

М.П. Захараш, член-кореспондент НАМН України, д.м.н., професор, Ю.М. Захараш, д.м.н., професор, А.І. Стельмах, В.В. Мороз, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця; М.Ю. Ничитайло, д.м.н., професор, Г.Ю. Мошковський, Національний інститут хірургії та трансплантології НАМН України ім. О.О. Шалімова, м. Київ

Пункційні методи під УЗ-контролем в діагностиці та лікуванні захворювань органів черевної порожнини та післяопераційних ускладнень

Кінець ХХ сторіччя знаменний активним використанням нових технологій у медицині, у тому числі й хірургії. На зміну традиційним операціям прийшли мініінвазивні малотравматичні лапароскопічні, рентгенендоваскулярні, ендоскопічні та черезшкірні втручання, які здатні суттєво впливати на результати лікування широкого спектра хірургічних захворювань. Поєднання ультразвукової (УЗ) візуалізації з інвазивними втручаннями в науковій літературі одержало назву ультразвукової діапектики. Знадобилися роки, для того щоб подолати традиційно консервативну психологію хірургів і досягти визнання ефективності пункційно-дренуючих втручань під УЗ-контролем на біліарному тракті, при обмежених рідинних і гнійних осередках печінки, підшлункової залози і черевної порожнини.

Переважну більшість інвазивних черезшкірних втручань виконують під контролем УЗ-приладів, оснащених конвексними і лінійними датчиками 3,5-5 МГц, з використанням пункційних насадок чи методом «вільної руки», які застосовують в основному для пункцій і дренивань великих відмежованих об'ємних утворень черевної порожнини, плевральних порожнин, виконання біопсії печінки, черезшкірних ендобіліарних втручань.

Однією з важливих переваг черезшкірних втручань під УЗ-контролем над втручаннями, виконаними під рентгентелевізійним контролем, є відсутність значного променевого навантаження на пацієнта і медперсонал, а також можливість динамічного моніторингу стану хворого.

Всі інвазивні втручання за технікою виконання поділяються на пункції та дренивання, яке, у свою чергу, поділяється на двомоментне й одномоментне. До двомоментного дренивання відноситься постановка дренажів за методикою Сельдінгера, до одномоментного – дренивання стилет-катетером і троакарний спосіб.

Для проведення пункцій використовують гнучкі голки різної конструкції, довжиною 15-25 см і діаметром 16-23 г (1,6-0,6 мм). Вибір конструкції, діаметра і довжини голки залежить від мети й передбачуваної глибини пункції. Гнучкість і тонкість голки дозволяють пунктувати органи, які перебувають у фізіологічному русі, без будь-якої значної небезпеки їх пошкодження. Для пункцій рідинних утворень застосовують голки діаметром 16-19 г (1,6-1,1 мм). З цією метою найчастіше використовують голки Chiba, які являють собою порожнисту структуру, УЗ-візуалізація якої досягається наявністю суміші повітря, рідини і тканин, що перебувають у її просвіті. Її кінчик візуалізується у вигляді поодинокого ехосигналу. Всі інвазивні втручання виконують з дотриманням правил асептики й антисептики під місцевою анестезією, рідко (у дітей і неспокойних пацієнтів) – під короткочасним внутрішньовенним наркозом.

Для черезшкірного дренивання використовують різні модифікації рентгенконтрастних катетерів, найчастіше із зовнішнім діаметром просвіту 5-15 F за шкалою Шар'єра (відповідає 1,7-5,0 мм), частіше за типом pigtail з бічними отворами; для одномоментного дренивання використовують стилет-катетери (рис. 1). До набору для дренивання входять також ангиографічні гнучкі провідники різних діаметрів, довжиною до 70 см (прямі й J-типу) і м'які пластикові дилататори з центральним каналом зростаючого діаметра (7-10 F) для розширення просвіту каналу до необхідного для проведення дренажу. У наш час широко використовують одноразові стерильні набори (голка, провідник, дренаж, додаткові аксесуари) різних іноземних фірм-виробників (Cook, Somatex, Balton та ін.).

Для проведення ендопротезування жовчних шляхів використовують набір, розроблений професором В.Г. Івшиним (рис. 2), а також металеві сітчасті плетені стенти з пам'яттю форми Wallstent з покриттям Peralume (без покриття WallFlex) і системою доставки Unistent Plus (Boston Scientific, USA) і Hanarostent Biliary Non-covered, Shim-Hanarostent covered і Hanarostent Biliary Hilar (M.I. Tech, Korea) у комплекті з пристроєм доставки діаметром 8-10 мм, довжиною 50-120 мм (рис. 3).

Підготовку хворих проводять за загальноприйнятною для УЗ-досліджень методикою. Пункції виконують у положенні хворого на спині або на боці з дотриманням правил асептики під місцевою анестезією.

Вміст, отриманий під час пункції або дренивання, підлягає цитологічному, біохімічному, бактеріологічному дослідженню, визначенню чутливості до антибіотиків тощо.

В останні десятиріччя у більшості індустріально розвинених країн світу відбувається невинне зростання показників

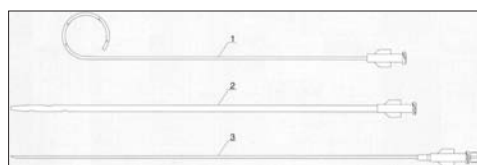


Рис. 1. Набір для черезшкірного дренивання
1. Катетер типу pigtail. 2. Прямий катетер. 3. Двоскладова голка.

