

МЕДИЧНІ ПЕРСПЕКТИВИ

2012 Том XVII № 1 ч.1

До 90-річчя кафедри хірургії №1
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Науковий журнал ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»

Виходить 4 рази на рік

Заснований у 1996 році

Адреса редакції

49044, м. Дніпропетровськ
вул. Дзержинського, 9
редакція журналу
"Медичні перспективи"
ДЗ «Дніпропетровська
медична академія Міністерства
охорони здоров'я України»

Телефон/факс

(056) 370-96-38

Телефон

(0562) 31-22-78

E-mail

medpers@dma.dp.ua

www.dsma.dp.ua

Засновник
ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»

Реєстраційне свідоцтво
серія КВ №1721 від 24.10.1995р.
Періодичність 4 рази на рік

Видається згідно з постановою вченої ради
ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»
(протокол № 9 від 29.03.2012р.)

Постановою президії
БАК України 1-05/1 від 10.02.2010р.
журнал "Медичні перспективи" включено до
переліку видань, в яких можуть публікуватися
основні результати дисертаційних робіт

Підписано до друку 11.04.2012р.
Формат 60x84/8. Друк офсетний.
Папір офсетний.
Умовн. друк. арк 10,1
Зам. № 59 Тираж 200 примірників.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор

Г.В. ДЗЯК

Науковий редактор

О.В. ЛЮЛЬКО

Е.М. Білецька (відповідальний редактор),
О.О. Гудар'ян, К.Д. Дука, В.М. Лехан (куратор
розділу "Профілактична медицина"),
О.Є. Лоскутов, О.В. Люлько (заступник
головного редактора), **Т.О. Перцева,**
О.Г. Родинський (куратор розділу «Теоретична
медицина»), **Л.В. Усенко** (куратор розділу
"Клінічна медицина")

Склад редакційної ради

В.В. Абрамов (Дніпропетровськ), **К.М. Амосова**
(Київ), **В.О. Бобров** (Київ), **І.М. Бондаренко**
(Дніпропетровськ), **О.З. Бразалук**
(Дніпропетровськ), **Л.А. Дзяк**
(Дніпропетровськ), **В.М. Коваленко** (Київ),
Г.М. Кременчуцький (Дніпропетровськ),
В.Й. Мамчур (Дніпропетровськ), **Е.Л. Насонов**
(Москва), **Радд Полік** (Великобританія),
В.О. Потапов (Дніпропетровськ), **А.М. Сердюк**
(Київ), **Ю.М. Степанов** (Дніпропетровськ),
І.М. Трахтенберг (Київ), **Ю.І. Феценко** (Київ),
Тоні Хью Меррі (Великобританія),
М.Г. Шандала (Москва),
Л.Р. Шостакович-Корецька (Дніпропетровськ),
Х.-В. Шпрингорум (Німеччина),
К. Штайнбрюк (Німеччина),
Л.М. Юр'єва (Дніпропетровськ)
Літературні редактори **М.Ю. Сидора,**
І.М. Клименко

Комп'ютерний дизайн та оригінал-макет

Л.М. Григорчук

Макетування та друкування

виконано ВТК "Редактор" та "Друкар" ДЗ ДМА

МЕДИЧНІ ПЕРСПЕКТИВИ

2012 Том XVII № 1 ч.1

До 90-річчя кафедри хірургії №1

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Науковий журнал ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»

Виходить 4 рази на рік
Заснований у 1996 році

Дзяк Г.В. З ювілеєм!

Фомін П.Д. Щирі вітання!

