

Передовий досвід хірургічного лікування захворювань органів черевної порожнини

15-16 листопада 2012 року в м. Ірпені відбулася науково-практична конференція з міжнародною участю «Сучасні аспекти абдомінальної хірургії», присвячена 90-річчю заснування кафедри хірургії та проктології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. У рамках цього наукового заходу було детально розглянуто низку важливих питань невідкладної хірургії органів черевної порожнини, малоінвазивної та лапароскопічної хірургії, включаючи лапароскопічну хірургію гриж живота. З доповідями провідних вітчизняних та зарубіжних науковців пропонуємо ознайомитися нашим читачам.

Про історію кафедри хірургії та проктології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика розповів її керівник, доктор медичних наук, професор Ярослав Петрович Фелештинський.



Доповідач нагадав, що кафедру хірургії та проктології, а на той час просто кафедру хірургії було засновано 1922 року як першу кафедру хірургії Київського інституту удосконалення лікарів. Організатором та першим завідувачем кафедри став відомий хірург-онколог, професор Григорій Борисович Биховський. Напрямами

наукової роботи цього вченого були діагностика та лікування злоякісних пухлин. У 1934 р. професор Биховський організував першу в м. Києві онкологічну клініку. Наступним завідувачем кафедри (1936-1941 рр.) був славетний хірург Михайло Ісидорович Коломійченко, який вивчав питання хірургії стравоходу та шлунково-кишкового тракту. З 1944 по 1951 р. кафедру очолював Борис Євгенович Панкрат'єв. Він одним із перших у м. Києві розпочав виконувати операції при гнійно-запальних захворюваннях легень та плеври, запропонував ампельну систему переливання крові. За його пропозицією в 1947 р. в Україні вперше в масштабах Радянського Союзу було налагоджено виробництво заводським шляхом йодованої повареної солі для «німої» йодної профілактики серед дітей шкільного і дошкільного віку.

З 1953 по 1975 р. кафедрою завідував відомий хірург, заслужений діяч науки і техніки Іван Іванович Кальченко. Коло наукових і практичних інтересів професора І.І. Кальченка було надзвичайно широким – лікування пошкоджень периферичних нервів, хірургія опіків стравоходу та шлунка, хірургія жовчних проток; крім того, він запропонував оригінальні методики операцій у разі ахалазії стравоходу, блокади позапечіночних жовчних проток. З 1955 р. І.І. Кальченко був головним редактором журналу «Новий хірургічний архів», який 1962 року одержав нову назву – «Клінічна хірургія» та видається і в наш час.

З 1975 по 1982 р. кафедру очолював професор Петро Васильович Лис, який займався проблемами згортання крові, хірургічним лікуванням захворювань шлунково-кишкового тракту.

З 1983 р. кафедрою завідував професор Дмитро Іванович Кривицький, який зробив великий внесок у хірургічне лікування захворювань щитоподібної залози та розвиток ургентної хірургії.

З 1989 по 2010 р. кафедру очолював відомий учений-хірург, професор Володимир Іванович Мамчич. Саме за його керівництва кафедра отримала нову назву – хірургії та проктології (2004 р.). Науково-практичний напрям діяльності професора В.І. Мамчича – хірургія гепатопанкреатодуоденальної зони, шлунково-кишкового тракту, невідкладна хірургія, гнійна хірургія, ендокринна хірургія, проктологія.

З 2010 р. керівником кафедри хірургії та проктології є професор Ярослав Петрович Фелештинський. У наш час до напрямів наукової діяльності кафедри належать невідкладна хірургія органів черевної порожнини, хірургія печінки та жовчних шляхів, хірургія підшлункової залози, кишкової, лапароскопічна



хірургія, проктологія, ендокринна хірургія, алопластична та лапароскопічна хірургія гриж живота. На клінічних базах співробітники кафедри виконують 65-70% усього обсягу хірургічних втручань, надають 2,5 тис. консультацій та здійснюють близько 60 виїздів по санітарній авіації.