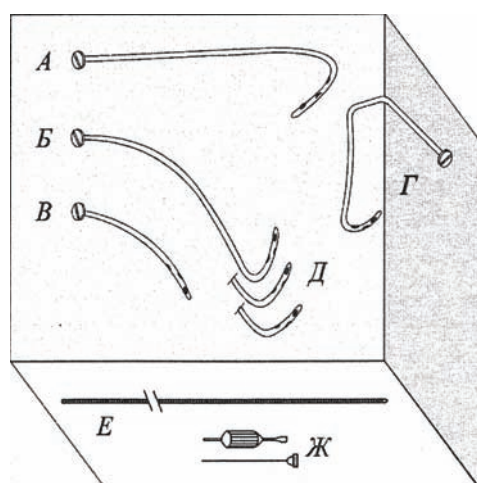


Рис. 2. Набір для ендопротезування жовчних проток

А, Б, В, Д – ендопротези для правої доли печінки;
Г – ендопротез для лівої доли печінки;
Е – ангиографічний гнучкий провідник; Ж – виротка

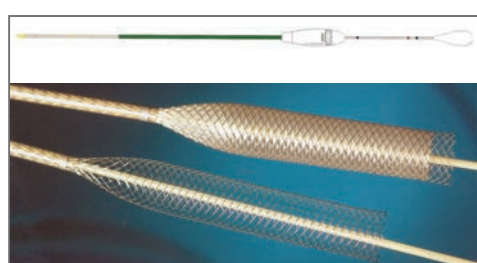


Рис. 3. Набір для ендобіліарного стентування Hanarostent Biliary (M.I. Tech, Korea) і набір для ендобіліарного стентування Wallstent (Boston Scientific, USA)

захворюваності й поширеності жовчнокам'яної хвороби, особливо ускладнених її форм (холедохолітиаз, механічна жовтяниця (МЖ), гострий холецистит, гнійний холангіт, стриктура термінального відділу холедоха, стеноз великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВС ДПК) та ін.), пошкоджень та стриктур жовчних проток, доброякісних і злоякісних пухлин підшлункової залози, ВС ДПК, жовчних проток, печінки тощо, які зазвичай зумовлюють обструкцію біліарного тракту з розвитком МЖ, гнійного холангіту й інших ускладнень (у 20,1-80,5% хворих на холедохолітиаз, 30-50% при пухлинних ураженнях органів гепатопанкреатобіліарної зони, 50-72% – при стриктурах позапечінкових жовчних проток тощо).

Механічна жовтяниця – це симптомокомплекс, зумовлений порушенням природного пасажу жовчі внаслідок обструкції біліарного тракту доброякісного або пухлинного генезу, результатом якого є холестаза, біліарна гіпертензія, порушення мікроциркуляції, виникнення дистрофії та вогнищевих некрозів у паренхімі печінки, що призводить до розвитку печінково-клітинної недостатності, порушення детоксикаційної, бар'єрної, синтетичної й інших функцій печінки, а також прогресуючої токсемії внаслідок надходження токсичних продуктів розпаду жовчі в системний кровообіг, мікробної контамінації і транслокації кишкової мікрофлори у портальну систему з наступною реалізацією синдрому поліорганної недостатності, що є однією з найчастіших причин смерті таких хворих.

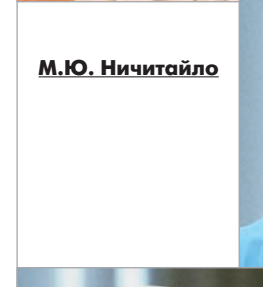
У 23,4-50,1% хворих МЖ супроводжується гнійним холангітом, який є наслідком тривалого холестазу. З урахуванням реальної загрози розповсюдження запального процесу на численні, навіть найдрібніші жовчні протоки гострий холангіт може проявлятися септичним станом, що в умовах біліарної гіпертензії нерідко стає причиною розвитку внутрішньопечінкових холангіогенних абсцесів, біліарного сепсису, внаслідок чого летальність при гнійному холангіті залишається високою, коливаючись, за даними різних авторів, у межах 12,1-31,3%. Головною її причиною у цієї категорії хворих є прогресуюча печінкова та ниркова недостатність.

При повній біліарній обструкції будь-якого генезу швидко прогресуюча внутрішньопотокова гіпертензія супроводжується стрімким розвитком ендотоксемії, гнійного холангіту, біліарного сепсису, бактеріально-токсичного шоку, прогресуючої печінково-ниркової недостатності, що зумовлює необхідність термінової біліарної декомпресії, тому що виконання екстрених хірургічних втручань у хворих з серйозними метаболічними розладами у 50% і більше випадків стає причиною смерті.

За переконанням більшості провідних біліарних хірургів світу, сьогодні методом



М.П. Захараш



М.Ю. Ничитайло



Ю.М. Захараш



А.І. Стельмах



вибору при хірургічному лікуванні хворих з МЖ доброякісного і пухлинного походження є двохетапна хірургічна тактика, яка передбачає виконання на I етапі декомпресії жовчовивідних шляхів одним із малоінвазивних (ендоскопічний ретроградний або черезшкірно-черезпечінковий) методів у поєднанні з активною консервативною терапією, а на II етапі – радикального хірургічного втручання, спрямованого на усунення основної причини жовчної гіпертензії.