Дзяк Г.В., Березницький Я.С., Гапонов В.В.
Кафедри хірургії №1 – 90 років

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПИТАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Гинзбург В.Г., Березницький Я.С., Лехан В.Н. Принципи модернізації організаційної структури і функціонування хірургічної служби регіона на етапі її реформування

Вороб'єв В.В. Перспективи розвитку і удосконалення стаціонарозамещаючої медичної допомоги в хірургії

Кондратенко П.Г., Епифанцев А.А. Пути удосконалення хірургічної допомоги населенню України

Влахів О.К., Леоненко С.М. Хірургія одного дня: ехонавігаційні та ендоскопічні інтервенції. Організаційні стратегії та перспективи

Баранник С.І., Барвінський В.М., Бахвала В.Ю., Шевцов В.М. Клінічні та організаційні питання надання медичної допомоги хворим з гострою гнійною хірургічною патологією в амбулаторно-поліклінічних умовах

Кутовой А.Б., Люлько І.В., Сергеев О.А., Гавура А.Я., Спиридонов А.В., Петров В.В., Машин А.М., Кисилевский Д.А. Опыт оказания медичної допомоги больным с разрывами аневризм брюшного отдела аорты в Днепропетровской области

Дубовская Л.Л., Духовенко Е.К., Кобеляцкий Ю.Ю., Шевцов А.Н., Машин А.М. Организационные аспекты амбулаторной анестезиологии

Балацкий Е.Р. Оптимизация организации хірургічної допомоги, диспансеризации, контролю за качеством жизни у больных с трофическими нарушениями нижних конечностей

Духовенко К.К., Кутовой О.Б., Шевцов А.М., Медведик Я.Я. Амбулаторна хірургія пахвинних гриж

Рубан А.Г., Штучков Є.В. Алгоритм роботи хірурга поліклініки з хворими на рак прямої кишки

Духовенко Е.К., Стус В.П., Шевцов А.Н., Циопкало Д.О., Цепелев Ю.Ю. Амбулаторная хирургия варикоцеле

Логачев В.К. Стандарти и протоколы. Кому они принадлежат?

ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ

Велигоцкий Н.Н., Велигоцкий А.Н., Арутюнов С.Э., Чеботарев А.С., Клименко М.В., Шегельский А.А. Лечебно-диагностическая тактика при остром деструктивном панкреатите

Русин В.І., Філіп С.С., Чобей С.М. Вибір методів лікування гострого панкреатиту

Ганжий В.В., Колесник І.П. Стандарти лечебно – диагностического алгоритма на етапах розвитку острого панкреатита

Березницький Я.С., Дука Р.В., Верхолаз І.Л., Гринюк С.В., Чухриенко Д.П., Сердюк М.Ю. Оптимизация лечения пациентов с острым панкреатитом в условиях многопрофильного хирургического стационара

Тамм Т.І., Белов С.Г., Мамонтов І.Н., Бардюк А.Я., Крамаренко К.А., Непомнящий В.В. Выбор хірургічної тактики при лечении осложненных форм острого панкреатита

Кондратенко П.Г., Ширшов І.В., Быстрова Е.Д. Этапное хирургическое лечение острого небиллярного инфицированного некротического панкреатита

5 Dzyak G.V. With jubilee!

6 Fomin P.D. Congratulations and best wishes!

7 Dzyak G.V., Bereznitskiy Ya. S., Haponov V.V.
Department of surgery N 1 is 90 years

ORGANIZATIONAL QUESTIONS OF MEDICAL HELP

14 Hinzburh V.H., Bereznitskiy Ya.S., Lekhan V.M. Principles of modernization of the organizational structure and functioning of the regional surgical service at the stage of its reformation

19 Vorobiov V.V. Prospects of development and perfection of hospital medical aid in surgery

22 Kondratenko P.G., Yepifantsev A.A. Ways of perfection of surgical help given to the population of Ukraine

28 Vlachov O.K., Leonenko C.M. One day surgery: echonavigation and endoscopic interventions. Organizational strategy and perspectives

31 Barannik S.I., Barvinsky V.M., Bakhvala V.Y., Shevtsov V.M. Clinical and organizational questions of rendering of medical aid to patients with acute purulent surgical pathology in out-patient-polyclinic conditions

34 Kutovoy O.B., Lul'ko V.I., Serheyev O.O., Havyra O.Ya., Mashin O.M., Spiridonov O.V., Petrov V.V., Kyselevs'kyi D.O. Experience of medical aid providing for patients with abdominal aortic aneurysm rupture in Dnepropetrovsk region