Щороку на кафедрі підвищують кваліфікацію на передатестаційних циклах удосконалення з хірургії 132 лікарі-хірурги, з проктології – 12, на тематичних циклах удосконалення з лапароскопічної хірургії – 20, алопластичної та лапароскопічної хірургії гриж живота – 14, малоінвазивної проктології – 18. Спеціалізацію з хірургії проходять 10 лікарів, з проктології – 20.

Клінічними базами кафедри хірургії та проктології є Київська обласна клінічна лікарня, Київська міська клінічна лікарня № 5, Центральний військовий госпіталь Міністерства оборони України, Центральна районна лікарня Києво-Святошинського району.

Співробітники кафедри є авторами дев'яти монографій, трьох підручників з хірургії, двох програм з хірургії для інтернів, чотирьох наукових посібників, шести методичних рекомендацій. На сьогодні на кафедрі виконують сім кандидатських та дві докторські дисертації. Протягом двох останніх років викладачі кафедри беруть участь у хірургічній благодійній місії від Європейської асоціації хірургів-герніологів у складі хірургів Великої Британії, Франції, Польщі, Грузії, України.

Наступну доповідь професора Я.П. Фелештинського було присвячено огляду сучасних способів хірургічного лікування післяопераційних гриж живота.

Професор звернув увагу на те, що післяопераційні грижі живота виникають у ділянці післяопераційного рубця та троакарних отворів у результаті морфофункціональної слабкості м'язово-апоневротичних тканин черевної стінки після перенесеної лапаротомії або лапароскопічної операції. Близько 10-13% лапаротомій ускладнюються післяопераційними грижами живота, і частота розвитку таких гриж продовжує зростати.

Основна причина цього явища пов'язана зі збільшенням кількості чинників, які послаблюють механічну міцність м'язово-апоневротичних тканин черевної стінки. До них належать ожиріння, виснаження, застосування стероїдних препаратів, хіміотерапія, прогресуюча вікова атрофія тканин передньої черевної стінки, а також дисбаланс колагену I і III типів у м'язах та апоневрози, що призводить до їх механічної слабкості, тощо (80-84% випадків). Серед інших чинників слід виділити інфекційні ускладнення з боку рани (нагноєння – 10-13%, норіці – 2,8%), дефекти хірургічної техніки під час зашивання лапаротомної рани та троакарних отворів після лапароскопічних втручань (3-4%), евентрацію (1,5-2%).

Дефектами хірургічної техніки є зашивання лапаротомної рани нитками, які розсмоктуються, використання нерациональних лапаротомних доступів (поперечно-бокових), що часто призводить до денервації опорних структур черевної стінки, їх атрофії та виникнення післяопераційних попереково-бокових гриж. Технічною помилкою під час зашивання

лапаротомної рани часто є те, що шви накладають лише на апоневроз без захоплення м'язів. Це спричиняє діастаз м'язів, а згодом – формування післяопераційної грижі живота. Продукуючим чинником у розвитку післяопераційних гриж живота на тлі морфофункціональних змін у м'язово-апоневротичних тканинах черевної стінки є підвищення внутрішньо-черевного тиску.

Хірургічне лікування післяопераційних гриж живота

Операцію з приводу післяопераційної грижі живота слід виконувати через 6-8 міс після попереднього хірургічного втручання. Саме за цей термін запальні зміни в тканинах черевної стінки після операції стихають.