Декомпресія біліарного тракту – найбільш відповідальний етап у лікуванні важких форм МЖ. Характер основного захворювання органів гепатопанкреатодуоденальної зони, яке зумовило розвиток механічної жовтяниці, і його локалізація є визначальною у виборі методу і способу відновлення пасажу жовчі, арсенал яких в останні десятиріччя, особливо із запровадженням ендоскопічних і антеградних ендобіліарних технологій, суттєво збільшився.

Із середини 70-х років ХХ сторіччя в діагностиці та лікуванні холедохолітазу провідне місце належить ендоскопічним ретроградним втручанням, перш за все це ендоскопічна ретроградна холедохопанкреатографія з ендоскопічною папілосфінктеротомією, історія використання якої нараховує понад 30 років. Уперше цей метод мініінвазивної біліарної декомпресії незалежно один від одного виконали у 1974 р. у Німеччині

Продовження на стор. 16.

М.П. Захараш, член-кореспондент НАМН України, д.м.н., професор, Ю.М. Захараш, д.м.н., професор, А.І. Стельмах, В.В. Мороз, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця; М.Ю. Ничитайло, д.м.н., професор, Г.Ю. Мошковський, Національний інститут хірургії та трансплантології НАМН України ім. О.О. Шалімова, м. Київ

Пункційні методи під УЗ-контролем в діагностиці та лікуванні захворювань органів черевної порожнини та післяопераційних ускладнень

Продовження. Початок на стор. 15.

M. Classen і L. Demling, а також у Японії K. Kawai зі співавторів. Це малотравматичне, високоефективне і досить близьке до фізіологічного втручання швидко отримало широке розповсюдження у більшості провідних хірургічних клінік світу. В останні десятиріччя з метою декомпресії біліарного тракту і ліквідації жовчної гіпертензії його виконують у 72,4-85,2% хворих з МЖ, зумовленою холедохолітазом, обмеженими стриктурами термінального відділу холедоха, ВС ДПК, хронічним індуративним панкреатитом та ін. Однак обмежують використання цієї методики високі показники ускладнень і летальності, які становлять відповідно 3,3-8,8% і 0,4-1,3%. Найбільш важкими з них є кровотеча з папілотомного розтину (1,4-4,0%), розвиток гострого холангіту, панкреатиту (0,9-6,3%), перфорація дванадцятипалої кишки (0,2-0,5%), що вимагає негайного виконання відкритого хірургічного втручання для корекції ускладнень та ін.

На сучасному етапі розвитку біліарної хірургії серед різних методів біліарної декомпресії одне з провідних місць починають посідати черезшкірно-черезпечінкові методи дренування біліарного тракту під УЗ-контролем. Серед них найбільшого поширення набула черезшкірно-черезпечінкова холангіостомія (ЧЧХС), виконання якої показано при МЖ з високим і середнім блоком магістрального жовчовідтоку (холедохолітаз, стриктури, пошкодження та пухлини магістральних жовчних проток, ВС ДПК, головки підшлункової залози та ін.) (рис. 4).

Виконання ЧЧХС є пріоритетним також при рубцевій стриктурі дистального відділу холедоха у поєднанні з гнійним холангітом, що дозволяє здійснювати антеградну санацію жовчних проток і їх підготовку до наступної дилатації стриктури, виконання ендпротезування або стентування. Все більшого поширення у біліарній хірургії при МЖ, гострому

холециститі набуває черезшкірно-черезпечінкова холангіостомія (ЧЧХС) з метою здійснення біліарної декомпресії, а також санації жовчного міхура у пацієнтів із вкрай важким соматичним станом, що стає перешкодою до виконання більш складних хірургічних втручань (рис. 5).

Антеградні черезшкірно-черезпечінкові ендобіліарні втручання — це комплекс малоінвазивних методик, виконання кожної з яких передбачає вирішення конкретної діагностичної чи лікувальної мети, а використання їх у різному поєднанні — усунення МЖ і підготовку хворих до паліативного чи радикального лікування, а також які можуть стати остаточним методом лікування у неоперабельних хворих із злоякісним ураженням органів гепатопанкреатодуоденальної зони. Ці методики вигідно відрізняються від відкритих хірургічних втручань з лапаротомного доступу малою травматичністю, більш низькою частотою ускладнень. Використання антеградних ендобіліарних втручань дає можливість виконання холангіографії, що дозволяє визначити рівень, протяжність і характер обструкції біліарного тракту.

Отже, ендобіліарні інтервенційні втручання поділяють на діагностичні та лікувальні, серед яких розрізняють:

- черезшкірно-черезпечінкову пункційну холангіографію;
- багатоваріантну черезшкірну черезпечінкову холангіостомію;
- антеградне ендпротезування жовчних проток;
- антеградне стентування жовчних проток.

Залежно від напрямку дренування жовчі (назовні чи в просвіт шлунково-кишкового тракту) після виконання інтервенційних втручань, а також з урахуванням часового проміжку (тривалості) — одномоментно (безпосередньо в ході виконання ЧЧХС) або відстрочено (після виконання ЧЧХС) розрізняють:

- зовнішнє дренування — шляхом виконання ЧЧХС і ЧЧХС;
- одномоментне внутрішнє дренування;
- відстрочене внутрішнє дренування — виконується через 7-10 днів після попередньо проведеної зовнішньої ЧЧХС.

Виконання ЧЧХС під УЗ-контролем, за переконанням більшості біліарних хірургів, є пріоритетним при локалізації біліарного блоку дистальніше місця впадіння міхурової протоки в загальну жовчну у разі збереження її прохідності за таких умов (рис. 6):

- у разі незначної дилатації жовчних проток, що ускладнює виконання ЧЧХС;
- за значного збільшення розмірів жовчного міхура;
- при ідеальному приляганні жовчного міхура до нижньої поверхні печінки.