38 Dubovskaya L.L., Duhovenko C.K., Kobelyatskiy J.J., Shevtsov A.N., Machine A.M. Organizational aspects of outpatient anesthesiology

39 Balatskiy Ye.R. Optimization of the organization of the surgical help, prophylactic medical examination, control over quality of life in patients with trophic lesions of lower extremities

43 Duhovenko C.K., Kutovoy A.B., Shevtsov A.N., Medvedyk I.I. Outpatient surgery of inguinal hernia

43 Ruban A.G., Shtuchkov E.V. Algorithm of work of surgeon of polyclinic with cancer recti patients

44 Duhovenko E.K., Stus V.P., Shevtsov A.N., Tsiopkalo D.O., Tsepelev Y.Y. Ambulatory surgery of varicocele

45 Logachev V.K. Standards and protocols. To whom do they belong?

ACUTE PANCREATITIS

46 Veligotskiy N.N., Veligotskiy A.N., Arutyunov S.E., Chebotarev A.S., Klymenko M.V., Shchegelskiy A.A. Therapeutic and diagnostic tactics in acute destructive pancreatitis

49 Rusyn V.I., Filip S.S., Chobey C.M. Treatment methods of acute pancreatitis

52 Ganzhy V.V., Kolesnik I.P. Standarts of medical-diagnostic algorithm at the stages of acute pancreatitis development

58 Bereznitskiy Ya.S., Duka R.V., Verkholaiz I.L., Grinyuk S.V., Chukhrienko D.P., Serdyuk M.J. Optimization of treatment of patients with acute pancreatitis in a multidisciplinary surgical hospital

61 Tamm T.I., Belov S.G., Mamontov I.M., Barduk A.J., Kramarenko K.A., Nepomnjashij V.V. Choice of surgical treatment of severe acute pancreatitis

65 Kondratenko P.G., Shyrshov I.V., Bystrova E.D. Staged surgical treatment of acute nonbiliary infected necrotizing pancreatitis

МЕДИЧНІ ПЕРСПЕКТИВИ

2012 Том XVII № 1 ч.1

До 90-річчя кафедри хірургії №1
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Науковий журнал ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»