Багаторічний досвід використання допоміжних пластичних матеріалів у хірургічному лікуванні післяопераційних вентральних гриж свідчить про значні переваги алогерніопластики перед аутопластикою. Застосування алопластики знижує частоту рецидивів до 1,5-10% порівняно з аутопластикою, на тлі якої розвиваються понад 50% післяопераційних рецидивів. Однак незважаючи на представлені клінічні докази, аутопластику у пацієнтів з післяопераційними грижами все ще виконують. Єдиним показанням до неї є післяопераційна грижа живота малого та середнього розміру (дефект черевної стінки не більше 3 см у найбільшому діаметрі) у хворих молодого та середнього віку за відсутності діастазу прямих м'язів живота та їх атрофії. Використовують такі класичні способи, як контактне зшивання країв дефекту та методи Сапежко і Меїо.

Алопластика

Вибір сітчастого імплантату для алопластики залежить від способу розміщення його в тканинах черевної стінки, ступеня їх атрофічних змін, розміру грижового дефекту.

Існує шість основних відкритих способів розміщення сітчастих імплантатів у тканинах черевної стінки:

1. Над апоневрозом у вигляді латки після зшивання м'язово-апоневротичних країв грижового дефекту (операція Chevrel) – onlay.
2. Ретромускулярно (позаду прямих м'язів живота; операція Rives) – sublay.
3. Преперитонеальна методика (операція Stoppa) – сітчастий імплантат розміщують передочеревинно в гіпогастрії, у здувинних, надлобкових ямках та бокових ділянках живота.
4. Інтраперитонеально (відкрита, лапароскопічна) – сітчастий імплантат, фіксований у черевній порожнині.
5. Між двома м'язовими шарами, методика «сендвіча».
6. Лапароскопічна методика – сітчастий імплантат розміщують інтраперитонеально і фіксують трансфасціальними швами та спіралеподібними, якірними та іншими фіксаторами.

Перевагу у використанні мають три методики розміщення та фіксації допоміжних сітчастих матеріалів у тканинах передньої черевної стінки – onlay,

Продовження на стор. 28.

Передовий досвід хірургічного лікування захворювань органів черевної порожнини

Продовження. Початок на стор. 27.

sublay та inlay. Методики onlay і sublay сприяють достатньому перекриттю сітчастим імплантатом м'язово-апоневротичних тканин, а методика inlay не забезпечує необхідного контакту між м'язово-апоневротичними тканинами і сіткою, оскільки сітку пришивають до країв дефекту у вигляді латки, що не гарантує надійної фіксації.

Преперитонеальне розміщення допоміжного пластичного матеріалу (операція Stoppa) передбачає виділення преперитонеального простору шляхом мобілізації парієтальної очеревини від м'язів живота в гіпогастральній, пахвинній та клубових ділянках живота, оскільки в епігастрії відділити парієтальну очеревину від задніх апоневротичних піхв прямих м'язів неможливо.

Інтраперитонеальному розміщенню допоміжного пластичного матеріалу надають перевагу під час проведення лапароскопічної алогерніопластики та у разі складних дефектів черевної стінки. Основною умовою для застосування цієї методики є використання спеціальних сітчастих імплантатів, які при інтраперитонеальному розміщенні не викликають зрощень між кишечником, іншими внутрішніми органами та сальником. Серед таких матеріалів найпоширенішими є політетрафторетилен, Proceed, Physiamesh, Dualmesh та ін. Застосування традиційних сітчастих імплантатів, таких як поліпропілен, мерсилен, марлекс, ультрапро, при імплантації в черевну порожнину викликає зрощення з внутрішніми органами і може спричинити тяжкі ускладнення — злукову кишково непродуктивність, кишкові нориці тощо.

Алопластику за методикою «сендвіча», яка передбачає розміщення і фіксацію допоміжного пластичного матеріалу між двома м'язовими шарами, виконують переважно пацієнтам з попереково-боковими дефектами черевної стінки, у зв'язку з чим ця методика має певні обмеження у використанні.

