагоцитуючих клітин зростає, а резерв їхньої бактерицидної активності відновлюється.

## **Наукова конференція "Актуальні питання вікової анатомії та ембріотопогрифії"**

*відбудеться 12-13 травня 2006 року*

*на базі Буковинського державного медичного університету.*

*Тематика конференції:*

- 1. Пріоритетні напрямки вікової морфології.*
- 2. Теоретичні та клінічні аспекти ембріотопогрифії.*
- 3. Сучасні методи морфологічних досліджень.*
- 4. Проблеми викладання фундаментальних дисциплін у контексті Болонського процесу.*
- 5. Сторінки історії.*

*Адреса організатору: Ахтемійчук Ю.Т., Медуніверситет,*  
*пл. Театральна, 2, м. Чернівці, 58000*

*Тел.: (0372) 555561; (050) 5163293*

*Факс: (0372) 553754*