

4. Електронна мікроскопія.
5. Серологічні методи.
6. Клінічний метод.

Лікування генітального герпесу проводять системними протівірусними препаратами, поєднуючи його з місцевими засобами.

Лікування первинного епізоду:

Ацикловір у дозі 400 мг. 3 рази на добу протягом 7-10 днів або 200 мг. 5 разів на добу протягом 7-10 днів; Фамцикловір - 250 мг. 3 рази на добу протягом 7-10 днів; Валацикловір - 1 гр. 2 рази на добу протягом 7-10 днів.

Протирецидивна терапія: Ацикловір у дозі 400 мг 2 рази на добу протягом 6-12 міс; Фамцикловір - 250 мг. 2 рази на добу; Валацикловір - 500 мг. або 1 гр. на

добу. Протефлазид по 8-10 крапель 3 рази на добу курсами протягом 1,5 - 2 місяці з місячною перервою, кількість курсів 3-4.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. У зв'язку із зростанням рівня захворюваності на ІПСШ особлива роль відводиться лікарям "загальної практики-сімейної медицини", які працюють на першому рівні надання медичної допомоги, їх співпраці з лікарями дерматовенерологами.

У подальшому слід приділяти увагу удосконаленню методів діагностики захворювань, що передаються статевим шляхом та оптимізації засобів комплексного лікування цього специфічного контингенту хворих.

Список літератури

1. Дерматологія, венерологія. Підручник; під ред. В.І. Степаненка. - К.: КНМ. - 2012. - 904 с.
2. Дерматовенерологія. Навчальний посібник; за ред. В.П. Федотова, А.Д. Дюдюна, В.І. Степаненка. - Дніпропетровськ-Київ. - 2008. - 600 с.
3. Клиническая интерпретация результатов микроскопического метода диагностики урогенитальных инфекций: рекомендации для врачей / [Е.В. Соколовский, В.И. Кисина, А.М. Савичева и др.]. - СПб., 2010. - 678 с.
4. Мавров Г.І. Механізм передачі вірусу імунодефіциту людини статевим шляхом - концепції запобігання /Г.І. Мавров, Ю.В. Щербакова, Л.В. Іващенко // Дерматологія та венерологія. - 2016. - № 3(73). - С. 29-51.
5. Половые болезни; под ред. И.И. Маврова. - Харьков, 2001. - 789 с.
6. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. "UNAIDS/IC2502/1/E". - WHO. - 2013. - 272 p.

Бондарь С.А., Налижитый А.А.

СЕМЕЙНЫЙ ДОКТОР И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ

Резюме. Приведены основные данные по актуальности проблемы заболеваемости патологией, передающейся половым путём, клинического течения, методов диагностики, лечения и профилактики гонореи, хламидиоза, трихомониаза, урогенитального кандидоза, генитального герпеса. Тактика ведения этого контингента пациентов докторами "общей практики-семейной медицины" в амбулаторной практике.

Ключевые слова: инфекции, передающиеся половым путём, доктора "общей практики-семейной медицины", клиника, диагностика, тактика лечения, методы профилактики.

Bondar S.A., Nalizhytyu A.A.

FAMILY DOCTOR AND TACTICS MANAGEMENT OF PATIENTS WITH SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS

Summary. The basic data on the urgency of the problem of disease pathology, sexually transmitted diseases, clinical course, diagnosis, treatment and prevention of gonorrhoea, chlamydia, trichomoniasis, urogenital candidiasis, genital herpes. Tactics of conducting this population of patients doctors' general practice-family medicine in outpatient practice.

Key words: infections, sexually transmitted infections, doctors' "general practice-family medicine", clinic, diagnostics, treatment strategy, methods of prevention.

Рецензент - д.мед.н., проф. Денисенко О.І.

Стаття надійшла до редакції 09.12.2016р.

Бондар Сергій Анатолійович - д.мед.н., проф., зав. кафедри шкірних та венеричних хвороб Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38(067)2808636; vsmuderm@mail.ru

Наліжитий Андрій Андрійович - к.мед.н., асистент кафедри шкірних та венеричних хвороб Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38(067)1497155; andrunn@gmail.com

© Гончаренко О.В.

