

# VII Скліфосовські читання — передовий досвід вітчизняної хірургії

**25-26 квітня у м. Полтаві на базі Української медичної стоматологічної академії відбулася всеукраїнська науково-практична та навчально-методична конференція «Хірургія XXI сторіччя» – VII Скліфосовські читання, присвячена пам'яті видатного хірурга Миколи Васильовича Скліфосовського. У межах конференції увазі учасників було представлено цікаві і змістовні доповіді, які стосувалися найбільш гострих і проблемних питань сучасної хірургії. Пленарні засідання проходили досить жваво, адже кожному доповідачеві ставили чимало запитань, які часто переростали в дискусії. З деякими доповідями ми пропонуємо ознайомитися нашим читачам.**



Відкрив конференцію ректор Української медичної стоматологічної академії, академік НАМН України, завідувач кафедри загальної практики — сімейної медицини, доктор медичних наук, професор В'ячеслав Миколайович Ждан. Він тепло привітав учасників конференції, побажав плідної праці і висловив упевненість, що отримані нові знання підвищать якість надання хірургічної допомоги і в першу чергу принесуть користь пацієнтам.



Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за спеціальністю «Хірургія», академік НАМН України, завідувач кафедри хірургії № 3 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, доктор медичних наук, професор Петро Дмитрович Фомін передав привітання своїм колегам від керівництва МОЗ України й висловив подяку хірургам за важку працю у складних

умовах сучасної вітчизняної медицини. Академік Фомін запевнив, що керівництво країни приділяє чималу увагу питанням забезпеченості лікарських закладів необхідним для хірургів обладнанням, а також наголосив на необхідності підвищення професійного рівня лікарів, без якого навіть сучасне оснащення нічого не варте. Побажавши плідної праці, Петро Дмитрович запросив до промови першого доповідача.



Завідувач кафедри загальної хірургії Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, доктор медичних наук, професор Віктор Петрович Андрущенко розповів про основні тактичні моменти проведення релапаротомії у хірургічній практиці.

— Релапаротомія на сьогодні є однією з найбільш актуальних проблем невідкладної абдомінальної хірургії. Доказами на користь цього твердження є значна частка релапаротомій у структурі оперативних втручань при гострих хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини, відсутність єдиних трактувань у визначенні мети, характеру й особливостей релапаротомії, розбіжності в техніко-тактичних підходах при їх виконанні й високі показники ускладнень і післяопераційної летальності, які не мають тенденції до зниження. У зв'язку з цим існує необхідність у термінологічному впорядкуванні, визначенні змісту й місця релапаротомії як ефективного методу хірургічної корекції ускладнень захворювань та оперативних втручань у пацієнтів з гострою патологією органів черевної порожнини.

Розрізняють вимушену релапаротомію, показання до якої виникають несподівано, і програмовану, показання до якої формуються під час первинного оперативного втручання у зв'язку з неможливістю проведення одномоментної остаточної санації черевної порожнини, гнійно-некротичних вогнищ у черевній порожнині й заочеревинному просторі. У свою чергу виділяють вимушену релапаротомію при інтраабдомінальних ускладненнях та евентрації, а програмовану поділяють на етапно-санаційну, експлоративну і вірогідно можливу. Зміст заходів за вимушеної релапаротомії полягає у виявленні й оцінці характеру ускладнень патологічного процесу або первинно виконаної операції, усуненні встановлених змін, санації й адекватному дренируванню черевної порожнини, реалізації заходів з корекції або нівелювання інтраабдомінальних патологічних синдромів, виборі оптимального способу зашивання рани.

Метою програмованої етапно-санаційної релапаротомії є етапна санація черевної порожнини, етапна некресквестректомія, етапна санація гнійно-некротичних вогнищ, оцінка функціональної здатності дренажів або їх заміна. У разі поширених форм перитоніту її рекомендовано виконувати на 2-3-тю добу, а при гнійно-некротичному панкреатиті й парапанкреатиті — на 4-5-ту добу після первинного оперативного втручання. Програмовану експлоративну релапаротомію проводять переважно для оцінки життєздатності сумнівних сегментів тонкої кишки та визначення спроможності швів анастомозів, що накладалися в несприятливих умовах через 24-48 год після первинної операції. Вірогідно можливу програмовану релапаротомію виконують, якщо немає повної впевненості у відсутності ускладнень оперативного втручання, та за умови наростання клінічних і лабораторно-біохімічних ознак інтоксикації, наявності місцевих проявів прогресування патологічного процесу.