Методика виконання ЧЧХС під УЗ-контролем, яка є успішною у переважній більшості хворих, — простий і малотравматичний спосіб дренування біліарного

тракту, який може ефективно використовуватись у неоперабельних хворих з МЖ за високого ризику виконання будь-яких інших оперативних втручань для забезпечення тимчасової або постійної декомпресії біліарного тракту.

У хворих з МЖ, яка зумовлена різниці за характером і розповсюдженістю злоякісними новоутвореннями, тактика виконання антеградних ендобіліарних втручань передбачає досягнення біліарної декомпресії у період підготовки хворого до радикального чи паліативного хірургічного втручання або може бути остаточним методом лікування таких хворих (рис. 7).



Рис. 6. ЧЧХС, фістулографія. Холедохолітаз, конкремент дистального відділу холедоха



Рис. 7. ЧЧХС, фістулографія. Рак головки підшлункової залози з блоком на рівні верхньої третини холедоха

Незалежно від причин, які викликали МЖ, лікувальна тактика зазвичай передбачає виконання антеградного зовнішнього дренування жовчних проток. Після досягнення біліарної декомпресії режим зовнішнього дренування можна перевести в режим внутрішнього дренування. 1978 р. F. Burcharth запропонував методику транспаплярного антеградного ендпротезування, а пізніше було запроваджено ендобіліарне анте- та ретроградне протезування жовчних проток під рентгенологічним, УЗ- або холедоскопічним контролем.

Біліарні протези являють собою сегмент полімерної трубки, виготовленої із синтетичних матеріалів — тefлону, поліуретану й інших матеріалів довжиною, достатньою для відновлення пасажу жовчі у дванадцятипалу кишку з частини холедоха, яка знаходиться вище місця обструкції. Ендпротези з тefлону і поліуретану мають кращі характеристики (краще ковзання, стійкість до інкрустації та ін.).

Ендпротезування (ЕП) жовчних проток виконують з метою відновлення природного пасажу жовчі у шлунково-кишковому тракту, усунення незручностей катетерного дренування і покращення якості життя хворого (рис. 8).

Показаннями до проведення ЕП є:

- прогнозована тривалість життя хворих із злоякісними пухлинами біліопанкреатодуоденальної зони не більше 6 міс;
- похилий вік і/або виснаження, і/або важкий стан хворого;
- повний патоморфоз злоякісної пухлини після проведеної променевої терапії або комбінованого лікування.

ЕП має низку переваг перед зовнішнім дренуванням біліарного тракту:

- відсутність загрози розвитку ускладнень, зумовлених виведенням проксимального кінця дренажу назовні (біль, інфікування рани у місці виведення і

фіксації дренажу, інфікування жовчі й розвиток холангіту, дислокація або випадкове видалення дренажу тощо);

- відсутність необхідності щоденного кількаразового догляду за дренажем і місцем його виведення;

- відсутність негативного психологічного впливу на хворого нагадуванням про наявність постійного дренажу, серйозного захворювання і майбутню операцію;

- забезпечення більш ефективного процесу травлення завдяки відновленню фізіологічного пасажу жовчі у дванадцятипалу кишку.

Накопичений досвід використання антеградного ендпротезування і стентування жовчних шляхів свідчить про високу їх ефективність як методу відновлення жовчовідтоку при МЖ доброякісного і пухлинного походження. У деяких випадках ЕП є альтернативою паліативному хірургічному втручанню, що особливо важливо для пацієнтів похилого і старечого віку, при метастатичному раку головки підшлункової залози, ВС ДПК тощо.

Антеградна декомпресія жовчних проток дозволяє ліквідувати холемію у 90% пацієнтів, перевершує результати хірургічного методу за показниками частоти ускладнень, смертності, середньої тривалості життя, скорочує перебування хворого у стаціонарі. Ще недавно смертність від ускладнень інтервенційного дренування жовчних проток сягала 20-30%. За останнє десятиріччя спостерігається тенденція до значного зменшення госпітальної смертності, що пов'язано з покращенням діагностичних можливостей, удосконаленням техніки виконання інтервенційних втручань і якості післяопераційного нагляду за хворими.

Таким чином, у клінічній практиці сьогодні досить широко використовують численні ефективні методи антеградної декомпресії біліарного тракту при МЖ будь-якого генезу.

Серед проблем невідкладної хірургії органів черевної порожнини одне з провідних місць посідає гострий холецистит, який за частотою поступається лише гострому апендициту. Його частота на цей час сягає 17-18% усіх випадків захворювань органів черевної порожнини, які потребують виконання екстрених хірургічних втручань. Близько 40% таких хворих — це люди віком понад 60 років. Хоча сьогодні чітко визначено алгоритм хірургічної тактики при лікуванні цієї патології, який передбачає пріоритетність виконання операції холецистектомії, дискусійним залишається питання визначення обсягу первинної хірургічної допомоги у пацієнтів похилого і старечого віку з вираженою супутньою патологією, що зумовлює прогресування синдрому взаємного обтяження і, у свою чергу, суттєво підвищує операційно-анестезіологічний ризик. Ситуація ускладнюється швидким наростанням деструктивних змін у жовчному міхурі, що ще більше погіршує й без того важкий стан хворого. Ефективною у таких випадках являється декомпресія біліарного тракту за рахунок виконання ЧЧХС у пацієнтів зі збереженою прохідністю міхурової протоки (рис. 9).