УДК: 616.37 - 002.1 - 089.81

Гончаренко О.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова, кафедра хірургії № 2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ШЛЯХИ ЕВОЛЮЦІЇ ПАНКРЕАТОГЕННОГО НЕКРОЗУ І ЇХ ВПЛИВ НА ВИБІР ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ

Резюме. Проведений аналіз хірургічного лікування 42 хворих з гострим деструктивним панкреатитом. Використовувались пункційні, дренажні, лапароскопічні та відкриті методи хірургічної допомоги. Перевагою аспіраційних, дренажних, лапа-

роскопічних операцій є менша травматичність, проте не завжди можливе їх застосування. Відкриті методи застосовували при інфікованих формах панкреонекрозу, неефективності та неможливості застосування мініінвазивних втручань. Хірургічна тактика мала активно-вичікувальний та ескалаційний характер, який полягав в своєчасному переході до відкритих методів в випадку неефективності мініінвазивних втручань.

Ключові слова: панкреонекроз, лапароскопія, некрсеквестрэктомія.

Вступ

В останні десятиріччя в всьому світі відзначається нестримне зростання кількості хворих на гострий панкреатит. Зростає число рідинних ускладнень при даній патології, які при недостатньому чи пізньому лікуванні у 40-70% ускладнюються інфікуванням парапанкреатичної клітковини [6]. Актуальність проблеми гострого панкреатиту обумовлена високоаварійною консервативною терапією, незадовільними результатами хірургічного лікування, високим рівнем післяопераційної летальності [3]. Цим хворим необхідна раціональна хірургічна тактика лікування в залежності від прогнозованого ступеня важкості і вірогідності розвитку гнійно-септичних ускладнень.

Виключно консервативне лікування з позитивним ефектом проводиться до 86% пацієнтів, оперативні втручання в різні терміни - до 18% [1]. На сьогоднішній день застосовують пункційні, пункційно-дренажні, лапароскопічні та відкриті методи хірургічного лікування. Більшість клінік притримуються активно-вичікувальної хірургічної тактики в залежності від фази та варіантів перебігу захворювання. Оперативні доступи, методи післяопераційного лікування хворих на гострий некротичний панкреатит, його гнійні ускладнення визначаються особливостями локалізації патологічного процесу в підшлунковій залозі та оточуючих тканинах. Застосування мініінвазивних, селективних, мало травматичних лапаро- та люмботомій, відеоендоскопічних втручань дозволяють покращити результати [4].

Проблема лікування хворих на гострий панкреатит залишається актуальною, вимагає удосконалення загальноприйнятих та пошук нових підходів до лікування цієї патології [5].

Мета роботи - покращити безпосередні результати лікування хворих на гострий панкреатит шляхом виконання мініінвазивної корекції некротично- гнійних ускладнень та комплексного лікування.

Матеріали та методи

У проспективне дослідження залучили 1682 хворих на гострий панкреатит, які отримували лікування з 2011 по 2016 рік у клініці хірургії №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, розташованої на базі відділення хірургії та ендоскопії лікарні швидкої медичної допомоги м. Вінниці. Проаналізовано такі чинники, як гендерні та антропометричні показники, шкідливі звички, соціальний статус, анамнестичні дані що до нападів жовчекам'яної хвороби, травм органів черевної порожнини, наявності виразок шлунка та дванадцятипалої кишки.

Чоловіків було 62 %, жінок - 38%. Вік пацієнтів - від

18 до 78 років, середній вік - 64,3 років. Стан у 84% пацієнтів обтяжували два-три супутніх захворювання: 64% - страждали стенокардією та атеросклерозом, 36% - гіпертонічною хворобою, 22% - ожирінням, цукровим діабетом та цирозом печінки, 2% - пієлонефритом. Супутня хронічна серцево-судинна недостатність виявлена в 32%, дихальна - 11%, ниркова - 4%, печінкова - 4%.

Серед обстежених 1435 (85%) мали набрякову форму, 247 (15%) хворим встановлено діагноз панкреонекрозу, з них 42 (2,5%) оперовано з приводу гострого асептичного некротичного та інфікованого панкреатиту. Досліджуваним хворим виконано 69 оперативних втручань, тобто 20 (48%) пацієнта оперовано більше одного разу, 14 (33%) оперовано двічі, 5 (12%) три рази і один хворий (2%) - чотири рази.

