

та. На третю добу після видалення зуба при огляді операційної рани зафіксовано набряк із гіперемованими краями; у ямці видаленого зуба не виявлено кров'яного згустка, проте наявні серозно-кров'янисті виділення. Пацієнт скаржився на ниючий біль, що іррадіює у вухо та скроню. При наближенні до пацієнта відчувався неприємний запах із рота; індекс гігієни — 1,75 бала, проба Шиллера — Писарева — 3 бали, вміст лейкоцитів у ротовому змиві — 812,4 тис./мл ротового змиву й епітеліальних клітин — 30,7 тис./мл ротового змиву. Останні показники свідчать про виражене запалення в порожнині рота. У подальшому цього пацієнта виведено з досліджень на дану тему, йому були призначені антибіотики.

Отже, на підставі проведених досліджень зроблено висновки, що застосування в післяопераційному періоді антисептичних полоскань запобігає розвитку альвеоліту. Найвищий ефект отримано при полосканні рота сумішшю, що містить рослинні компоненти в комбінації з низькою концентрацією хлоргексидину, ніж тільки хлоргексидином високої концентрації. Це пояснюється тим, що полос-

кання, яке містить рослинні поліфеноли екстракту хвоща польового й виноградного насіння, окрім бактерицидної, має ранозагоювальну та протизапальну дію.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бычков А. И. Профилактика и лечение воспалительных осложнений, связанных с удалением нижнего третьего моляра при затрудненном прорезывании: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.21 / ЦНИИС. — М., 1993. — 22 с.
2. Bui C. H., Seldin E. B., Dodson T. B. Types, frequencies, and risk factors for complications after third molar extraction // J. Oral Maxillofac. Surg. — 2003. — Vol. 61. — N 2. — P. 1379-1389.
3. Filippi A. Wound healing and healing disorders after removal of third molars // Schweiz. Monatsschr. Zahnmed. — 2001. — Vol. 111, N 7. — P. 846-860.
4. Third molar extraction. Current trends / Pasqualini D., Erniani F., Coscia D. et al. // Minerva Stomatol. — 2002. — Vol. 51, N 10. — P. 411-424.
5. Попович Т. В. Осложнения после операции удаления зуба. Альвеолиты (случаи, диагностика, профилактика и лечение) // Стоматология. — 1990. — № 4. — С. 81-83.
6. Bohringer C., Poethe I. Postextraction syndrome and oral hygiene // Stomatol DDR. — 1986. — Vol. 36, N 12. — P. 705-707.
7. Risk factors associated with prolonged recovery and delayed healing after third molar surgery / C. Phillips, R. P. Jr. White, D. A. Shugars, X. Zhou

// J. Oral Maxillofac. Surg. — 2003. — Vol. 61, N 12. — P. 1436-1448.

8. Tjernberg A. Influence of oral hygiene measures on the development of alveolitis sicca dolorosa after surgical removal of mandibular third molars // Int. J. Oral Surg. — 1999. — Vol. 28, N 6. — P. 430-434.

9. Губин М. А., Харитонов Ю. М., Лунев Б. В. Антибактериальная терапия в амбулаторной хирургической стоматологии // Стоматология. — 1998. — Спецвып. — С. 18-19.

10. Bragger U., Schild U., Lang N. P. Effect of chlorhexidine (0.12 %) rinses on periodontal tissue healing after tooth extraction (II). Radiographic parameters // J. Clin. Periodontol. — 1994. — Vol. 21, N 6. — P. 422-430.

11. Rinsing with delmopinol 0.2 % and chlorhexidine 0.2 %: short-term effect on salivary microbiology, plaque, and gingivitis / Collaert B., Edwardsson S., Attstrom R. et al. // J. Periodontol. — 1999. — Vol. 70, N 7. — P. 618-625.

12. Растительные лекарственные средства / Под ред. Н. П. Максютинной. — К.: Здоров'я, 1985. — 276 с.

13. Мозговая Н. В., Терешина Т. П., Вареньева Н. О. Экспериментальное изучение нового антисептического состава для полости рта // Вестник стоматологии. — 2007. — № 4. — С. 142-143.

14. Сукманский О. И., Барабаш Р. Д., Березовская З. В. Метод дифференциальной оценки эмиграции лейкоцитов в полости рта // Патол. физиол. и эксперим. терапия. — 1980. — Вып. 5. — С. 76-77.

15. Иванов В. С. Заболевания пародонта. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Мед. информ. агентство, 1998. — 296 с.

УДК 616.366-089.87:616.381-072.1

С. О. Гешелін¹, М. А. Каштальян², М. В. Міщенко¹

КАРБОКСИПЕРИТОНЕУМ ЯК ПРИЧИНА КОНВЕРСІЇ ПРИ ВИКОНАННІ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

¹Одеський державний медичний університет,

²Військово-медичний клінічний центр Південного регіону, Одеса

Вступ

Карбоксиперитонеум забезпечує можливість лапароскопічної діагностики й хірургічних маніпуляцій у черевній порожнині. Об'єм порожнини між па-

рістальною очеревиною передньої черевної стінки й внутрішніх органів, достатній для вільних маніпуляцій, досягається при внутрішньочеревному тиску CO₂ 14–16 мм рт. ст. [4]. Подальше підвищення тиску приз-

водить до пригнічення рухів діафрагми, скорочення екскурсії легенів, порушення кровотоку по ворітній та порожній венах, розладу мікроциркуляції, тромбоемболічних ускладнень [3; 7–10]. В експерименті на сви-



нях доведено, що підвищення внутрішньочеревного тиску спричиняє зменшення серцевого викиду [6]. Синдром абдомінального компартменту з підвищенням тиску до 25 мм рт. ст. і вище призводить до катастрофи [1]. Однак тиск 14–16 мм рт. ст. при тривалості карбоксиперитонеуму понад 2 год також може бути фактором ризику розвитку ускладнень [5].