В останні роки черезшкірні втручання у поєднанні з відеолапароскопічними й іншими малоінвазивними втручаннями найбільш інтенсивно застосовують під час лікування ускладнень гострого деструктивного панкреатиту. Це кардинально змінило ситуацію в тактиці ведення і результатах лікування цієї патології.



Рис. 4. ЧЧХС під УЗ-контролем

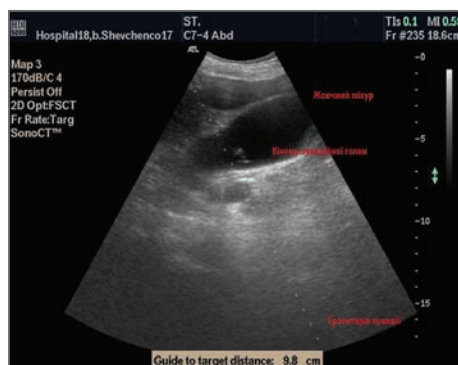


Рис. 5. ЧЧХС під УЗ-контролем

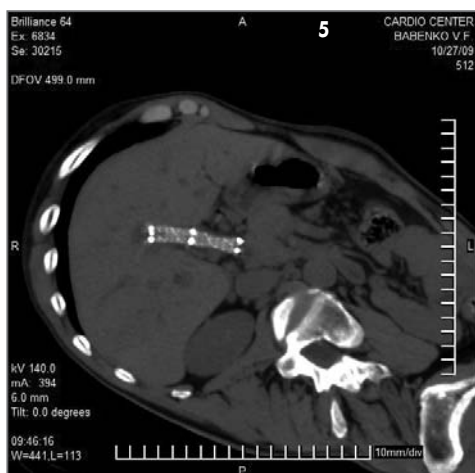


Рис. 8. Етапи антеградного ендобіліарного стентування у пацієнта з пухлиною Кляціна

1. Черезшкірно-черезпечінкова холангіостомія.
2. Реканалізація пухлини.
3. Відстрочене зовнішньо-внутрішнє дренивання.
4. Стент, установлений у загальній печінковій протоці.
5. Комп'ютерна томографія через 2 міс після стентування.

Гострий панкреатит – одне з найбільш тяжких за клінічним перебігом і наслідками хірургічних захворювань органів черевної порожнини, яке дотепер супроводжується високою летальністю (25-41%), що не має тенденції до зниження через складність патогенезу, труднощі в діагностиці й лікуванні. У 18% хворих на гострий деструктивний панкреатит розвивається флегмона заочеревинного простору, у 10% – псевдокіста підшлункової залози, у 5% виникає кровотеча у порожнину сальникової сумки з утворенням гематоми, у 1-9% формується абсцес. Вирішальне значення у лікуванні цієї патології має своєчасне виконання адекватного хірургічного втручання. Однак сьогодні не існує єдиної концепції у визначенні термінів і обсягів його виконання. Більшість дослідників схиляється до думки про неефективність ранніх лапаротомій, які у своїй більшості зазвичай закінчуються простим дрениванням сальникової сумки, черевної порожнини і заочеревинного простору. Разом з тим швидкий розвиток синдрому ендогенної інтоксикації і, як наслідок, загроза виникнення такого грізного ускладнення як поліорганна недостатність, змушують

хірурга виконувати хірургічні втручання зі значним ризиком для життя пацієнта. Виходячи з вищевикладеного, можливим шляхом вирішення цієї проблеми паралельно з інтенсивною терапією є виконання черезшкірних малоінвазивних втручань під УЗ-контролем, що може здебільшого забезпечити асептичний характер перебігу панкреонекрозу, зменшити можливість бактеріальної транслокації в зони деструкції, а також дозволить визначити ступінь бактеріального забруднення.

Поява випоту в парапанкреатичній зоні при гострому панкреатиті у комбінації з не до кінця ясним перебігом хвороби є показанням до черезшкірної пункції з наступним дослідженням аспірата з метою визначення асептичної або інфікованої фази перебігу захворювання. Наступні цитологічні, бактеріологічні й біохімічні дослідження дозволяють установити діагноз із точністю до 100% коректувати лікувальну тактику на різних етапах розвитку гострого панкреатиту, прогнозувати й запобігати розвитку різних ускладнень.

При набряковому гострому панкреатиті черезшкірні втручання застосовують лише з діагностичною метою (одержання аспірата для проведення лабораторних досліджень), а також з метою боротьби з вираженим болізовим синдромом (хімічна денервація шляхом алкоголізації сонячного сплетіння).

Пункційні методики при обмежених ускладненнях гострого панкреатиту застосовують:

– як метод радикального лікування відмежованих заочеревинних напливів, флегмон, абсцесів і кіст;

– як етап підготовки до наступного радикального хірургічного лікування.

Одним з найбільш серйозних і грізних ускладнень гострого панкреатиту є формування несправжніх кіст панкреатогенного походження. Якщо хірургічна

тактика при сформованих кістах підшлункової залози сьогодні досить чітко визначена, то при несформованих псевдокістах питання можливості й необхідності їх хірургічного лікування останнім часом активно дискутуються. Якщо до недавня показаннями для використання діапевтичних технологій традиційно вважали нагноєння, компресійний, болізовий і біліарний синдроми, швидке збільшення за розмірами кісти, то останнім часом все більше панкреатологів схиляються до думки, що питання про терміни виконання хірургічного втручання при діагностуванні гострої панкреатичної кісти потрібно вирішувати на користь її пункції та дренивання, навіть при неускладненому перебігу кісти (рис. 10). Саме під час формування капсули кісти (3-6 міс) найчастіше розвиваються небезпечні для життя хворого ускладнення (нагноєння, кровотеча).