Проводили контроль розгорнутого аналізу крові, гематокриту, цукру крові, білірубіну, загального білка, білкових фракцій, показників коагулограми, аланін- та аспартатамінотрансферази, лужної фосфатази, тимолової та сулемової проб, рівень С-реактивного протеїну, сечовини, креатинину, електролітів крові, загального аналізу сечі та діастази.

Діагностичний алгоритм включав рентгенографію органів черевної та грудної порожнин, фіброгастродуоденоскопію, ультрасонографію, ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію, комп'ютерну томографію, лапароскопію.

Хворих розподілили на групи відповідно початку захворювання та фаз перебігу гострого панкреатиту: перша (рання) фаза - протягом 1-2 тижнів з гострим перипанкреатичним рідинним скупченням, друга фаза - пізніше 1-2 тижнів з гострим постнекротичним скупченням рідини. Після 4 тижнів визначали наявність панкреатичної псевдокісти або відмежованого панкреонекрозу (абсцесу). В аналізованих випадках прослідковували еволюцію панкреонекрозу від стадії інфільтрації до стадії абсцедування.

Визначення важкості гострого панкреатиту ґрунтувалось на клінічних та морфологічних параметрах. Встановлення ступеню важкості гострого панкреатиту (легкий або важкий) базувалось на визначенні двох фаз захворювання ранньої та пізньої, клінічних та морфологічних критеріях. Важкий гострий панкреатит діагностувався при наявності персистуючої органної недостатності, що зберігалась на протязі 48 годин недивлячись на інтенсивну інфузійну терапію, некрозу та (або) інфекування.

Після встановлення діагнозу лікування розпочинали з виконання базової терапії та визначали індекс про-

гнозування важкості хворого на гострий панкреатит згідно з професійно орієнтованими протоколами надання невідкладної допомоги хворим (2008р). При індексі прогнозування важкості хворого менше 0,3 лікування проводили в умовах хірургічного відділення, більше 0,35 - у відділенні реанімації та інтенсивної терапії.

Перебіг захворювання та ускладнень, обсяг терапії, ефективність лікування цілодобово контролювали за даними лабораторних показників. Ультрасонографію органів черевної порожнини та плевральних порожнин виконували не рідше одного разу в 3 доби, комп'ютерну томографію один раз в 7 діб при позитивній динаміці. При важкому стані хворого, явищах перитоніту, для виключення інших гострих захворювань органів черевної порожнини виконували лапароцентез з поштовою пошуковою катетера, або проводили діагностично-санітарну лапароскопію.

Абсолютними лапароскопічними ознаками гострого панкреатиту рахували наявність перитонеального випоту з високим вмістом панкреатичних ферментів, явища стеатонекрозу, геморагічну імбібіцію заочеревинної клітковини, запальний інфільтрат в ділянці дванадцятипалої кишки з деформацією і зміщенням сусідніх органів (шлунка, тонкої, товстої кишки), парез тонкої кишки, гіперемію очеревини, розтягнення жовчного міхура.

Ранніми показами до оперативного лікування при гострому панкреатиті вважаємо: прогресування механічної жовтяниці на протязі 24 годин, розвиток компартмент синдрому та поліорганної недостатності на протязі 48 годин, розвиток клініки гнійного перитоніту, травматичне пошкодження підшлункової залози. До відстрочених показів відносяться: абсцес підшлункової залози, заочеревинна флегмона, параколіт, перфорація полого органа, нориця полого органа, профузна внутрішньо очеревинна кровотеча. Хірургічні втручання полягали в поєднанні мінімально інвазивних інтервенційних технологій з традиційними оперативними втручаннями. Найбільша кількість хворих (33 (78%)) була оперована в строки від 15 діб і більше від митті захворювання.