Виходить 4 рази на рік
Заснований у 1996 році

-
-
- | | | |
|--|-----|--|
| Бойко В.В., Мушенко Е.В., Тищенко А.М., Смачило Р.М.,
Иванова Ю.В., Брицкая Н.Н., Клесова М.А. Роль
видеоскопических технологий в этапном хирургическом лечении
больных панкреонекрозом в фазе гнойных осложнений | 69 | Bojko V.V., Mushenko E.V., Tishchenko A.M., Smachilo R.M.,
Ivanova J.V., Britskaja N.N., Klesova M.A. Role of videoscopy
technologies in staged surgical treatment of patients with
pancreonecrosis in the phase of purulent complications |
| Запорожченко Б.С., Муравйов П.Т., Горбунов А.А.,
Бородав І.С., Зубков О.Б., Коритна Г.Ю., Кірпічнікова К.П.
Метаболізм- корегуючі підходи в комплексному хірургічному
лікуванні хворих на ускладнений гострий деструктивний
панкреатит | 73 | Zaporozhchenko B.S., Muraviov P.T., Gorbunov A.A.,
Borodaev I.E., Zubkov O.B., Korutna G.Yu.,
Kirpichnikova K.P. Metabolism-correcting ways in complex
surgical treatment of patients with complications of acute
destructive pancreatitis |
| Андрющенко В.П., Лисюк Ю.С., Магльований В.А. Сучасні
принципи застосування антибіотиків у комплексному лікуванні
гострого панкреатиту | 77 | Andryushchenko V.P., Lysyuk J.S., Mahlovanyy V.A. Modern
principles of antibiotics administration in a complex treatment of
acute pancreatitis |
| Клигуненко Е.Н., Сединкин В.А., Станин Д.М.,
Мариноха Г.Д. Особенности интенсивной терапии острого
панкреатита у беременных | 79 | Kligunenko E.N., Sedinkin V.A., Stanin D.M., Marinokha G.D.
Features of intensive therapy of acute pancreatitis in pregnancy |
| Сипливий В.О., Робак В.І., Конь К.В., Євтушенко Д.В.,
Доценко В.В. Гематологічні індекси в діагностиці інфікованого
панкреонекрозу | 81 | Syplivyy V.O., Robak V.I., Kon' K.V., Yevtushenko D.M.,
Dotsenko V.V. Hematologic indices in diagnostics of infected
pancreonecrosis |
| Миминошвили О.И., Антонюк О.С., Украинский В.В.,
Ярошак С.В., Нестеренко А.Ф. Частота возникновения и
клиническое течение дисфункции и недостаточности различных
органов при остром панкреатите | 84 | Miminoshvili O.I., Antonyuk O.S., Ukrainskiy V.V.,
Yaroschak S.V., Nesterenko A.F. Incidence of onset and clinical
course of dysfunction and insufficiency of various other organs in
acute pancreatitis |
| Максим'юк В.В., Полянський І.Ю., Гринчук Ф.В.,
Бесага Р.М., Тарабанчук В.В., Попелюк О.М.В., Тюев А.В.
Зміни люмінесценції плазми венозної крові в умовах гострого
панкреатиту | 88 | Maksymyuk V.V., Pokyansky I.Yu., Grenchuk F.V.,
Besaga R.M., Tarabanchuk V.V., Popelyuk O-M.V.,
Tyuev A.V. Changes of luminescence in venous blood plasma in
acute pancreatitis |
| Криворучко І.В. Результаты ультразвукового исследования в
диагностике и лечении псевдокист поджелудочной железы | 90 | Krivoruchko I.V. Results of ultrasonic research in diagnostics and
treatment of pseudocysts of the pancreas |
| Ярешко В.Г., Рязанов Д.Ю., Антоневиц В.Н.
Непосредственные результаты лечения панкреонекроза | 94 | Yareshko V., Riazanov D., Antonevich V. Immediate results of
pancreonecrosis treatment |
