

Хирургическое лечение механической желтухи у больных с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом /С.Г.Штофин, В.А.Бородач, М.З.Саак, А.А.Асатрян //Актуальные проблемы хирургической гепатологии: мат. конгресса. - Донецк, 2013. - С. 145-146.

Чарчян Г.Л. Сравнительный анализ лапароскопической и открытой холецистэктомии в лечении деструктивных форм острого холецистита у больных

старших возрастных групп /Г.Л.Чарчян, А.П.Уханов, А.И.Игнатъев //Эндоскопическая хирургия. - 2013. - №2. - С. 9.

Шлутко А.М. Лечение острого калькулезного холецистита у пожилых и старых больных /А.М.Шлутко, В.Г.Агаджанов //Анналы хирургической гепатологии. - 2004. - №2. - С. 165-166.

Шорох С.Х. Этапность эндохирургического лечения острого холецистита у

больных с высоким оперативным риском /С.Х.Шорох, Г.П.Шорох //Анналы хирургической гепатологии. - 2004. - №2. - С. 165.

Baron T.N. ECRP /T.N.Baron, R.A.Kozachek, D.I.Carilloike //MedSera. - 2008. - 524 s.

Mc Gahan J.P., Lindforst K.K. Percutaneous cholecystostomy:an alternative to surgical cholecystostomy for acute cholecystitis? /J.P.McGahan., K.K.Lindforst //Radiology. - 1989. - №2. - P. 481-485.

Івашченко В.В., Івашченко А.В., Скворцов К.К., Скворцов К.К. (мол.)

ЩОДО ПИТАННЯ РАЦІОНАЛЬНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ХОЛЕЦИСТИТ НА ТЛІ ГІПЕРБІЛІРУБІНЕМІЇ У СВІТЛІ 20-РІЧНОГО ДОСВІДУ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХІРУРГІЇ

Резюме. В роботі на основі 20-річного досвіду лапароскопічної хірургії у 1278 хворих на гострий холецистит, що перебігає на тлі гіпербілірубінемії, обґрунтовуються переваги етапної тактики лікування з виконанням на першому етапі лапароскопічної холецистектомії (усунення осередку ураження), холедохостомії із завершальною корекцією протокової гіпертензії - на другому.

Ключові слова: лапароскопічна хірургія, гострий холецистит, гіпербілірубінемія, етапність лікування.

Ivashchenko V.V., Ivashchenko A.V., Skvortsov K.K., Skvortsov K.K. (jr.)

ABOUT THE RATIONAL SURGICAL TACTICS IN PATIENTS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS WHICH WERE OCCURRING ON A BACKGROUND OF HYPERBILIRUBINEMIA ACCORDING WITH 20 YEARS OF EXPERIENCE IN LAPAROSCOPIC SURGERY

Summary. The article shows the result of 20 years of experience in laparoscopic surgery in 1278 patients with acute cholecystitis which were occurring on the background of hyperbilirubinemia. The main strategy was in holding the first phase- laparoscopic cholecystectomy (removal the lesion focus), choledochostomy with the final correction of ductal hypertension on the second stage.

Key words: laparoscopic surgery, acute cholecystitis, hyperbilirubinemia, stages of treatment.

Стаття надійшла до друку 29.11.2013 р.

Івашченко Владимир Васильевич - д.м.н., проф., зав. кафедрой общей хирургии Донецкого национального медицинского университета имени М.Горького; +38 0622 66-83-56; +38 062 217-34-40; +38 062 217-26-91; +38 050 253-60-39

Івашченко Андрей Владимирович - к.м.н., доц. кафедры общей хирургии Донецкого национального медицинского университета имени М.Горького; +38 062 389-24-96; +38 062 217-34-40; +38 050 572-10-08

Скворцов Константин Константинович - зав. хирургическим отделением клиники общей хирургии; +38 062 217-34-40; +38 050 981-12-21

Скворцов Константин Константинович (мл.) - к.м.н., ординатор хирургического отделения клиники общей хирургии; +38 062 217-34-40; +38 050 326-49-58; dwarf_i@bigmir.net

© Міщенко В.В., Грубник В.В., Вододюк Р.Ю.

УДК: 616.37-002.4-022.7-089

Міщенко В.В., Грубник В.В., Вододюк Р.Ю.