Стан підшлункової залози вивчали під час виконання операцій, релапаротомій та ендоскопічних мініінвазивних діагностично-лікувальних маніпуляцій. Мікробний склад визначали з субопераційного матеріалу, виділень з ран та норицевих ходів, що давало змогу підтвердити стерильність або інфікування запалення, вивчити чутливість висіяних мікроорганізмів до антибактеріальних засобів.

Статистична обробка результатів проведена за стандартними методами варіаційної статистики з використанням пакетів комп'ютерних програм Statistica 6.0 for Windows та QuattroPro 12.0 for Windows. Вірогідність різниці оцінювали за критерієм Ст'юдента при $p < 0,05$ [5].

Результати. Обговорення

З 42 оперованих хворих з приводу гострого асептичного некротичного та інфікованого панкреатиту у 26 (62%) пацієнтів панкреонекроз був пов'язаний з жовчекамною хворобою, у 14 (33%) виявлено аутодигестивний ліполітично-протеолітичний генез, зокрема алкогольний (62%). Закрита травма підшлункової залози ускладнилась деструкцією її хвоста в 1 випадку. Післяопераційний панкреатит діагностовано в 1 випадку після висічення парапапілярної виразки дванадцятипалої кишки, ускладненої профузною кровотечею.

У першу добу від початку захворювання госпіталізовано - 7 (17%) пацієнтів, в другу - 8 (19%), третю - 10 (24%), четверту та більше - 17 (40%). З клінічних критеріїв госпіталізовані хворі з гострим панкреатитом відзначали швидкий початок, біль в епігастральній ділянці з ірадіацією в поперек поєднаною з болючістю при пальпації, часто супроводжувалась блювотою, підвищеною температурою, тахікардією, лейкоцитозом, підвищенням рівня панкреатичних ферментів в крові та сечі.

При наявності болю в черевній порожнині хворому для підтвердження діагнозу виконували ультрасонографію, комп'ютерну томографію з контрастуванням. Комп'ютерна томографія з контрастуванням надавала найбільш об'єктивні дані, але ультразвукова діагностика більш доступна за складністю та вартістю.

За даними ультразвукової діагностики та комп'ютерної томографії некроз підшлункової залози $< 30\%$ був у 22 (52%) пацієнтів, 30-50% - 9 (22%), $> 50\%$ - 11 (26%), перипанкреатичний некроз у 25 (60%), перипанкреатичне скупчення рідини у 24 (57%). Гомогенна перипанкреатична рідина виявлена у 10 (24%) хворих, негомогенна у 14 (33%). Об'єми абсцесів коливались в значних межах: менше 60 мл - у 5 (12%) хворих, 60-200 мл - у 5 (12%), більше 200 мл - 4 (10%). Підтверджено або виявлено: холецистолітаз - 26 (62%), холедохолітаз - 2 (5%), розширення позапечінкових жовчних шляхів - 8 (19%), гідроторакс - 5 (12%), скупчення рідини в черевній порожнині - 34 (81%), розповсюдження запалення на ділянку шлунку - 1 (2%), 12-палої кишки - 2 (5%), ободової кишки - 6 (14%), некроз стінки ободової кишки - 1 (2%). Багатокамерні абсцеси з'єднані між собою каналом по типу запонки, діагностовано у 3 (7%) пацієнтів. Причинами механічної жовтяниці були холедохолітаз в 2 (5%) випадках, збільшення головки підшлункової залози - 8 (19%).

У перший тиждень захворювання, при наявності синдрому системної запальної відповіді протягом та більше 48 годин, або при розвитку органної недостатності хворі тимчасово розцінювались, як з важкою формою захворювання. Лікування було комплексним в поєднанні з мініінвазивними та відкритими хірургічними втручаннями. Всім катетеризували підключичну (яремну) вену, встановлювали назогастральний зонд та уретральний катетер. У 88% випадках виконана перидуральна анестезія.

Хворі отримували спазмолітичні препарати (бензофуорокаїн, дроптаверін, папаверин), антиоксиданти (аскорбінова кислота, церулоплазмін, токоферол), блокатори секреції підшлункової залози (октреотид, кальцитонін, даларгін), інгібітори протеаз. Для блокади цитокінінів вводили пентоксифілін. Призначали реополіглюкін, реосорбілакт, низькомолекулярні гепарини, H₂-гістамін-блокатори (пірензепін) і блокатори протонної помпи (пантопрозол). Імунний захист організму підвищували введенням ронколейкіну. Проводилась ентеросорбція, плазмафарез.