| Воротынцеv С.И., Клименко А.В., Клименко В.Н.,
Подкорытов А.К., Кононенко С.К. Анестезия и
периперационная интенсивная терапия при хирургическом
лечении хронического панкреатита | 98 | Vorotyntsev S.I., Klimentko A.V., Klimentko V.N.,
Podkorytov A.K., Kononenko S.K. Anesthesia and perioperation
intensive therapy in surgical treatment of chronic pancreatitis |
| Колкін Я.Г., Хацко В.В., Дудін О.М., Шаталов С.О.,
Кузьменко О.С., Фоминов В.М., Жжоннова В.В. Вибір
оптимального малоінвазивного хірургічного втручання у хворих
на псевдокісти підшлункової залози | 102 | Kolkin Y.G., Khatsko V.V., Dudin A.M., Shatalov S.A.,
Kuzmenko A.E., Fominov V.M., Zhzhonova V.V. Choice of the
optimal minimally-invasive surgical operations for patients with
the pseudocysts of pancreas |
| Вовчук І.М. Методи екстракорпоральної детоксикації в
лікуванні хворих на гострий біліарний панкреатит, ускладнений
гострою печінковою недостатністю | 104 | Vovchuk I.M. Methods of extracorporeal detoxication in treatment
of patients with acute biliary pancreatitis complicated with acute
liver failure |
| Ситнік О.Л., Леонов В.В., Чанцев В.А., Хачапуридзе Г.В.
Результати хірургічного лікування хворих на гострі
псіянекротичні рідинні утворення підшлункової залози | 108 | Sytnyk O.L., Leonov V.V., Chantsev V.A.,
Khachapuridze G.V. Results of surgical treatment of patients
with acute postnecrosis fluid formations in the pancreas |
| Куновський В.В. Шляхи оптимізації ультрасонографічного
(УСГ) обстеження хворих на гострий панкреатит у ранні терміни
лікування | 110 | Kunovsky V.V. Ways of optimization of ultrasonographic (USG)
inspection of patients with acute pancreatitis in early terms of
treatment |
| Ляховський В.І., Кравців М.І., Ковальов О.П., Люлька О.М.
Прогнозування перебігу гострого панкреатиту | 111 | Lyakhovsky V.I., Kravtsiv M.I., Kovaliov O.P., Lyulka O.M.
Prognosis of acute pancreatitis course |
| Андрющенко В.П., Андрющенко Д.В. Мініінвазивні та
традиційні операційні технології в хірургічному лікуванні
гострого тяжкого панкреатиту (ГВП) та його ускладнень | 112 | Andryushchenko V.P., Andryushchenko D.V. Minimally
invasive and traditional operating technologies in surgical
treatment of severe acute pancreatitis (SAP) and its complications |
| Дронов О.І., Ковальська І.О., Насташенко І.Л., Уваров В.Ю.,
Насташенко О.І., Лубенець Т.В. Антибактеріальна профілактика
в лікуванні гострого некротичного панкреатиту | 112 | Dronov O.I., Kovalska I.O., Nastashenko I.L., Uvarov V.Yu.,
Nastashenko O.I., Lubenets T.V. Antibiotic prevention in the
treatment of acute necrotic pancreatitis |
| Криворучко І.А., Повеличенко М.С., Балака С.Н.
Хирургическое лечение панкреонекроза | 113 | Krivoruchko I.A., Povelichenko M.S., Balaka S.N. Surgical
treatment of pancreatonecrosis |
| Кутовой А.Б., Косульников С.О., Мальцева Л.А., Пелех В.А.
Хирургическое лечение тяжелых форм острого панкреатита на
современном этапе | 114 | Kutovoy O.B., Kosul'nikov S.O., Maltseva L.O., Peleh V.A.
Surgical treatment of severe forms of acute pancreatitis at modern
stage |