Аспіраційно-пункційним методом гарантовано можнавилікувати псевдокісти невеликого об'єму (50-350 мл) і діаметра (6-7 см) незалежно від характеру перебігу патологічного процесу (інфікований або асептичний). Зазвичай невеликий об'єм псевдокісти свідчить про відсутність її зв'язку з панкреатичною протокою (рис. 10).

Дренивання кіст у більш ранній термін дозволяє запобігати потенційно можливим ускладненням, небезпечним для життя (розрив псевдокісти з викидом її вмісту в черевну порожнину, кровотеча у порожнину кісти, нагноєння кісти).

Ефективними можуть бути черезшкірні втручання у лікуванні сформованих псевдокіст за умови відсутності в них зв'язку з протоковою системою залози.

Гнійні ускладнення некротичного панкреатиту залишаються основною причиною летальності при цьому захворюванні. У міру поглибленого вивчення ексосміотики панкреонекрозу і його ускладнень з'явилися перші повідомлення про лікувальні можливості пункційних втручань під УЗ-контролем при обмежених гнійних постнекротичних утвореннях.

Черезшкірні втручання відносно безпечні, високоефективні в діагностиці й лікуванні хворих з об'ємними гнійно-запальними процесами підшлункової залози, вони дозволяють отримати хороші результати лікування пацієнтів з підвищеним операційним ризиком, а в деяких випадках дають можливість уникнути хірургічного лікування або повторних лапаротомій.

Досить часто флегмони заочеревинної клітковини до кінця другого тижня свого розвитку викликають формування тонко- або товстокишкових нориць. До впровадження у клінічну практику малоінвазивних методик, які дозволяють проводити рентгенконтрастне дослідження вогнищ деструкції заочеревинної клітковини, кишкові нориці відносили до рідкісних ускладнень деструктивного панкреатиту. Використання черезшкірних втручань при великих заочеревинних флегмонах – первинна хірургічна маніпуляція, що дозволяє у першу чергу уточнити діагноз (бактеріологічні дослідження й корекція антибактеріальної терапії, контрастні дослідження з метою визначення довжини вогнищ деструкції та їх можливого зв'язку з органами черевної порожнини), у міру можливості стабілізувати стан пацієнта (пункції й дренивання доступних для втручання вогнищ) з наступним хірургічним лікуванням у більш сприятливий для цього період.

Аналіз результатів досліджень свідчить, що, незважаючи на високий рівень розвитку сучасної гнійної хірургії, розробку нових методик хірургічних втручань, потужний арсенал високоефективних антибактеріальних препаратів, удосконалення основних принципів антисептики й профілактичних заходів, проблема лікування і профілактики

обмежених гнійних осередків черевної порожнини та її органів остаточно не вирішена. Однак у значному відсотку випадків традиційні хірургічні втручання при абсцесах можна обмежити санацією й зовнішнім дрениванням гнійника, що мало відрізняється від кінцевої мети черезшкірних втручань.

Виконання лікувальних пункцій передбачає максимальне видалення вмісту абсцесу, багаторазову санацію порожнин розчинами антисептиків і введення антибіотиків широкого спектра дії (до одержання антибіотикограми), а після чого, як і при дрениванні, проведення етіотропної антибактеріальної терапії. У деяких випадках (за наявності густого гною або дрібних секвестрів) використовують черездренажне введення протеолітичних ферментів.

Вибір способу дренивання двохмоментно за методикою Сельдінгера чи одномоментно за методикою стилет-катетера залежить від локалізації й розмірів гнійного вогнища. Можлива корекція кількості й локалізації дренажів, що є важливою особливістю цієї методики лікування.

Контроль над динамікою стану вогнища здійснюють за допомогою ультразвуку, рідше – шляхом виконання абсцесографії або комп'ютерної томографії (рис. 11). У разі необхідності можна виконувати заміну дренажів за Сельдінгером на дренажі більшого або меншого діаметра, корекцію їх розташування під час лікування.



Рис. 10. Пункція кісти голівки підшлункової залози



Рис. 11. Абсцеси правої долі печінки. Пункція і дренивання абсцесів. Абсцесографія

Критеріями ефективності цього способу лікування є стабілізація загального стану пацієнта, різке зменшення або зникнення виділень або патологічного утворення при контрольному дослідженні.

Критерії ефективності лікування й припинення лікувальних заходів такі:

- зменшення залишкової порожнини до 1/3 від початкової;
- незначна кількість виділень з порожнини або їх повна відсутність;
- зміна характеру виділень (із гнійного до серозно-сукровичного);
- стабілізація загального стану хворого;
- стійка тенденція до нормалізації лабораторних показників;
- негативні результати контрольного бактеріологічного дослідження;

Продовження на стор. 18.



Рис. 9. Мікрохолестостомія у пацієнта з гострим калькульозним холециститом, емпією жовчного міхура

М.П. Захараш, член-кореспондент НАМН України, д.м.н., професор, **Ю.М. Захараш**, д.м.н., професор, **А.І. Стельмах**, **В.В. Мороз**, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця; **М.Ю. Ничитайло**, д.м.н., професор, **Г.Ю. Мошковський**, Національний інститут хірургії та трансплантології НАМН України ім. О.О. Шалімова, м. Київ

Пункційні методи під УЗ-контролем в діагностиці та лікуванні захворювань органів черевної порожнини та післяопераційних ускладнень

Продовження. Початок на стор. 15.