При проведенні антибактерійної терапії враховували дані антибіотикограм. Серед препаратів віддавали перевагу цефалоспорином, синтетичним пеніцилінам, фторхінолонам, карбопенемам та орнідазолу, застосовуючи при важкому стані пацієнтів принцип деескалації. Антибактеріальну терапію доповнювали протигрибковими препаратами (кетоназол, флуконазол).

На першому етапі лікування виконані малоінвазивні санаційні втручання. Перевагу віддавали пункційним та дренажним методам під контролем ультрасонографії, лапароскопічної санації, некрсеквестректомії та дренажу чепцевої сумки.

За наявності панкреонекрозу з перипанкреатичним некротичним рідинним утворенням 4 - 8 см в діаметрі виконано пункційно-аспіраційну санацію 8 пацієнтам (100% всіх операцій під місцевою анестезією). Після максимальної аспірації вмісту та бакпосіву порожнина санувалась розчином діоксидину. Позитивний лікувальний ефект після першої пункційної санації наступив тільки у 2 (25%), після двох у 3 (37%). У зв'язку з відсутністю позитивного ефекта виконано дренажування рідинного утворення, яке призвело до одужання в 3 (37%) випадках.

Пункційно-аспіраційний метод показав свою ефективність у хворих з розмірами гнійника до 8 см, без секвестрів, розташованих в ділянці хвоста та тіла підшлункової залози. Ефективність методу підвищувалась при застосуванні повторних пункцій. При пункційному методі відпадала потреба використовувати загальний наркоз, зберігалась активність хворих, відсутні фактори утворення післяопераційних вентральних гриж. При рідинних утвореннях більше 8 см дренаж встановлювали в порожнину при першій пункції. Пункційно-дренажний спосіб застосовано в 8 (19%) випадках та показав себе більш ефективно.

При діагностиці ферментативного, гнійного перитоніту, наявності в черевній порожнині і чепцевої сумки значної кількості перипанкреатичної рідини (за клінічними, УЗД, КТ даними) виконувався лапароцентез з постановкою дренажа в черевну порожнину. Лапароскопічну санацію та дренажування чепцевої сумки виконано 5 (12%) хворим. В ексудаті з черевної порожнини спостерігався збільшений рівень амілази, який досягав 8192 ОД. та під час мікроскопії визначались лейкоцити в кількості 60 і більше в полі зору.

Показами для лапаротомної санації та дренажування

стали неефективність мініінвазивних методів та складна для втручання локалізація гнійних осередків, загроза та розвиток компартмент синдрому. Некрсеквестректомія виконана 22 (52%) хворим. Застосовували верхньосерединний доступ. Обсяг втручання включав некрсеквестректомію, холецистостомію або холецистектомію з дренажуванням холедоха за Холстедом-Піковським, люмботомію (однобічною - 18, двобічною - 4), бурсооментостомію.

Хворим з заочеревинною флегмоною виконували люмботомію, некрсеквестректомію, розкриття та дренажування флегмони, з повторними ревізіями та санаціями заочеревинного простору через 48 - 72 години. В 5 (12%) випадках при заочеревинній флегмоні виконано поєднання некрсеквестректомії з люмботомного доступів та лапаротомної санації і дренажування сальникової сумки. В 5 (12%) випадках після відкритої некрсеквестректомії сформували оментобурсостому з постановкою дренажів в сальникову сумку через які в послідовному порядку проводився лаваж розчином декасану або діоксидину.

У 2 хворих з кістами підшлункової залози в діаметрі до 8 см одноразової пункції було достатньо. Повторна пункція, з постановкою дренажа під контролем УЗД з наступним промиванням декасаном, бетадіном, діоксидином виконана 6 хворим. Зовнішнє дренажування гострої нагноєної псевдо кісти відкритим способом проведено у двох (20%) хворих.