Одеський національний медичний університет, кафедра хірургії №1 (Валіховський пров., 2, м. Одеса, Україна, 65082)

ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ІНФІКОВАНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Резюме. Опрацьовано результати лікування 143 хворих на гострий інфікований некротичний панкреатит. Інфікування зон некрозу відбувалось на 13-15 день захворювання. Показанням до оперативного лікування були неефективність консервативної терапії, ознаки перитоніту, поліорганна недостатність, гнійні запливи у параколярній, парапанкреатичній, заочеревеній клітковині. У 33(23,1%) хворих діагностовано правобічний параколіт, у 86(60,1%) - лівобічний параколіт, у 7(4,9%) - парапанкреатична флегмона, у 8(5,6%) - ознаки розлитого перитоніту, у 9(6,3%) - скупчення гною у просвіті малого чепця. Пункційні втручання під контролем УЗД з дренажуванням виконані у 107(74,8%) хворих. Лапаротомні операції проведені у 127(88,8%) випадках. Післяопераційна летальність склала 48(37,8%).

Ключові слова: лікування, гострий, деструктивний інфікований панкреатит.

Вступ

Протягом останніх років неухильно зростає частота захворюваності на гострий панкреатит (ГП) - 4,5-6,7 на 10 тис. населення [Бідюк та ін., 2012; Сипливий та ін., 2011; Beger et al., 2008]. ГП характеризується запаленням

підшлункової залози, а при прогресуванні - парапанкреатичної (ППК), параколярної (ПКК), заочеревинної клітковини (ЗК) з високою летальністю (до 60-70%). Від важких форм гострого деструктивного панкреатиту (ГДП)

вмирає кожен другий хворий [Кондратенко и др., 2008]. У 25-80% хворих з гострим деструктивним панкреатитом відбувається інфікування вогнищ некротичної деструкції з розвитком гнійних ускладнень, які потребують зовсім іншого лікувально-діагностичного підходу [Кондратенко и др., 2008; Березницький и др., 2012].

Хірургічне лікування ускладнених форм гострого інфікованого некротичного панкреатиту (ГНП) до даного часу залишається одним з найбільш складних і до кінця не вирішених питань ургентної абдомінальної хірургії. Незважаючи на активне впровадження малоінвазивних технологій у лікуванні ГНП, відкриті лапаротомні та люмботомічні оперативні втручання, являються операціями вибору при неефективності попередніх [Русин и др., 2012; Schette et al., 2008].

Інфікування некротичного ураження підшлункової залози (ПШЗ), парапанкреатичної, параколярної, заочеревинної клітковини потребують виконання повторних, обширних і високотравматичних операцій - адекватне розкриття гнійників, некрсеквестректомія та дренивання черевної порожнини та зон некрозу, результати яких не завжди задовольняють хірургів [Бідюк та ін., 2012; Березницький и др., 2012; Сипливий та ін., 2011].

Тому вибір оперативного втручання у даної категорії хворих залишається актуальним з позицій морфофункціональних змін у тканині ПШЗ, парапанкреатичній, параколярній, заочеревинній клітковині і потребує пошуку нових та оптимізації існуючих тактичних підходів у вирішенні даної проблеми. Виходячи з вище сказаного, метою дослідження було на основі вивчення результатів лікування хворих з гострим деструктивним інфікованим панкреатитом розпрацювання тактичних підходів до лікування.

Матеріали та методи

Опрацьовано результати лікування 143 хворих на гострий деструктивний інфікований панкреатит (ГДІП).

Чоловіків було 105(73,4%), жінок - 38(26,6%). Середній вік пацієнтів склав $42,9 \pm 0,9$ років. Інфікування зон некрозу в ПШЗ, ППК, ПКС, ЗК діагностовано на $13 \pm 2,5$ день захворювання. У 33(23,1%) хворих діагностовано правобічний параколіт, у 86(60,1%) - лівобічний параколіт, у 7(4,9%) - парапанкреатична флегмона з розповсюдженням на заочеревинний простір, у 8(5,6%) - ознаки розлитого перитоніту, 9(6,3%) - скупчення гною у просвіті малого чепця.

В основу діагностики інфікування ГДП покладено ознаки системної запальної відповіді, позитивний прокальцитоніновий тест, наявність перитонеальних симптомів, дані УЗД, бактеріологічного дослідження вмісту з черевної порожнини, рідинних скупчень у зонах ПШЗ, ППК, ПКС, ЗК.

Ступінь вираженості патологічного процесу та важкість стану пацієнта визначався за критеріями Міжнародної Асоціації панкреатологів (Атланта, 1992р), за шкалою APACH I-II та прогностичною шкалою J. Ranson.

При наявності гною у просвіті малого чепця, у зоні некрозу в ПШЗ, ППК, ПКС, ЗК застосовувалася пункція під контролем УЗД з аспірацією вмісту, зовнішнім дрениванням одним або декількома трубчастими дренажами з промиванням зони інфікованого осередку розчином декасана для виведення хворого з критичного стану.