• зникнення або зменшення в об'ємі реактивного випоту в черевній або плевральних порожнинах.

При розмірах абсцесів до 4-5 см перевагу віддають пункційному лікуванню. Розміри абсцесів більше 5 см, наявність декількох вогнищ або неефективність пункційного лікування – це показання до черешкірного дренивання або комбінації методик.

При лікуванні довгоіснуючих абсцесів з потовщеною капсулою, густим умістом, наявності секвестрів, а також декількох порожнин, що з'єднуються, ефективним є черешкірне введення протеолітичних ферментів, що дозволяє скоротити терміни дренивання на 4-5 діб.

Черешкірні втручання виявилися ефективними і при лікуванні посттравматичних, у першу чергу неорганізованих або частково організованих гематом печінки, посттравматичних білом і кіст печінки, які нагноїлися.

При позаорганній локалізації обмеженої гнійної патології (абсцес) вибір методики визначає розташування об'єкта стосовно органів черевної порожнини, тобто ступенем його доступності й розмірами.

Піддіафрагмальне розташування є показанням для дренивання за однією з методик, найчастіше стилет-катетером з переважним установленням двох катетерів або двопросвітнього дренажу для постійної іригації патологічної порожнини. Терміни дренивання за цієї патології коливаються від 7 до 21 доби.

У разі підпечінкового розташування або міжпелетельної локалізації абсцесів використовують лікувальні пункції, через те що найчастіше ці абсцеси невеликих розмірів з обмеженою доступністю до них (петлі кишечнику). Кількість втручань становить 1-3 при підпечінковому розташуванні і 3-6 – при міжпелетельних абсцесах (рис. 12).



Рис. 12. Апендикулярний абсцес. Пункція абсцесу

Таким чином, черешкірні втручання є високоефективними мініінвазивними методами хірургічного лікування різноманітних післяопераційних утворень гнійно-запального походження (жовчні напливи, неорганізовані гематоми, абсцеси), які у 51,4-65% випадків можуть стати остаточним методом їх лікування. Черешкірні ехоконтрольовані втручання використовують і для ліквідації невідмежованих внутрішньочеревних і заочеревинних рідинних скупчень (асцит, реактивний плеврит),

у першу чергу при невеликій кількості рідини, що робить складним і небезпечним застосування традиційної методики. Вказані втручання – ефективний метод лікування раннях післяопераційних ускладнень в абдомінальній хірургії, що вимагає широкого клінічного використання в хірургічних стаціонарах країни.

Пункції й дренивання під контролем сонографії слід вважати методом вибору в лікуванні низки хірургічних захворювань органів черевної порожнини і заочеревинного простору.

Сумарний позитивний ефект у вигляді повного вилікування абсцесів та інших рідинних післяопераційних утворень черевної порожнини і її органів шляхом черешкірних втручань під УЗ-контролем становить близько 85-97%.

Відносна безпека, швидкість виконання, інформативність і результативність, висока економічна ефективність – визначальні фактори для широкого клінічного впровадження у вітчизняну медицину методу черешкірних втручань під УЗ-контролем. Разом з тим слід зазначити, що це не абсолютно безпечний метод, що вимагає чіткого дотримання показань, техніки виконання; втручання мають виконувати висококваліфіковані фахівці зі знанням основ променевої діагностики, хірургії, топографічної й УЗ-анатомії в умовах спеціалізованого хірургічного стаціонару, оснащеного сучасною апаратурою й інструментарієм.

Клініка кафедри хірургії №1 НМУ ім. О.О. Богомольця і відділ лапароскопічної хірургії та холелітазу НІХТ ім. О.О. Шалімова мають досвід успішного лікування більше 2 тис. пацієнтів із захворюваннями органів черевної порожнини, у яких застосовували пункційні методи хірургічного лікування.

Висновки

• Черешкірно-черешкірні втручання під УЗ-контролем – одні з найбільш ефективних методів забезпечення біліарної декомпресії при МЖ пухлинного і доброякісного походження, у лікуванні внутрішньочеревних абсцесів та інших рідинних скупчень черевної порожнини, заочеревинного простору тощо.

• Діагностичні пункції під УЗ-контролем – спосіб диференційної діагностики обмеженої патології черевної порожнини і її органів, що підвищує ефективність виявлення гнійної патології до 100%.

• Бактеріологічне дослідження одержуваного аспірату дозволяє визначити мікрофлору, чутливість до антибактеріальних препаратів і проводити етіотропну терапію.

• Чітке визначення доступу для виконання черешкірних втручань під УЗ-контролем, дотримання всіх технічних прийомів, повноцінна санація біліарного тракту чи гнійних осередків у поєднанні з комплексним лікуванням пацієнтів – основні складові досягнення позитивного результату.

О.І. Пойда, д.м.н., професор кафедри хірургії №1 Національного медичного

Алгоритм надання допомоги етапі

Колопроктологія (від латинського слова *colon* – ободова кишка та грецького *proktos* – пряма кишка) – це сучасний спеціалізований розділ хірургії, який включає вивчення питань етіології, патогенезу, морфології, патофізіології, діагностики, профілактики та лікування захворювань товстої кишки (ободової і прямої) та промежини. До цих захворювань відносяться аномалії і вади розвитку товстої кишки та навколопрямокишкової зони (неповний ембріональний поворот товстої кишки, мегаколон, подвоєння товстої кишки, атрезії та ектопії прямої кишки, тератодні захворювання та ін.), дивертикулез товстої кишки, різноманітні функціональні порушення діяльності товстої кишки (хронічні закрепи, синдром подразнення кишки, дискінезії), неспецифічні запальні захворювання товстої кишки, парапроктити, геморої, анальна тріщина, епітеліальні куприкові ходи, доброякісні та злоякісні новоутворення товстої кишки та інші, усього відповідно до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10) більше 200 різноманітних захворювань.