Арозивні кровотечі в двох випадках спостерігались з заочеревинного простору і зупинені консервативно. В одному випадку кровотеча виникла з порожнини чепцевої сумки, мала профузний характер і зупинена шляхом прошивання кровотоючої судини та тампонуванням секвестральної порожнини.

З приводу товстокишкових нориць виконано 3 (7%) повторних втручання, які полягали в відключенні нориць, некрсеквестректомії, ретроградної інтубації кишки через колостому.

Дренажування абсцесів виконувалось 22 рази 12 хворим під контролем УЗД або транслапаротомним доступом. Позитивний ефект наступив тільки у 8 (88%) хворих, іншим необхідно було перевстановити дренаж. Тривалість функціонування дренажа знаходилась в межах 9 - 32 днів і в середньому склала $18,0 \pm 5,1$ днів. Після дренажування в 4 випадках спостерігалось формування панкреатичних нориць.

З віддалених наслідків некрсеквестректомії спостерігали післяопераційні вентральні грижі, неповні нориці підшлункової залози.

При хронічних кістах підшлункової залози формували цист-ентеро анастомоз за Ру.

Недоліком лапаротомного методу є велика травматичність, можливість утворення в майбутньому післяопераційних вентральних гриж і він показаний при гнійниках великих розмірів, багатокамерних абсцесах, значному спайковому процесі.

Органна недостатність в першій фазі була наслідком системної запальної відповіді на некроз тканин, відповідала розповсюдженості некротичного процесу. В цій фазі майже були відсутні місцеві та системні інфекційні ускладнення гострого панкреатиту. В другій фазі важкість стану була обумовлена персистуючою органною недостатністю в зв'язку з ускладненнями панкреатиту, які розвивались в паренхімі залози та перипанкреатичних тканинах.

При органній недостатності визначалась дисфункція серцево-судинної, респіраторної, сечовивідної систем, ентеральна недостатність, енцефалопатія. Порушення серцево-судинної системи проявлялись тахікардією у 18 (43%) випадках та не піддавалась корекції медикаментозними препаратами в 8 (19%). Гіпотонія відзначена у 12 (29%) пацієнтів. Прояви дихальної недостатності проявились задихом у 12 (29%), тахіпноє в 10 (24%), зниженням $SaO_2 < 94\%$ в 10 (24%) випадках. Плеврит виявлено у 4 (10%) хворих. Гострий респіраторний дистрес синдром розвинувся у 8 (19%) пацієнтів. Ниркова недостатність проявилась явищами оліго-анурії у 7 (16%) хворих. Энтеральна недостатність характеризувалась явищами паралітичної кишкової непрохідності в 18(43%) випадках. Енцефалопатія відзначена у 8 (19%) хворих і проявлялась затьмаренням свідомості.

Формами панкреатичної інфекції були інфікований панкреонекроз, інфікована кіста, панкреатичний абсцес. Інфікований панкреонекроз виникав на протязі перших 2-3 тижнів після виникнення перших клінічних симптомів. Абсцес формувався як наслідок некротичного панкреатиту. Мікробіологічні дослідження виявили наявність в гнійних виділеннях з ран колонії грам-позитивних (*Staphylococcus aureus* - 46 (42%), *Staphylococcus epidermidis* - 12 (14%), *Streptococcus* - 2 (14%) та грам негативних бактерій (*E.coli* - 12 (14%), *Proteus* - 8 (14%), *Klebsiella* - 8 (7%). В 7 (14%) випадках виявлено асоціацію *Staphylococcus aureus* та *E.coli*.

При визначенні чутливості до антибіотиків *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis* та *Streptococcus* не проявили тропності до левофлоксацину - 8 (19%) випадках, ципрофлоксацину - 6 (14%), цефтріаксону - 9 (21%), амікацину - 3 (7%). Грам негативні бактерії (*E.coli*, *Klebsiella*, *proteus*) були не чутливі до гентаміцину в 8 (19%) випадках, цефоперазону - 6 (14%), амікацину - 4 (9%).

Релaparоскопія з адгезіолізісом та некрсеквестретомиєю могла викликати пошкодження полого органа, тому не застосовувалась.