Застосування класичних методик алогерніопластики, таких як onlay, sublay, при закритті гігантських дефектів супроводжується великим натягом м'язово-апоневротичних тканин, зменшенням об'єму черевної порожнини та підвищенням внутрішньочеревного тиску, що призводить до абдомінального компартмент-синдрому (1,5-7%), летальних наслідків (1,2-3,4%) після планових втручань (Schumpelick V., Bendavid R.). Це вимагає, з одного боку, спеціальної передопераційної підготовки, а з іншого — моніторингу внутрішньочеревного тиску та використання спеціальних методик алопластики, які створюють оптимальний об'єм черевної порожнини. Досягнення цієї мети у хворих зі складними гігантськими дефектами черевної стінки, у тому числі рецидивними, можливе завдяки застосуванню в комбінації місцевих тканин та сітчастих імплантатів із розділенням анатомічних компонентів черевної стінки за Ramirez.

Професор Я.П. Фелештинський із співробітниками кафедри розробили методику операції розділення анатомічних компонентів черевної стінки в комбінації із сітчастими імплантатами, сутність якої полягає в тому, що по краю апоневротичної піхви прямого м'яза живота розрізають апоневроз зовнішнього косоного м'яза живота і тупо розділяють зовнішні косі м'язи від внутрішнього косоного та поперекового. Унаслідок цього прямий м'яз зміщується

медіально до серединної лінії на 10 см. Далі з протилежного боку виконують такі самі етапи операції. Після цього розрізають апоневротичні піхви прямих м'язів живота по медіальних краях дефекту черевної стінки і використовують методику sublay. Апоневротичні ділянки між прямими та зовнішніми косими м'язами справа і зліва укріплюють сітчастими імплантатами відповідних розмірів.

Секретар Європейського товариства герніологів (EHS), президент Польської асоціації герніологів, доктор медичних наук Мацей Сметанський (м. Гданськ) розповів про переваги впровадження стандартів надання медичної допомоги в герніології.



Доповідач наголосив, що застосування стандартів надання медичної допомоги дає змогу забезпечити високу якість практичної медицини та професійний підхід до лікування в інтересах кожного пацієнта. На сьогодні всі держави — члени Євросоюзу впровадили систему оцінки і відповідальності в галузі охорони здоров'я, а також аналізу різних методів і підходів. Використання стандартів лікування забезпечує економічні (заощадження коштів, збільшення фінансування спеціалізованих лікарень), медичні (полегшує вибір оперативного втручання, мінімізує частоту ускладнень) та соціальні переваги (інформування пацієнта, можливість вибору хворим лікарні, можливість акредитації лікувальної установи як закладу, що відповідає стандартам). В основі цих стандартів лежать передусім результати масштабних клінічних досліджень.

Дослідження, проведені в галузі герніології, дозволили встановити такі ступені доказовості різних методів лікування.

Рівень А:

— Алопластичні методи герніопластики дають менший відсоток рецидивів порівняно з аутопластичними методами.

— Найкращим аутопластичним методом герніопластики є операція Шолдиса.

— Ендоскопічні методи герніопластики асоціюються з меншою кількістю випадків ранової інфекції, гематом, хронічного болю, дають змогу швидше повернутися до звичної повсякденної діяльності порівняно з операцією за Ліхтенштейном.

— Застосування ендоскопічних методів герніопластики потребує більших затрат часу і пов'язане з вищим ризиком утворення сером, ніж після операцій за Ліхтенштейном.

Рівень В:

— Операції з використанням сітки зменшують ризик виникнення хронічного болю.

— Ендоскопічні оперативні втручання знижують частоту розвитку хронічного болю та парестезій порівняно з операцією за Ліхтенштейном, проте протягом тривалого періоду спостереження (більше 4 років) ця різниця зникала.

— У разі рецидивних гриж після використання традиційних відкритих методів застосування ендоскопічних технік асоціюється з меншою частотою розвитку болю і коротшим післяопераційним періодом порівняно з операцією за Ліхтенштейном.

— Використання легких сіток зменшує післяопераційний дискомфорт і відчуття стороннього тіла і тим самим покращує самопочуття пацієнта після операції, але може бути пов'язане з вищим ризиком рецидиву захворювання.