За описаних ситуацій у пацієнтів часто розвивається низка патологічних синдромів з боку черевної порожнини, зокрема синдром надлишкового тиску (компаратмент-синдром), синдром ентеральної недостатності, синдром надмірної колонізації проксимальних відділів тонкої кишки патологічною мікрофлорою, які обтяжують стан хворого й вимагають проведення відповідного лікування.

Оскільки основною причиною перерахованих патологічних станів є порушення моторно-евакуаторної функції тонкої кишки, основною складовою їх корекції слід вважати декомпресію тонкої кишки. Серед усіх видів декомпресії домінуюча частка припадала на тривалу антеградну (тотальну) декомпресію із введенням зонда в ділянку ілеоцекального кута. Але останнім часом у своїй практиці ми почали застосовувати її значно рідше, оскільки вона досить травматична для пацієнта. Перевагу доцільно надавати короткій компресії за допомогою «коротких тюбажів», за яких зонд встановлюють у початковий відділ тонкої кишки. Цей спосіб менш травматичний і забезпечує досить ефективну декомпресію тонкої кишки. Ретроградна декомпресія передбачає встановлення цекостомічного або апендикостомічного зонда і пов'язана з небажаним розкриттям просвіту товстої кишки. Цей метод використовують переважно в осіб похилого віку з хронічною патологією легень для запобігання розвитку ускладнень з боку дихальної системи. Одномоментну декомпресію виконують шляхом ентеротомії та відсмоктування кишкового вмісту або виведення фрагмента кишки за межі черевної порожнини. Проте одномоментна декомпресія часто призводить до інфікування черевної порожнини, а також розвитку гнійно-запальних ускладнень операційної рани.

Ефективність декомпресії підвищується у разі череззондового введення лікарських засобів. У власній практиці ми застосовуємо лікувальну програму, яка включає такі компоненти:

- ентеральний лаваж (введення через зонд електrolітних розчинів, близьких до електролітного складу плазми крові, що запобігає втраті солей з організму пацієнта);
- ентеросорбцію (введення гідрогелю метилкремніевої кислоти з його наступним відмиванням через зонд);
- селективну фармакологічну деконтамінацію (введення антибіотиків і пробіотиків);
- внутрішньопросвітний череззондовий електрофорез (лідокан 2% — 2 мл, прозерин 0,05% — 1 мл);
- раннє ентеральне харчування.

Важливою складовою медикаментозної терапії є адекватне призначення антибактеріальних препаратів. Аналіз мікрофлори посівів рідинного вмісту кишечника, а також тканинного матеріалу (некротичний панкреатит, панкреонекроз, параколіт), проведений на базі нашої клініки, продемонстрував, що найпоширенішими мікроорганізмами, які ускладнюють перебіг релапаротомії, є грамнегативні аероби, анаероби і грампозитивні



аероби, тобто мікроорганізми, характерні для нормальної мікрофлори товстого кишечника. Перераховані мікроорганізми характеризуються полірезистентністю до антибіотиків, зумовленою насамперед синтезом β-лактамаз. У такому випадку ефективним є поєднання цефалоспоринових антибіотиків III покоління з інгібітором β-лактамаз (наприклад, цефоперазон + сульбактам).

У хворих із тяжкою інтраабдомінальною інфекцією, особливо при некротичному панкреатиті, існує загроза органічних уражень верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, зокрема гострих ерозій, виразок із високим ризиком геморагічних ускладнень. Тому до комплексного лікування обов'язково слід включати кислотоніжувальні медикаментозні засоби, серед яких найбільш ефективними вважаються інгібітори протонної помпи.



Доктор медичних наук, професор Ігор Андрійович Криворучко (ДУ «Інститут загальної і невідкладної хірургії НАМН України», м. Харків) акцентував увагу на особливостях проведення релапаротомії у хворих з абдомінальним сепсисом.

— Абдомінальний сепсис є системною запальною реакцією організму (SIRS) у відповідь на розвиток гнійно-некротичних процесів в органах черевної порожнини і/або заочеревинному просторі, характеризується явищами ендотоксикозу й ентеральної недостатності. Його причинами можуть бути деструкція і/або перфорація порожнинного органа, запущена кишкова непрохідність, прорив гнійника у вільну черевну порожнину, неспроможність раніше накладених швів анастомозів, інфікований некроз підшлункової залози та/або заочеревинна септична флегмона внаслідок панкреонекрозу.