Матеріали та методи дослідження

Із 2001 по 2005 рр. нами виконано 2392 лапароскопічні холецистектомії з допомогою відеолапароскопічної апаратури фірми "Olympus". Карбоксиперитонеум накладали за допомогою голки Вереша і/або через гільзу троакара, доводячи внутрішньочеревний тиск до 10–12 мм рт. ст.

Результати дослідження та їх обговорення

У 58 пацієнтів довелося вдаватися до конверсії, причому в 5 хворих перехід до лапаротомії був зумовлений порушеннями дихання та кровообігу, пов'язаними з карбоксиперитонеумом (3 чоловіки і 2 жінки віком від 41 до 60 років). У 3 осіб відзначалася надмірна маса тіла. Компартмент-синдром у всіх хворих проявлявся слабким пульсом, падінням артеріального тиску нижче 70 мм рт. ст., акроціанозом, зменшенням сатурації крові. У 2 хворих ми намагалися продовжити операцію лапароскопічним доступом, знизивши внутрішньочеревний тиск до 5 мм рт. ст., при якому зберігаються можливості лапароскопічної ревізії й маніпуляцій [2]. Однак ні поворот на лівий бік, ні положення Фовлера при зниженому внутрішньочеревному тиску не забезпечили достатнього огляду й свободи дій. У всіх пацієнтів довелося евакуювати CO₂. Відразу ж після евакуації газу відновилися показники життєвих функцій, і холецистектомія була виконана відкритим доступом *per lapar-*

rotomiam без будь-яких технічних або анестезіологічних проблем і ускладнень.

Ці спостереження дають підстави висловити сумнів щодо коректності розповсюдженого визначення лапароскопічної холецистектомії як мініінвазивного й мінітравматичного «золотого стандарту» лікування холециститу. Інвазивність і травматичність визначаються не тільки обсягом механічних ушкоджень тканин. У наших 5 хворих вирішальну роль відіграли не морфологічні, а патофізіологічні порушення, зумовлені інсуфляцією газу й підвищенням внутрішньочеревного тиску, тому лапаротомія виявилася менш інвазивною і травматичною, ніж лапароскопічний доступ.

Ризик розвитку компартмент-синдрому, імовірно, вищий у пацієнтів похилого віку, а також в осіб із легеневою та серцево-судинною патологією й надмірною масою. Однак ускладнення карбоксиперитонеуму непередбачувані, і хірург має бути готовим до них, коли починає лапароскопічну операцію.

Висновки

1. Карбоксиперитонеум при внутрішньочеревному тиску 10–12 мм рт. ст. може призвести до життєво небезпечних порушень дихання й кровообігу.

2. З появою респіраторних і/або циркуляторних розладів потрібно негайно евакуювати вуглекислий газ із черевної порожнини без спроби виконати лапароскопічну операцію.

3. Після евакуації газу й нормалізації показників дихання та кровообігу операцію можна виконати *per laparotomiam*.

ЛІТЕРАТУРА

1. Богданов А. А. Синдром абдомінального компартмента // Хирург. — 2006. — № 9. — С. 1.
2. Способы проведения лапароскопической холецистэктомии при минимальном давлении пневмоперитонеума / Гололобов Ю. Н., Галимов О. В.,

Сендерович Е. И. и др. // Эндоскоп. хирургия. — 1998. — № 1. — С. 13.

3. Желчнокаменная болезнь / С. А. Дадвани, П. С. Ветшев, А. М. Шулуто, М. И. Прудков. — М.: Видар, 2000. — 139 с.

4. Экстренная хирургия желчных путей / Кондратенко П. Г., Васильев А. А., Элин А. Ф. и др. — Донецк: Лебедь, 2005. — 434 с.

5. Профилактика тромбоемболических осложнений при лапароскопической холецистэктомии / Стрекаловский В. П., Старков Ю. Г., Шишин К. В. и др. // Хирургия. — 2004. — № 2. — С. 48-52.

6. Intra-abdominal venous pressure during laparoscopic cholecystectomy / Iwase K., Takao T., Watanabe I. et al. // HPB Surg. — 1994. — N 1. — P. 1-5.

7. Lindenberg F., Bergquist D. Incidence of thromboembolic complication after laparoscopic cholecystectomy // Endosc. — 1997. — N 7. — P. 324-331.

8. The incidence of deep venous thrombosis after laparoscopic cholecystectomy / Patel M. I., Hardman D. T., Nickolis D. et al. // Med. J. Austr. — 1996. — Vol. 164, N 11. — P. 652-656.

9. Effect of increased intraabdominal pressure on cardiac output and tissue blood flow / Yavuz Y., Ronning K., Lyng O. et al. // Surg. Endoscop. — 2001. — Vol. 15, N 2. — P. 149-155.

10. The effects of pneumoperitoneum and patient position on hemodynamics during laparoscopic cholecystectomy / Zuckerman R., Gold M., Jankins P. et al. // Surg. Endoscop. — 2001. — Vol. 15, N 6. — P. 561-565.