— За наявності первинної односторонньої пахвинної грижі з точки зору економічності для лікарень більш вигідними є відкриті операції із застосуванням сітки. З огляду на соціально-економічні аспекти ендоскопічні операції вигідніші у разі двобічної пахвинної грижі у пацієнтів, які працюють. Проведений аналіз з урахуванням якості життя хворих показав, що ендоскопічні операції ефективніші, оскільки рідко спричиняють розвиток хронічного болю та втрату чутливості.

Рівень 2А:

— Серед лапароскопічних технік після операції TAPP встановлено вищий ризик виникнення троакарних гриж, ніж унаслідок операцій TEP.

Рівень 2В:

— Ендоскопічні методи характеризуються довшим терміном навчання, а їх виконання може зумовлювати рідкісні, але серйозні ускладнення.

Рівень 2С:

— Ендоскопічні операції із застосуванням малих сіток (8×12 см) асоціюються з більшою частотою рецидивів. У жінок реєструють вищий відсоток рецидивів порівняно з чоловіками, зокрема непропорційно високий рівень рецидиву в стегновий канал.

— Період навчання техніки ендоскопічних операцій (особливо TEP) довший, ніж навчання операції Ліхтенштейна, і потребує проведення 50-100 втручань, з яких перші 30-50 є особливо складними.

— Ризик серйозних ускладнень під час навчання ендоскопічних операцій може бути мінімізованим за рахунок правильного вибору пацієнтів та освітніх методів. У такому разі не підтверджено негативного впливу на результати оперативного лікування, коли операцію виконував резидент, порівняно з роботою досвідченого хірурга.

— Спеціалізовані герніологічні центри отримують кращі результати, особливо після проведення лапароскопічної герніопластики.

Вищенаведені дані покладено в основу сучасних рекомендацій EHS для лікування пахвинних гриж.

Усіх дорослих чоловіків (віком понад 30 років) з первинними грижами слід оперувати з використанням сітки. Для аутопластики необхідно обирати операцію Шолдиса. Метод Ліхтенштейна та ендоскопічні операції рекомендовано як втручання з найкращими результатами в хірургічному лікуванні пахвинної грижі за умови, що лікар досконало володіє цими методиками. У разі рецидиву грижі після відкритого втручання доцільно використовувати ендоскопічні методи. Результати ендоскопічних операцій кращі порівняно з відкритими втручаннями щодо зменшення ризику хронічного болю.

Під час герніопластики без натягу необхідно застосовувати нерозсмоктувальні сітки або композитні з нерозсмоктувальним компонентом. Слід розглядати можливість використання легкої і макропористої сітки у зв'язку зі зменшенням післяопераційного дискомфорту, відчуття стороннього тіла і покращенням загального стану пацієнта, а також через потенційну вартість лікування рецидиву (у разі недотримання принципів операції або занадто малого розміру сітки). Застосування лапароскопічної техніки рекомендовано в тих випадках, коли швидке повернення до повноцінної діяльності особливо важливе для хворого. З огляду на соціально-економічні фактори у пацієнтів, які працюють, виконують ендоскопічні операції, особливо за наявності двобічних гриж. Для герніопластики, крім операції Ліхтенштейна, як альтернативу можна використовувати інші методи (Kugel, PHS, Trabucco, Plug і Patch) з подальшою публікацією отриманих результатів у відповідних наукових виданнях. Для лапароскопічного лікування пахвинних гриж рекомендовано операцію TEP. У разі виконання герніопластики у молодих чоловіків (віком 18-30 років) застосовують сітки незалежно від типу грижі.

Техніку Ліхтенштейна рекомендовано використовувати у хворих з великими пахвинно-калітковими грижами, у пацієнтів після абдомінальних операцій (особливо нижньосередньої лапаротомії) і в тих випадках, коли немає можливості застосувати загальне



знеболення. У разі виникнення рецидиву після лапароскопічного втручання реконструктивну операцію виконують з переднього доступу.