На фоні медикаментозної терапії проводилась екстракорпоральна детоксикація у фазі ферментної ток-

семії за допомогою мембранного плазмаферезу. За один сеанс видаляли від 400 до 850 мл. плазми з послідовним поповненням об'єму циркулюючої крові кристалоїдними розчинами. Кількість процедур складала від 1 до 3 з інтервалом 24-48 годин. Після проведення сеансу плазмаферезу стан хворих значно покращувався, відзначалась позитивна динаміка лабораторних показників, зменшувалась кількість ексудату з черевної порожнини. Застосування екстракорпоральної детоксикації в комплексному лікуванні сприяло зниженню ендогенної інтоксикації, зменшувало кількість гнійно-септичних ускладнень та летальних наслідків.

При важкій формі гострого панкреатиту з морфологічних критеріїв спостерігали інтра- та перипанкреатичні жирові некрози, локалізовані та дифузні некрози паренхіми, геморагії, явища перипанкреатичної флегмони, утворенням псевдокіст та абсцесів.

На ранній стадії хвороби померло 3 (7%) хворих, протягом другої (через 3-6 тижнів від початку захворювання) ще 3 (7%). Смерть наступала від поліорганної недостатності, але в першій стадії остання була обумовлена ендотоксикозом тільки запального характеру, а в другій приєднувався інфекційний компонент.

Поєднання пункційних методів, лапароскопічних втручань, лапаротомних операцій та люмботомних некретомій сприяли зменшенню летальності від 19% до 14%. Відкриті методи використовувались як методи другої лінії втручань, але дозволяли виконати повноцінну санацію та дренажування вогнищ запалення.

Середній термін перебування хворих в стаціонарі склав $26,0 \pm 1,5$ дб.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Пункційні контрольовані та лапароскопічні технології є оптимальними методами у лікуванні хворих на гострий некротичний панкреатит та постнекротичні ускладнення.

2. Хірургічна допомога при гострому некротичному панкреатиті повинна починатися з малоінвазивних методів лікування, які необхідно відносити до термінових діагностичних і лікувальних втручань.

3. При виборі методу оперативного втручання пацієнтів з інфікованим панкреонекрозом перевагу слід віддавати операціям відкритим способом з повторними ревізіями та санаціями.

Розробка та впровадження нових методів профілактики, діагностики, лікування гострого панкреатиту є нагальною проблемою та завданням у галузі абдомінальної хірургії.

Список літератури

1. Андрющенко В. П. Сучасні аспекти хірургічної тактики в лікуванні хворих на гострий панкреатит / В.П. Андрющенко, Ю.С. Лисюк, Д.М. Бідюк // XXIII з'їзд хірургів України XXIII з'їзд хірургів України. - Київ, 2015. - С. 618-619. [Електронний ресурс]: Режим доступу - http://surgery.org.ua/data/upload/content/main/ua/mainPage/program_zyzdu_21-23.10.2015.pdf
2. Гланц С. Медико-біологическая статистика; пер. с англ. С. Гланц. - М.: Практика, 1998. - 459 с.
3. Кондратюк О. П. Ехоконтрольовані та

лапароскопічні втручання в лікуванні гострого панкреатиту та його ускладнень / О.П. Кондратюк, Г.Ю. Мошківський, Ю.О.Хілько // XXIII з'їзд хірургів України. - Київ, 2015. - С. 673-674. [Електронний ресурс]: Режим доступу - http://surgery.org.ua/data/upload/content/main/ua/mainPage/program_zyzdu_21-23.10.2015.pdf

4. Копчак М. В. Сучасні напрямки хірургічного лікування помірно тяжкого та тяжкого гострого панкреатиту / М.В. Копчак, І.В. Хомяк, В.М. Шев-

ченко // XXIII з'їзд хірургів України XXIII з'їзд хірургів України. - Київ, 2015. - С. 674-675. [Електронний ресурс]: Режим доступу - http://surgery.org.ua/data/upload/content/main/ua/mainPage/program_zyzdu_21-23.10.2015.pdf

5. Куновський В. В. Гострий біліарний панкреатит (ГБП): Патоморфологічні аспекти, етіологічні чинники та фактори ризику / В.В. Куновський, Л.В. Бундзило // XXIII з'їзд хірургів України. - Київ, 2015. - С. 120-121. [Електронний ресурс]: Режим досту-