Медична допомога надається колопроктологічним хворим у певній обов'язковій послідовності: діагностика захворювання → вибір лікувальної тактики (де і яке проводитиметься лікування) → лікування хворого → подальше динамічне спостереження за станом здоров'я (амбулаторно або в умовах стаціонару). До недавнього часу діагностикою та лікуванням захворювань товстої кишки та промежини займалися загальні хірурги. Однак особливості анатомії і фізіології товстої кишки, перебігу її захворювань та їх ускладнень, операційних втручань, нерідко їх інвалідизуючий характер показали необхідність спеціальної підготовки фахівців – колопроктологів. При цьому дуже важливо, щоб таку підготовку проходили хірурги, які вже мають досвід роботи в загальній хірургії. Також важливо пам'ятати і обов'язково враховувати, що об'єктом діагностики та лікування є захворювання органа, який є не просто анатомічним, а дуже важливим анатомо-функціональним відділом травного каналу, нормальна робота якого має певне соціальне значення, тобто визначає якість життя людини.

Крім того, все більш актуальними стають діагностика та лікування патології товстої кишки у зв'язку з неухильним ростом розповсюдженості таких захворювань, як злоякісні новоутворення. При цьому важливо знати, що єдиним реальним методом профілактики раку товстої кишки є своєчасне виявлення та видалення її поліпів. Забезпечити вказану своєчасну діагностику може тільки контроль (моніторинг) стану здоров'я людей, особливо в осіб, які відносяться до групи ризику (перш за все з несприятливою спадковістю).

Вирішити це важливе завдання може тільки розвинена догоспітальна (амбулаторна) допомога, наявність мережі колопроктологічних кабінетів. І, звичайно, консультувати в цих кабінетах повинні фахівці-колопроктологи.

Надання спеціалізованої колопроктологічної допомоги в амбулаторних умовах – важливий і відповідальний етап. Для цього перш за все необхідна організація надання такої допомоги. Це і відповідний медичним нормам кабінет (кімнати для загальноклінічного обстеження, для проктологічного огляду) та необхідний набір меблів, інструментів (гінекологічне крісло, ректальні дзеркала, аноскопи, ректороманоскопи, щипці для біопсії, джерело світла зі світловодом та ін.)

Характерною особливістю консультації колопроктолога порівняно з оглядом загального хірурга є проведення спеціального проктологічного огляду (під час огляду повністю оглядається лише пряма кишка, звідси назва «проктологічний огляд»). Цей огляд методологічно є завершальним

і проводиться після загальноклінічного обстеження (скарги, анамнез, об'єктивний огляд тощо). Безумовно, проктологічний огляд вимагає спеціальних знань, навичок і досвіду лікаря, так як є інвазивним, іноді небезпечним дослідженням, що зумовлено необхідністю використання спеціальних інструментів.

Проктологічний огляд складається з чотирьох обов'язкових послідовних етапів дослідження:

1-й – огляд перианальної ділянки з мануальною пальпацією;

2-й – пальцеве дослідження анального каналу й ампули прямої кишки, максимальний огляд – 6-8 см від анокутанної лінії (перехідної складки або лінії Хілтона);

3-й – аноскопія (огляд анального каналу та нижньоампулярного відділу прямої кишки за допомогою аноскопа) або огляд за допомогою ректального дзеркала, максимальний огляд – до 6-7 см; за показаннями виконується біопсія;

4-й – ректороманоскопія (ендоскопічне дослідження прямої кишки, ректосигмоїдного вигину товстої кишки та дистального відділу сигмовидної ободової кишки, максимальний огляд – до 30 см, рекомендується оглядати не менш ніж на 25 см, що вважається достатнім; у разі поганої підготовки пацієнта ректороманоскопію треба повторити); за показаннями виконується біопсія.

Проктологічний огляд вважається проведеним, якщо виконано всі вказані послідовні етапи. Нехтування окремими етапами дослідження при проведенні проктологічного огляду хворого, який звернувся до колопроктолога, призводить до діагностичних помилок, а також є причиною несвоечасної діагностики багатьох захворювань і насамперед онкологічної патології.

На превеликий жаль, сьогодні ще залишається необгрунтованою клінічна практика, коли загальні хірурги за наявності скарг хворого щодо захворювань ободової і прямої кишки «замінують» проктологічний огляд як обов'язковий первинний спеціальний етап колопроктологічного обстеження на виконання одразу фіброколоноскопії (ендоскопічне дослідження товстої кишки спеціальним гнучким зондом – фіброколоноскопом). Слід зауважити, що повноцінний огляд фіброколоноскопом хірургічного (клінічного) анального каналу і нижньоампулярного відділу прямої кишки неможливий, також виконання біопсії під час 3-го чи 4-го етапів проктологічного огляду є більш адекватним за рахунок більших за розміром щипців для біопсії і, відповідно, більших за розміром шматочків тканин які отримуються (біоптатів), що створює сприятливі умови для правильної морфологічної діагностики. Крім того, проктологічний