У жінок з пахвинною грижею можливість проведення ендоскопічної операції слід розглядати в усіх випадках. Операції з приводу хірургічних ускладнень (рецидив грижі, стійкий хронічний біль, інфікування сітки) має виконувати досвідчений хірург.

Закінчуючи свою доповідь, Мацей Сметанський запросив учасників конференції взяти участь у 35-му Міжнародному конгресі Європейського товариства герніологів, що проходить у травні 2013 року в м. Гданську.

Керівник відділу лапароскопічної хірургії та холелітіази Національного інституту хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України, доктор медичних наук, професор Михайло Юхимович Ничитайло звернув увагу учасників конференції на післяопераційні ускладнення лапароскопічних холецистектомій.



До післяопераційних ускладнень лапароскопічних холецистектомій належать кровотечі (вторинні із гілок міхурової артерії, ложа жовчного міхура, троакарних ран), витік жовчі (з кульги міхурової протоки, ложа жовчного міхура), пошкодження органів черевної порожнини (печінки, дванадцятипалої та ободової кишок), гнійні ускладнення (перитоніт, підпечінковий абсцес, піддіафрагмальний абсцес, нагноєння ран), пошкодження позапечінкових жовчних проток (кліпування, повне розсічення, часткове пошкодження), ускладнення, не пов'язані із зоною оперативного втручання (пневмонія, тромбоемболія легеневої артерії та її гілок, інфаркт міокарда), післяопераційні грижі, післяопераційний панкреатит.

Частота пошкоджень жовчних проток при відкритій холецистектомії залишається стабільною на рівні 0,1-0,8%, а при лапароскопічній холецистектомії – в середньому удвічі вища. Згідно з даними деяких авторів у разі лікування пошкоджень та стриктур жовчних проток частота ускладнень становить 10-48%, летальність – 5-28,2%, незадовільні віддалені результати лікування – 10-38%.

Пошкодження жовчних проток при холецистектомії поділяють на малі (пошкодження додаткових проток у ложі жовчного міхура, неспроможність кульги міхурової протоки) та великі (пошкодження магістральних проток з ураженням судин чи без нього). У свою чергу великі пошкодження класифікують на часткові та повні. Залежно від рівня великі пошкодження можуть бути низькі (збережено понад 2 см загальної печінкової протоки), середні (збережено більше 2 см загальної печінкової протоки), високі (розвилка збережена або пошкоджена), а також пошкодження додаткової правої печінкової протоки (однієї чи із загальною печінковою протокою).

Частота інтраопераційного виявлення пошкоджень жовчних проток становить близько 20%. Більше половини всіх пошкоджень (54,9%) діагностують в інтервалі до 1 міс з моменту операції, 19,2% – у період від 1 міс до 1 року, 6,1% – від 1 до 10 років.

Серед клінічних ознак пошкодження жовчних проток слід виділити синдром жовчної гіпертензії, синдром зовнішнього чи внутрішньочеревного витікання жовчі та їх поєднання. Для підтвердження діагнозу застосовують ультрасонографію, ендоскопічну ретроградну холангіографію, черезшкірну черезпечінкову холангіографію, фістулохолангіографію, магнітно-резонансну томографію, спіральну комп'ютерну томографію з внутрішньовенним підсиленням.

У разі застосування біліо-біліарних анастомозів для лікування пошкоджень жовчних проток у 91% випадків виникали ускладнення протягом чотирьох років. Значно кращих результатів вдалося досягти внаслідок широкого впровадження високої гепатикосіюстомії як операції вибору при повних пошкодженнях жовчних проток та широкому застосуванні мініінвазивних втручань. Позитивні результати оперативних втручань на тлі використання такої тактики було отримано у понад 90% пацієнтів при терміні спостереження більше 10 років. Таким чином, висока

гепатикосіюстомія є операцією вибору в лікуванні пацієнтів з повними пошкодженнями жовчних проток як у разі їх виявлення під час хірургічного втручання, так і в різні терміни післяопераційного періоду.