пу - http://surgery.org.ua/data/upload/content/main/ua/mainPage/program_zyzdu_21-23.10.2015.pdf

6. Фелештинський Я. П. Обґрунтування малоінвазивних способів лікування ускладнень гострого панкреатиту / Я.П. Фелештинський, О.М. Бондаренко, М.Д. Бондаренко // XXIII з'їзд хірургів України. - Київ, 2015. - С. 199-200. [Електронний ресурс]: Режим доступу - http://surgery.org.ua/data/upload/content/main/ua/mainPage/program_zyzdu_21-23.10.2015.pdf

Гончаренко О.В.

ПУТИ ЭВОЛЮЦИИ ПАНКРЕАТОГЕННОГО НЕКРОЗА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

Резюме. Проведенный анализ хирургического лечения 42 больных с острым деструктивным панкреатитом. Использовались пункционные, дренажные лапароскопические и открытые методы хирургической помощи. Преимуществом аспирационных, дренирующих, лапароскопических операций является меньшая травматичность, но не всегда возможно их применение. Открытые методы применяли при инфицированных формах панкреонекроза, неэффективности и невозможности применения миниинвазивных вмешательств. Хирургическая тактика имела активно-выжидательный и эскалационный характер, который заключался в своевременном переходе к открытым методам в случае неэффективности миниинвазивных вмешательств.

Ключевые слова: панкреонекроз, лапароскопия, некрсеквестрэктомия.

Goncharenko O.V.

THE WAYS OF EVOLUTION OF PANCREATIC NECROSIS AND THEIR INFLUENCE ON THE CHOICE OF SURGICAL TACTICS

Summary. The analysis of surgical treatment of 42 patients with acute destructive pancreatitis was performed. We used puncture, drainage, laparoscopic and open surgical methods. The advantage of aspiration, drainage, laparoscopic surgery is minimal trauma, but it is not always possible to use them. Open methods were used in cases of infected pancreonecrotic forms, inefficiency and inability to use mini-invasive surgery. Surgical tactics had waiting and active-escalating character which included timely transition to the open methods in case of inefficiency of miniinvasive surgery.

Key words: pancreatic necrosis, laparoscopy, necrectomy.

Рецензент - д.мед.н., проф. Покидько М.І.

Стаття надійшла до редакції 09.12.2016р.

Гончаренко Олег Володимирович - к.мед.н., доц. кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова; +38(0432)664134; olegvlgonchar@mail.ru

© Дейкало І.М., Осадчук Д.В., Карел О.І., Назарко Л.Р.

УДК: 616.367-0037-089

Дейкало І.М., Осадчук Д.В., Карел О.І., Назарко Л.Р.

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, кафедра загальної хірургії (майдан Волі, 1, м. Тернопіль, Україна, 46001)

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ БІЛІАРНОЇ ОБСТРУКЦІЇ В ЛІКАРНІ ШВИДКОЇ ДОПОМОГИ

Резюме. У клініці проліковано 248 пацієнтів із синдромом біліарної обструкції різної етіології. У 58 (23,4%) випадках контрастування позапечічкових жовчевих проток не проводили, що в свою чергу зменшило кількість та частоту типових післяопераційних ускладнень. Визначено умови, за наявності котрих ЕРХПГ можна не проводити та розроблено алгоритм діагностичного пошуку та етапності лікування хворих із синдромом біліарної обструкції.

Ключові слова: холедохолітіаз, механічна жовтяниця, злоякісні новоутвори біліопанкреатодуоденальної зони, гострий біліарний панкреатит, ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія, ендоскопічна папілосфінктеротомія.

Вступ

Щороку відмічається зростання захворюваності на жовчево-кам'яну хворобу (ЖКХ) [4, 8]. Серед дорослого населення світу камененосійство в біліарному тракті зустрічається у 20% випадків і збільшується вдвічі че-

рез кожні 10 років. При цьому конкременти поза печічкових жовчевих проток утворюються у 8,1 - 26,8%, сягаючи у осіб похилого і старечого віку 30 - 35% [1]. Паралельно зростає частота запізнілого звернення за