Сучасна стратегія хірургічного лікування хворих з абдомінальним сепсисом включає такі основні складові, як контроль джерела інфекції та функції уражених органів і системних захисних механізмів. Контроль джерела інфекції передбачає контроль припинення надходження бактерій і причетних до запального процесу продуктів (кров, жовч, фекальні маси). Вибір процедури залежить від анатомії джерела інфекції, ступеня запалення очеревини, вираження синдрому системних реакцій на запалення (SIRS), множинних органних дисфункцій (MODS), а також фізіологічних резервів пацієнта.

Загальноприйняті заходи передбачають санацію черевної порожнини і гнійно-некротичних вогнищ із застосуванням кристалоїдних розчинів (5-10 л), інкубацію кишечника, дренирування черевної порожнини, етапні санації патологічного вогнища (за наявності показань). Не мають доведених переваг такі заходи, як санація черевної порожнини із використанням антибіотиків та антисептиків у зв'язку з порушенням антибактеріальної дії препаратів в умовах запалення очеревини й високого ризику виникнення місцевого й системного токсичного ефектів; радикальне видалення щільно фіксованих плівок фібрину на петлях кишечника.

Для виконання перерахованих заходів у деяких випадках рекомендується проведення планової релапаротомії. Аргументами на користь її виконання є:

- ішемічні ураження кишечника, коли необхідно виконати експлоративну релапаротомію для оцінки життєздатності кишки;
- перфорація кишечника, яку не вдається надійно зашити або провести екстеріоризацію;
- нестійка гемодинаміка, що потребує мінімізації первинних заходів з наступною плановою релапаротомією для контролю за джерелом інфекції;

— наявність тампонів у черевній порожнині, які були залишені з гемостатичною метою у разі нестабільності стану пацієнта;

— поширений інфікований панкреонекроз, коли зона демаркації чітко не визначається.

Лапаростомію доцільно виконувати у випадках, коли черевну порожнину неможливо закрити: значний натяг, що призводить до пошкодження фасцій і підвищення внутрішньочеревного тиску з розвитком компартмент-синдрому; тяжка травма з великою втратою тканин черевної стінки чи після некротомії з приводу некротизуючого фасциїту при ретроперитонеальній перфорації порожнистого органа; крайній ступінь набряку органів черевної порожнини й заочеревинної клітковини після травми, поганий стан фасцій після множинних лапаротомій.

Слід зазначити, що у разі необхідності проведення етапних релапаротомій рекомендовано тимчасове закриття лапаротомної рани. Для цього можуть бути використані відкрита і закрита евісцерация, зведення країв рани за допомогою спеціальних шовних наборів, закриття черевної порожнини за допомогою застіжки типу «блискавка». Для профілактики розвитку абдомінального компартмента не рекомендовано здійснювати тимчасове закриття лапаротомної рани за допомогою П-подібних швів із наступним дозованим їх зведенням у зв'язку з високим ризиком ускладнень.

Сучасні техніки тимчасового закриття лапаротомної рани передбачають використання вакуумних пристроїв. Ця техніка виконує не тільки функцію утримання внутрішніх органів. Шар поліетилену, підгорнутий між кишечником і черевної стінкою, запобігає формуванню спайок між ними — черевна стінка залишається рухомою, що розширює часовий інтервал для можливості остаточного закриття черевної порожнини від тижня до місяця з моменту первинної операції. Згідно з даними P.B. van Hensbroek et. al. (2009) застосування вакуумної системи знижує концентрацію мікроорганізмів у рані, покращує циркуляцію крові в ділянці ранового ложа, навколишніх тканин і стінках кишечника, запобігаючи утворенню гострих виразок, стимулює утворення грануляційної тканини, скорочує рану в розмірах, знижує внутрішньочеревний тиск, ефективно відводить рановий уміст.

За винятком випадків третинного перитоніту або неліквідованих його джерел, оптимальним слід вважати виконання 3-4-етапних релапаротомій. У подальшому ризик негативних наслідків методу зростає від втручання до втручання. Показанням до завершення використання активних методів хірургічного лікування слугує ліквідація гнійно-запального процесу в черевній порожнині. Це положення базується на інтраопераційній оцінці стану черевної порожнини за морфологічними критеріями, тяжкістю стану хворого й результатами інтраабдомінальної тонометрії. Основними критеріями закінчення режиму програмованих санацій є гарантована ліквідація або локалізація джерела перитоніту, відсутність невідалених вогнищ некрозу або множинних відмежованих гнійних вогнищ, прозорий серозний ексудат, відмежування петель тонкої кишки від вільної черевної порожнини накладаннями організованого фібрину у вигляді панцира, наявність стимульованої або спонтанної перистальтики тонкої кишки, відсутність поширеного гнійно-некротичного ураження операційної рани або передньої черевної стінки, що виключає можливість одномоментної хірургічної корекції.