Показанням до відкритого оперативного втручання були: неефективність пункційного методу лікування зони інфікованого осередку впродовж 2-3 тижнів, клінічно-лабораторні ознаки перитоніту, септичний стан хворого з наростанням синдрому поліорганної недостатності. Оперативних втручань може бути декілька.

При наявності сформованих гнійників з наявністю гнійних секвестрів розкриття останніх виконувались з локальних доступів (середньо-серединний, люмбальний, позаочеревинний) з адекватною некрсеквестректомією, та дрениванням гнійних осередків. При серединній лапаротомії після санації черевної порожнини, некрсеквестректомії ПШЗ, обов'язковим є розкриття заочеревинного простору по правому, лівому фланку та парапанкреатичного простору. Окрім стандартного дренивання черевної порожнини нами застосовувалось по-здовжнє дренивання ложа ПШЗ по верхньому та нижньому контуру, правого та лівого фланків з виведенням дренажних трубок через праву та ліву попереково-бокову стінку черевної порожнини. При локалізації гнійного осередку у зоні ПШЗ, у парапанкреатичній зоні операцію закінчували формуванням серединної оментопанкреатобурсостоми. Метод етапних, так званих "програмованих" релапаротомій, у клініці застосовувався за строгими показаннями.

Для поліпшення найближчих і віддалених результатів хірургічного лікування хворих з ГДІП, для профілактики і лікування гнійно-септичних ускладнень При визначенні важкості стану пацієнта за шкалою APACH I-II менше 13 балів застосовували фторхінолони (Левфлоцин (Левофлоксацин) 500 мг 2 рази, Моксифлоксацин 400 мг 1 раз, Пефлоксацин 0,4 г 2 рази на добу), або цефалоспори́ни (цефтриаксон (Альцизон) по 2 г, Цефоперазол + Сульбактам (Файтобакт) по 2,0 г), комбінуючи їх з введенням орнідозола (орнігіл) по 100,0 3 рази на добу. При стані пацієнта за шкалою APACH I-II більше 13 балів призначали карбопеніми (Меропенем 500 мг, або Іміпенем + циластатин 500 мг/500 мг 4 рази на добу; Цефепім (Цефікад) 1,0 г - бета-лакта́мний цефалоспориновий антибіотик IV покоління + Орнігіл 0,5 % 100,0 2 рази на добу). Препарати вводили в/в крапельно протягом 7 діб.

Для санації черевної порожнини та зони операційної рани під час операцій ми застосовували Декасан - 0,02% розчин декаметоксина - антисептичний препарат, похідне бітетвертичних амонієвих сполук, який концентрується на цитоплазматичній мембрані мікробних клітин, сполучається з фосфатидними групами ліпідів мембрани, підвищуючи проникність цитоплаз-

матичної мембрани мікроорганізмів.

Крім того, у комплексному патогенетичному лікуванні хворих з ГДП застосовано октрестатин (октреатид) - синтетичний октапептид по 100 мкг 3 рази підшкірно на добу протягом 7 днів, важливими аспектами терапевтичної дії якого можна вважати виражену цитопротекторну дію, блокаду продукції медіаторів запалення, зменшення мезентеріального й портального кровотоку, інгібуючий вплив на гладку мускулатуру шлунку.

Корекцію метаболічних порушень, профілактику кардіореспіраторних ускладнень проводили Гекодезом, Сорбілактом, Реосорбілактом, розчинами амінокислот та жировими емульсіями. Ентеральне зондове харчування (Берламін - Модуляр) починаємо з моменту відновлення перистальтики.

Результати. Обговорення

Пункційні втручання під контролем УЗД з дренажування виконані у 107(74,8%) хворих. У 32(29,9%) хворих цієї групи інших хірургічних втручань з приводу ГДП не застосовувалось, післяопераційної летальності не було. Критеріями ефективності лікування було зменшення розмірів запального інфільтрату та гнійного вмісту, що контролювалося даними УЗД в динаміці і через дренажними фістулографіями за показанням. Відкриті опера-

тивні втручання проведені у 127(88,8%) випадках.

Післяопераційна летальність у даній групі склала 48(37,8%). У структурі летальності чоловіки становлять 35(72,9%), жінки - 13(27,1%). Основними причинами летальності були поліорганна недостатність, як результат гострого інфікованого некротичного панкреатиту, на фоні розлитого перитоніту, арозія крупної судини з масивною кровотечею.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. У клініці сформовано и успішно застосовується поетапний підхід у лікуванні деструктивного панкреатиту на основі тактичних підходів до лікування згідно з клінічним протоколом надання медичної допомоги при даній патології.