Показаннями для відновлювальних операцій є тільки часткові пошкодження жовчних проток. Корекцію таких дефектів слід здійснювати у спеціалізованих центрах, які мають достатній досвід їх лікування. У терапії цих пошкоджень слід застосовувати мультидисциплінарний підхід із залученням хірурга, фахівців з ультрасукової діагностики, інтервенційної радіології та ендоскопії. Під час діагностики пошкодження і стриктур жовчних проток може бути виконано їх ендоскопічне стентування, а у разі його неефективності – черезшкірне черезпечінкове дренирування та ендобіліарне протезування.

Керівник відділу хірургії підшлункової залози та реконструктивної хірургії жовчовивідних проток Національного інституту хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України, доктор медичних наук, професор Володимир Михайлович Копчак розповів про тактику лікування гострого панкреатиту.



Доповідач зазначив, що в структурі гострого панкреатиту 80% припадає на гострий інтерстиціальний панкреатит та 20% – на гострий некротичний панкреатит (панкреонекроз – асептичний та інфікований; парапанкреальне скупчення рідини – асептичне та інфіковане; псевдокіста підшлункової залози; абсцес підшлункової залози). При цьому гнійно-септичні ускладнення гострого панкреатиту та асептичний некроз підшлункової залози виявляють з приблизно однаковою частотою.

Нині основним напрямом покращення результатів лікування пацієнтів з гострим некротичним панкреатитом є впровадження індивідуалізованої етапної хірургічної тактики з максимальним використанням мініінвазивних та малотравматичних селективних втручань (мінілапаротомії, мінілюмботомії, черезшкірних люмбовідеоскопічних некрсеквестрктотомії та санації) залежно від варіантів перебігу і стадій захворювання.

За умов асептичного перебігу гострого панкреатиту призначають консервативну терапію, що передбачає ефективне знеболювання, корекцію порушень гемодинаміки, пригнічення секреторної активності підшлункової залози, корекцію імунних порушень, дезінтоксикацію, адекватне білково-енергетичне забезпечення, профілактику виникнення стресових виразок та гнійної інфекції, гепатопротекцію.

У разі виявлення скупчення рідини в сальниковій сумці, абсцесу підшлункової залози, піддіафрагмального абсцесу, постнекротичної кісти великих розмірів на етапі формування виконують їх дренирування та санацію за допомогою мініінвазивних втручань під контролем ультрасонографії.

Показанням до виконання лапаротомії є:

- прогресування перитоніту;
- прогресування міліарного панкреатиту за наявності деструктивного калькульозного холециститу, жовтяниці, холедохолітіазу, що не вдалося усунути за допомогою ендоскопічної папілосфінктеротомії;
- погіршення стану хворого, незважаючи на проведення інтенсивної терапії та мініінвазивних втручань;
- збільшення інфільтрату підшлункової залози чи парапанкреальної клітковини за неефективності консервативного та мініінвазивного лікування;
- інфікування вогнища асептичного некрозу;
- наявність кровотечі з вогнища некрозу;
- перфорація порожнистих органів та наявність нориць;
- припущення про наявність іншого гострого захворювання черевної порожнини.

Як свідчить досвід, відкрите оперативне втручання ефективне в більш пізні терміни від початку виникнення захворювання. У разі ранньої лапаротомії у пацієнтів з гострим некротичним панкреатитом неможливе максимальне видалення девіталізованих тканин підшлункової залози. Тому відкриті оперативні втручання слід виконувати суворо за показаннями і лише за умови прогресування гнійно-септичних

ускладнень. Багаторазові санаційні втручання спричиняють генералізацію інфекції та повторне інфікування підшлункової залози та черевної порожнини.

