

2,0%), резекція сальника у 21 (8,2%), резекція кишки у 15 (5,8%), епіцистостомія у 8 (2,7%), колостомія у 5 (2,3%), нефрэктомія у 2 (0,7%), колекцистентомія у 1 (0,3%). Післяопераційні ускладнення були у 84 (24,5%), нагноєння ран у 46 (17,9%), рання опаячна непроходимость кишечника у 7 (2,7%), авентрація у 4 (1,5%), кишечний і панкреатический свищ по 1 (0,3%), тромбоемболія легочної артерії у 4 (1,5%). Післяопераційна летальність - 3,2%.

СЕЛЕКТИВНА МЕЗЕНТЕРИКОГРАФІЯ В КЛІНІЦІ ПЕРІТОНІТУ

Є. Л. Шальков

Кафедра хірургічних хвороб СумДУ

Мезентерикографія виконана у 48 хворих за методикою Сельдінгера-Едмана. Показниками були випадки абдомінальних захворювань з підозрою на обструкцію брижових судин та перитоніт, коли проводилась лікувальна інфузія в брижову артерію. Оцінювали стан регіонарної гемодинаміки по тривалості фаз кровотоку, діаметрах верхньої брижової артерії та воротньої вени, часу початку венозної фази. Лінійна швидкість кровотоку визначалась як частка від відношення довжини судин до часу, за який по ньому пройде контрастна речовина. Об'ємний кровотік визначувався за формулою $Arct\text{ган } Q = 0,06 \text{ лг}^2 \times l \setminus t$. Перитоніт характеризувався збільшенням тривалості артеріальної (на 70,1%) та венозної (в два рази) фаз кровотоку, зменшенням діаметру верхньої брижової артерії та воротньої вени. В реактивній стадії спостерігалось деяке збільшення судин. Артеріо-венозне шунтування підтверджувалось більш раннім початком венозної фази. Об'ємний кровотік по верхній брижовій артерії, після деякого збільшення в реактивній стадії, зменшувався в термінальній на 28,4%. В усіх стадіях фаза капілярного кровотоку

була більш вираженою (стає контрастною речовиною), що свідчило про порушення мікроциркуляції. Діагностичне значення мезентерикографії базувалося на таких ангиографічних ознаках: симптоми захворювань, які викликали перитоніт - "обрив" стовбура артерії при його обструкції, аваскулярні зони при странгуляції та хаотичність судинного малюнку при гострій непрохідності кишечника; симптоми функціонального характеру - збільшення тривалості фаз кровотоку, вазоконстрикція, зниження об'ємного кровотоку; симптоми перитоніту - гіперваскуляризація в зоні запалення, потовщення стінки кишечника та підсилення забарвлення тканин органів черевної порожнини на фоні пневматозу, "плямистість" рентгенологічного малюнку, артеріальний спазм. Ангіографічні ознаки перитоніту та симптоми функціонального походження посилюються і стають більш вираженими з прогресуванням захворювання. Таким чином, селективна мезентерикографія при перитоніті дозволяє виявити органічні та функціональні порушення в черевній порожнині, а також оцінити тяжкість та динаміку захворювання.

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Кононенко Н.Г., Кашенко Л.Г.,
Шальков Е.Л., Никонов А.А., Неустроев В.Н.,
Коцюба И.И., Курочкин А.В., Золотарев Н.Н.
Кафедра хирургических болезней СумГУ,
5 городская клиническая больница

Вопросы диагностики острых нарушений мезентериального кровообращения (ОНМК) изучены у 103 больных (45 мужчин и 58 женщин) в возрасте от 27 до 95 лет: до 60 лет - 17 чел. (16,5 %), старше 60 лет - 86 (83,5 %). ОНМК отмечены: в тонкой кишке - у 64 больных, в тонкой и толстой кишке - у 34 больных,