2. Проведення пункційно-дренажних та лапаротомних втручань при гострому інфікованому панкреонекрозі з наступним запропонованим дренажуванням черевної порожнини та формуванням серединної оментопанкреатобурсостоми свідчить про достатньо високу ефективність таких операцій.

Перспективою подальших розробок буде поглиблене вдосконалення алгоритму діагностично-лікувального напрямку у хворих на гострий інфікований некротичний панкреатит.

Список літератури

- | | | |
|--|---|--|
| Бідюк Д.М. Гострий панкреатит: сучасні аспекти хірургічної тактики / Д.М.Бідюк, Ю.С.Лісюк, В.П.Андрющенко //Галицький лікарський вісник. - 2012. - Т.19, №3, Ч.2. - С. 9-11. | ционара /Я.С.Березницький, Р.В.Дука, И.Л.Верхолаз [и др.] //Медичні перспективи. - 2012. - Т.XVII, №1, Ч.1. - С. 58-60. | В.О.Сиплиивий, В.І.Робак, Г.Д.Петренко [та ін.] //Український журнал хірургії. - 2011. - №2(11). - С. 89-93. |
| Кондратенко П.Г. Острый панкреатит / Кондратенко П.Г., Васильев А.А., Конькова М.В. - Донецьк, 2008. - С. 352. | Русин В.І. Клінічний перебіг панкреатогенного інфільтрату залежно від поширення процесу по підшлунковій залозі /В.І.Русин, С.С.Філіп // Галицький лікарський вісник. - 2012. - Т.19, №3, Ч.2. - С. 106-108. | Beger H.G. Diseases of the Pancreas. Current Surgical Therapie /H.G.Beger, S. Matsuno, J.L.Cameron. - Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2008. - 905 s. |
| Оптимизация лечения пациентов с острым панкреатитом в условиях многопрофильного хирургического ста- | Хірургічне лікування хворих на важкі форми гострого панкреатиту: аналіз результатів та фактори прогнозу / | Schette K. Markers for predicting severity and progression of acute pancreatitis / K.Schette, P.Malfertheiner //Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. - 2008. - №22. - P. 75-90. |

Мищенко В.В., Грубник В.В., Вододук Р.У.

ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕАТИТА

Резюме. Проанализированы результаты лечения 143 больных острым инфицированным некротическим панкреатитом. Инфицирование зон некроза происходило на 13-15 день заболевания. Показанием к оперативному лечению были неэффективность консервативной терапии, признаки перитонита, полиорганная недостаточность, гнойные затеки в параколярной, парапанкреатической, забрюшинной клетчатке. У 33(23,1%) больных диагностирован правосторонний параколит, у 86(60,1%) - левосторонний параколит, у 7(4,9%) - парапанкреатическая флегмона, у 8(5,6%) - признаки разлитого перитонита, у 9(6,3%) - скопление гноя в полости малого сальника. Пункционные вмешательства под контролем ультрасонографии с дренированием выполнены у 107(74,8%) больных. Лапаротомные операции проведены у 127(88,8%) случаях. Послеоперационная летальность составила 48(37,8%).

Ключевые слова: лечение, острый деструктивный инфицированный панкреатит.

Mishchenko V.V., Grubnik V.V., Vododuk R.Y.

THE APPROACHES TO TREATMENT OF THE ACUTE DESTRUCTURED INFECTED PANCREATITIS

Summary. The results of treatment of 143 patients with the acute infected necrotizing pancreatitis are analysed. Infecting of areas of necrosis took a place on 13-15 day of disease. A testimony to operative treatment was ineffectiveness of conservative therapy, signs of peritonitis, polyorgans insufficiency, festerings flow in paracolic, parapancreatic, extraperitoneal cellulose. 33(23.1%) patients was diagnosed right-side paracolititis, 86(60.1%) - left-side paracolititis, 7(4.9%) - parapancreatic phlegmon, 8(5.6%) - signs of poured out peritonitis, 9(6.3%) - accumulation of pus in the cavity of omentulum. 107(74,8%) patients were carried out punctional of interference under control ultrasonographic with draining. 127(88,8%) cases were conducted laparotomic operations. Postoperation mortality was 48(37,8%).

Key words: *treatment, acute destructured infected pancreatitis.*

Стаття надійшла до друку 23.11.2013 р.