**Завідувач кафедри загальної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, доктор медичних наук, професор Микола Дмитрович Желіба** представив результати моніторингу бактеріохолії в результаті комплексного лікування гострих гнійно-запальних ускладнень жовчнокам'яної хвороби.

— На жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ) страждає 10-20% населення світу, і у 90% випадків ця патологія ускладнюється гострим холециститом, у 13% — гострим холангітом, у 14% — гострим панкреатитом. Летальність на тлі гострого холецистити сягає 15%, зростаючи в разі розвитку механічної жовтяниці й холангіту до 23%, розлитого перитоніту — до 52%. Надзвичайно важливою складовою комплексного лікування гнійно-запальних ускладнень ЖКХ є антибактеріальна терапія, ураховуючи, що за допомогою лише хірургічного втручання не завжди вдається провести радикальне видалення вогнища інфекції. На жаль, ефективність препарату може обмежуватись такими його характеристиками, як період напіввиведення, максимальна терапевтична й добова доза, ступінь зв'язування з білками крові. Тому сьогодні пошук найбільш

раціональних методів антибіотикотерапії має надзвичайно важливе значення.

Для визначення ефективності одного із шляхів введення антибіотика у хворих на гострий холецистит було проведено дослідження за участю 139 пацієнтів. Залежно від методу антибіотикотерапії хворих розподілили на дві групи: регіонарного внутрішньоартеріального введення цефоперазону в аутологічних еритроцитарних тінях-носіях і внутрішньовенного введення цефоперазону. Ефективність терапії оцінювали за результатами мікробіологічного дослідження жовчі, взятої під час оперативного втручання, динамічного контролю бактеріохолії, лейкоцитарним і гематологічним індексами інтоксикації. Позитивна динаміка перерахованих показників, а також більш швидке зменшення мікробного обсіменіння в основній групі хворих свідчать про високу ефективність регіонарної внутрішньоартеріальної антибіотикотерапії з використанням аутологічних еритроцитарних тіней під час комплексного лікування гнійно-запальних ускладнень ЖКХ порівняно із загальноприйнятими методами. Створення депо антибактеріального препарату в уражених тканинах позапечінкових жовчовивідних шляхів у разі використання цього способу введення дозволило вдвічі зменшити дозу препарату.



**Доктор медичних наук, професор кафедри загальної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова Сергій Дмитрович Хімич** розповів про особливості лікування інфільтративних стадій гнійно-запальних захворювань м'яких тканин у людей з ожирінням.

— Загальні підходи до лікування гострої гнійної інфекції включають три основні принципи: лікування необхідно проводити відповідно до фази запалення, пріоритетним слід вважати хірургічне втручання в ділянці осередку, терапія має бути комплексною і спрямованою на всі ланки патогенезу хірургічної інфекції. Консервативне лікування гнійно-запальних захворювань (імобілізація, призначення протизапальних і знеболювальних засобів, місцеве застосування антибіотиків та антисептиків) застосовують лише на початковій стадії (фаза запального інфільтрату, серозного запалення). За відсутності позитивної динаміки перебігу запального процесу (ділянка запалення не зменшується, больовий синдром зберігається, температура тіла не знижується) необхідно схилитися в бік хірургічного втручання.

На тлі ожиріння відбуваються помітні зміни в імунно-логічному стані пацієнтів, порушується імунна відповідь організму на патоген. Усе це спонукає до активного пошуку нових методів діагностики й лікування гнійно-некротичних процесів у осіб з ожирінням.

Для оптимізації тактики лікування нами було проведено дослідження за участю 102 хворих з ожирінням, яких розподілили на чотири групи відповідно до ступеня ожиріння: індекс маси тіла (ІМТ) до 29,9 кг/м<sup>2</sup>, ІМТ 30-34,9 кг/м<sup>2</sup>, ІМТ 35-39,9 кг/м<sup>2</sup>, ІМТ >40 кг/м<sup>2</sup>.

Лікування пацієнтів проводили за традиційними схемами з додаванням нових методів і препаратів: антимікробного дренажу авторської конструкції, місцевого застосування антибіотика тиротрицину, який має високу активність щодо найбільш поширеної гнійної мікрофлори.



Згідно з попередніми результатами дослідження в розвитку гнійно-некротичних процесів у осіб з ожирінням можна виділити декілька особливостей. Зі збільшенням ступеня ожиріння зростає бактеріальне обсіменіння шкіри, що є однією з важливих передумов розвитку гнійних захворювань м'яких тканин. У пацієнтів із III ступенем ожиріння часто реєстрували поєднання декількох фаз ранового процесу, коли в одному куті рани спостерігали наявність грануляцій, а іншому — помірні гнійні виділення. У такому випадку доводилося одночасно на різних ділянках рани проводити лікування різних фаз ранового процесу із застосуванням різних препаратів.