Завідувач кафедри хірургії та ендоскопії Донецького національного медичного університету ім. М. Горького професор Петро Геннадійович Кондратенко розглянув проблему вибору антибактеріальної терапії у хворих на гострий небіліарний інфікований некротичний панкреатит.



Доповідач наголосив, що тривала антимікробна терапія при гострому панкреатиті призводить до зміни бактеріального обсіменіння інфікованих парапанкреальних тканин від мономікробної грампозитивної флори до полімікробних інфекцій зі збільшенням кількості грампозитивних штамів (стафілококів, ентерококів), анаеробів та грибів.

Однак на сьогодні відсутні чіткі критерії вибору антибактеріальних препаратів тієї чи іншої групи, тривалості їх застосування, шляхів введення при інфікованих панкреатичних і парапанкреальних колекторах. З метою вивчення ефективності антибіотиків у лікуванні гострого небіліарного інфікованого некротичного панкреатиту було проведено дослідження за участі 199 пацієнтів віком від 18 до 89 років, яких розподілили на групи залежно від виду хірургічних втручань (лапаротомія, пункційні дренируючі оперативні втручання під контролем ультрасонографії) та наявності ускладнень (гнійний перитоніт).

Підгрупи хворих отримували в комплексі консервативну терапію цефалоспоринами III-IV покоління, фторхінолонами та карбапенемами.

У випадках поширеного гнійного перитоніту летальність на тлі проведення лапаротомії та дренирування черевної порожнини становила 50%, лапаротомії та дренирування черевної порожнини з програмованою санацією – 40%, лапаротомії та дренирування черевної порожнини з програмованою санацією і призначенням карбапенемів – 33,3%. Летальність пацієнтів з гнійним перитонітом прогресивно збільшувалася з поширенням панкреонекрозу.

Летальність хворих з гнійним перитонітом, яким виконували лапаротомію, достовірно відрізнялася залежно від застосовуваних антибіотиків. На тлі терапії фторхінолонами показник летальності був найвищим і становив 55%, цефалоспоринами – 40%, карбапенемами – 33,3%.

Ще істотніші розбіжності в ефективності антибіотиків встановлено у пацієнтів з абсцесом сальникової сумки. Незалежно від виду хірургічного втручання (лапаротомія чи мініінвазивна операція) серед хворих, які отримували карбапенемі, не було зафіксовано жодного летального випадку. Летальність пацієнтів у групі цефалоспоринів після лапаротомії становила 12,5%, пункційних дренируючих оперативних втручань – 5,9. Серед хворих, які отримували фторхінолоні, показники летальності залежно від виду втручання становили 5,9 та 3,9% відповідно.

У пацієнтів із флегмоною заочеревинної клітковини найкращих результатів вдалося досягти у разі виконання мініінвазивних втручань. При цьому показник летальності в групі карбапенемів становив 12,5%, цефалоспоринів – 14,3%, фторхінолонів – 16,7%.

Отже, карбапенемі виявилися найефективнішими антибіотиками в комплексному лікуванні гострого інфікованого некротичного панкреатиту незалежно від поширеності панкреонекрозу. Менш ефективними є цефалоспорини III та IV покоління та ще менш ефективними – фторхінолоні. У пацієнтів з розлитим гнійним перитонітом кращі результати терапії було отримано на тлі проведення лапаротомії та програмованих санацій черевної порожнини, а при локалізації гострих інфікованих скупчень рідини – пункційних дренируючих оперативних втручань під контролем ультрасонографії та/або люмботомії. Усунення на початковому етапі лікування гострих асептичних парапанкреальних скупчень рідини (за допомогою пункційних дренируючих оперативних втручань та/або люмботомії) сприяє зменшенню ризику виникнення гострого інфікованого некротичного панкреатиту.

Підготував В'ячеслав Килимчук

3