Мищенко Василь Васильович - д.м.н., проф. кафедри хірургії №1 Одеського національного медичного університету; +38 723-54-16; +38 067 749-67-58; mischenko_vasil@i.ua

Грубник Володимир Володимирович - д.м.н., проф., завідувач кафедри хірургії №1 Одеського національного медичного університету

Вододюк Роман Юрійович - ординатор відділення малоінвазивних втручань Одеської обласної клінічної лікарні

© Нагайчук В.І.

УДК: 616-001.17:616-089.844

Нагайчук В.І.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра загальної хірургії (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

МІКРОАУТОДЕРМОПЛАСТИКА У ВІДНОВНІЙ ХІРУРГІЇ ПРИ ГЛИБОКИХ ПОШИРЕНИХ ОПІКАХ

Резюме. В статті представлений випадок успішного лікування хворої дитини з надкритичними опіками шляхом хірургічної некректомії в стадії опікового шоку з одномоментним закриттям післяопераційних ран ліофілізованими ксенодермотрансплантатами та наступним закриттям гранулюючих ран мікроаутодермотрансплантатами. Використання запропонованої технології дозволило зберегти життя хворому.

Ключові слова: опіки, опікова хвороба, трансплантація, ксенодермоімпланти, аутодермотрансплантати, мікроаутодермотрансплантати.

Вступ

У патогенезі тяжкості опікової хвороби ведуча роль належить площі та глибині ураження тканин з потужним джерелом больової імпульсації, яке формує больовий синдром з психоемоційним стресом. Роль цього механізму формування шоку полягає в тому, що збудження симпатичного відділу вегетативної нервової системи сприяє викиду в кров біологічно активних речовин, в тому числі ацетилхоліну, катехоламінів, глюкокортикостероїдів, АКТГ, соматотропного гормону, що веде до порушення мікроциркуляції з наступною гіпоксією як шкірної тканини, так і внутрішніх органів та наступною поліорганною дисфункцією [Черній, 2006].

Глибокий опіковий некроз, його площа, як субстрат ендогенної і мікробної інтоксикації, неспецифічні токсини (пептиди середньої молекулярної маси, що утворюються при протеолітичному розщепленні білків плазми, біогенні аміни, компоненти кінінової системи, простагландини, ендоперекиси ліпідів, гідролази клітинного походження та ін.) формують перебіг опікової хвороби, її тяжкість та наслідки [Бігуняк, Повстанний, 2004]. Глибокі опіки більше 30% поверхні тіла і до тепер в більшості випадків не сумісні з життям [Атясов та ін., 1989].

Раннє хірургічне видалення девіталізованих тканин при опіках знижує ендогенну і мікробну інтоксикацію, загальну запальну реакцію організму, покращує мікроциркуляцію, чим сприяє збереженню життєздатності паранекротичних тканин, відновлює показники транспорту кисню, кислотно-лужної рівноваги, обміну речовин, реологічних і коагуляційних властивостей крові [Самойленко, 2008]. Видалення некротизованих тка-

нин, на поширених за площею опіках, без закриття післяопераційних ран ефективними замінниками шкіри приречено на незадовільний результат [Бігуняк та ін., 2003].

Раннє хірургічне лікування дермальних поверхневих опіків з використанням ліофілізованих ксенодермотрансплантатів виробництва ТОВ "Інститут біомедичних технологій", м. Тернопіль, який очолює проф. Бігуняк В.В., успішно вирішує проблему загоєння ран в найкоротші терміни (12-16 діб) незалежно від площі ураження [Савчин, 1998; Ковальчук, 2000]. Закриття ран ліофілізованими ксенодермотрансплантатами після ранньої хірургічної некректомії, на ділянках глибоких опіків слугує лише як тимчасове покриття перед відкладеною аутодермопластикой [Таран, 2001]. Єдиним патогенетичним засобом, який веде до одужання хворих з глибокими поширеними опіками є відновлення шкірного покриву шляхом аутодермотрансплантації в ранні терміни, коли регенераторні спроможності організму ще збережені і потерпілі не виснажені тривалим перебігом опікової хвороби [Атясов та ін., 1989].

Одним з найбільш перспективних способів загоєння глибоких поширених опіків є технологія відновлення шкірного покриву способом мікроаутодермопластики, так як із шматка шкіри розміром 10 × 10 см можливо отримати 10000 мікрошматочків, площею 1 мм², сумарна довжина краю епітелізації яких складає 40000 мм. При рівномірному розташуванні мікротрансплантатів (1 на 1 см²) можливо відновити шкірний покрив на площі 10000 см² [Парамонов та ін., 2000].

Мета роботи - покращити результати лікування хво-