Із підвищенням маси тіла біопрохідність антибіотика до вогнища зменшується, тому традиційне внутрішньом'язове введення препарату виявилось малоефективним.

Перебіг гнійно-некротичних процесів у людей з крайніми формами ожиріння часто мав замаскований характер зі стертою клінічною картиною і зменшенням больових відчуттів. Більшість гнійно-некротичних процесів у пацієнтів з ожирінням мали більш широкий і розлитий характер порівняно з особами з нормальною й надлишковою масою тіла.

Ураховуючи перераховані особливості, стратегія лікувальної тактики гострих гнійних захворювань м'яких тканин у людей з ожирінням має включати повноцінний доступ, ревізію і дренажування гнійника. Новим напрямом є використання пробіотиків з антибактеріальною та імунomodельюючою дією.

Місцеве застосування антибіотика тиротрицину дозволяло значно швидше очистити рану від гнійно-некротичних тканин у перші 3-4 дні лікування порівняно з традиційним застосуванням антисептичних засобів. Слід зазначити, що для топичної діагностики вогнищ при тяжких гнійно-септичних захворюваннях у пацієнтів з ожирінням доцільним є більш широке використання комп'ютерної томографії.



**Кандидат медичних наук, доцент кафедри загальної хірургії № 1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця Андрій Іванович Горлач** поділився досвідом корекції синдрому внутрішньочеревної гіпертензії при гострому панкреатиті.

— Гострі ретро- й інтраперитонеальні рідинні скупчення, парез шлунково-кишкового тракту, які часто зустрічаються на тлі гострого панкреатиту, призводять до підвищення внутрішньочеревного тиску, формування компартмент-синдрому й розвитку поліорганної недостатності. Черезшкірне дренажування рідинних скупчень, медикаментозна стимуляція перистальтики кишечника не здатні перервати хибне коло й ефективно усунути внутрішньочеревну гіпертензію. У такому випадку патогенетично обґрунтованим є застосування лікарського плазмаферезу. Для оцінки можливостей і безпосередніх результатів використання екстракорпоральних методів детоксикації як методу боротьби з внутрішньочеревною гіпертензією в комплексному лікуванні хворих на гострий панкреатит було проведено дослідження. У ньому взяли участь 86 пацієнтів із гострим панкреатитом, які було розподілено на дві групи, співставні за віком, статтю і ступенем внутрішньочеревної гіпертензії. Комплекс лікувальних заходів, який проводили в групі стандартної терапії, включав черезшкірне дренажування гострих рідинних скупчень черевної порожнини, сальникової сумки й заочеревинного простору, гастроінтестинальну декомпресію і медикаментозну стимуляцію перистальтики за показаннями. Терапевтичні заходи в основній групі були доповнені застосуванням лікувального мембранного плазмаферезу. У всіх пацієнтів визначали моторну функцію шлунково-кишкового тракту (за допомогою балонної електрорекінезіометрії), ступінь вираження внутрішньочеревної гіпертензії до і після лікування. Внутрішньочеревний тиск визначали непрямим методом, вимірюючи його рівень у сечовому міхурі.

У пацієнтів, яким виконували перший сеанс лікувального мембранного плазмаферезу, реєстрували виникнення позачергових скорочень шлунка і дванадцятипалої кишки через 50 хв від моменту проведення процедури. Далі протягом 40 хв моторно-евакуаційна функція шлунково-кишкового тракту істотно збільшувалася, у 2,4 рази перевищуючи відповідний показник до процедури. Під час повторного виконання лікувального плазмаферезу його ефективність зростала, досягаючи нормальних фізіологічних показників у 42% хворих. У 87% пацієнтів основної групи протягом 24 год спостерігалось зниження внутрішньочеревного тиску в середньому на 4 мм рт. ст., тоді як у пацієнтів контрольної групи позитивна динаміка внутрішньочеревного тиску була відсутня.

Таким чином, проведення лікувального плазмаферезу у хворих із гострим панкреатитом продемонструвало достовірний позитивний вплив на нормалізацію моторної функції шлунково-кишкового тракту і внутрішньочеревного тиску. Плазмаферез рекомендовано виконувати в перші 24 год з моменту виявлення синдрому внутрішньочеревної гіпертензії з видаленням за один сеанс не менше 40-50% об'єму циркулюючої плазми.

Підготував В'ячеслав Килимчук