МЕДИЧНІ ПЕРСПЕКТИВИ

2012 Том XVII № 1 ч.1

До 90-річчя кафедри хірургії №1
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Науковий журнал ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»

Виходить 4 рази на рік
Заснований у 1996 році

- Десятерик В.И., Шаповалюк В.В., Полтавец М.С., Бурик А.С. 115
Еюностомия в лечении больных с острым панкреатитом
Desyaterik V. I., Shapovalyuk V.V., Poltavets M.S., Buryk A.S.
Jejunostomy in treatment of patients with acute pancreatitis
- Дронов О.І., Ковальська І.О., Уваров В.Ю., Цимбалюк Р.С., 116
Бурміч К.С., Коваленко А.П., Лубенець Т.В. Роз'єднання
панкреатичної протоки при гострому некротичному панкреатиті
Dronov O.I., Kovalska I.O., Uvarov V.Yu., Tsybalyuk R.S.,
Burmich K.S., Kovalenko A.P., Lubenets T.V. Separation of the
pancreatic duct in acute necrotic pancreatitis
- Дронов О.І., Ковальська І.О., Коваленко А.П., Бурміч К.С., 117
Уваров В.Ю., Цимбалюк Р.С. Порівняльний аналіз показників
кортизолу та мікробних метаболітів плазми крові при
традиційних та ендовідеоскопічних некректоміях у хворих на
гострий некротичний панкреатит
Dronov O.I., Blacksmith I.A., Kovalenko A.P., Burmych K.S.,
Uvarov V.Y., Tsybalyuk R.S. A comparative analysis of
cortisol and microbial metabolites indexes of blood plasma in
traditional and endovideoscopic necrectomy in patients with
peritonitis
- Велигоцкий Н.Н., Велигоцкий А.Н., Горбулич А.В., 118
Павлюченко С.А., Арутюнов С.Э., Шадрин О.В.,
Клименко М.А., Чеботарев А.С. Эндоскопическая билиарная
декомпрессия при остром билиарном панкреатите
Veligotsky N.N., Veligotsky A.N., Gorbulitch A.V.,
Pavluchenko S.A., Arutunov S.E., Shadrin O.V.,
Klimenko M.A., Chebotarev A.S. Endoscopic biliary
decompression in obstructive forms of acute biliary pancreatitis
- ШЛУНКОВО-КИШКОВІ КРОВОТЕЧІ** **GASTRO-INTESTINAL BLEEDINGS**
- Фомин П.Д., Ганжий В.В., Логачев В.К. Стандарты лечебно – 123
диагностического алгоритма у больных с острым желудочно –
кишечным кровотечением язвенной этиологии
Fomin P.D., Gangyi V.V., Logachev V.K. Standarts of medical-
diagnostic algorithm in patients with acute gastro-intestinal
bleeding of peptic etiology
- Кондратенко П.Г., Раденко Е.Е. Острые гастроуденальные 128
кровотечения. Лечебно-диагностический алгоритм
Kondratenko P.G., Radenko E.E. Acute gastroduodenal
bleeding. Diagnostic and treatment algorithm
- Матвійчук Б.О., Король Я.А., Рачкевич С.Л., Тумак І.М., 132
Артиушенко М.Є. Ендоскопічний гемостаз в комплексному
лікуванні виразкових гастроуденальних кровотеч
Matviyчук B.O., Korol Ya.A., Rachkevich S.L., Tumak I.M.,
Artiushenko M.Ye. Endoscopic hemostasis in complex treatment
of ulcerous gastroduodenal bleeding
- Мунтян С.О., Трофімов М.В., Кришень В.П. Організаційний 135
підхід до надання медичної допомоги хворим з шлунково-
кишковими кровотечами з верхніх відділів травного тракту
виразкової етіології
Muntyan S.O., Trofimov N.V., Kryshen' V.P. Organizational
approach to medicare given to the patients with gastroduodenal
bleeding of ulcerous etiology from the upper areas of digestive
tract
- Ярошенко К.О. Гемостатична терапія у хворих з 138
гастроуденальною виразковою кровотечею
Yaroshenko K.O. Hemostatic therapy in patients with
gastroduodenal ulcer bleeding
- Пустовойт П.І., Горячий В.В., Зайчук А.І. Тактичні підходи до 142
хірургічного лікування шлунково-кишкових кровотеч при
виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки
Pustvoyt P.I., Horyachyy V.V., Zaychuk A.I. Tactic ways to the
surgical treatment of gastrointestinal hemorrhages in gastric and
duodenal ulcerous disease
- Клигуненко Е.Н., Сорокина Е.Ю., Кравец О.В., Кизь С.Г., 145
Панин А.Н., Боброва Т.В. Методы оптимизации интенсивной
терапии при острых желудочно-кишечных кровотечениях
Kligunenکو Ye.N., Sorokina E.Yu., Kravets O.V., Kiz S.G.,
Panin A.N., Bobrova T.V. Methods of optimization of intensive
therapy for acute gastro-intestinal bleeding
- Міміношвілі О.І., Антонюк О.С., Український В.В. Хірургічне 147
лікування гострих ускладнень гастроуденальних виразок
Miminoshvili O.I., Antonyuk O.S., Ukrayinsky V.V. Surgical
treatment of acute complications of gastroduodenal ulcer
- Шапринський В.О., Романчук В.Д. Гастроуденальні 150
кровотечі, зумовлені прийомом медикаментозних препаратів
Shaprinsky V.O., Romanchuk V.D. Gastroduodenal
hemorrhages caused by medicines administration
- Каніковський О.Є., Одарченко С.П., Павлик І.В. Хірургічні 153
аспекти лікування кровоточивого раку шлунка з метастатичним
ураженням печінки
Kanikovskiy O.E., Odarchenko S.P., Pavlyk I.V. Surgical
aspects of treatment of bleeding stomach cancer with metastatic
lesions of the liver
- Снісар А.В. Медико-соціальні результати хірургічного лікування 156
виразкової хвороби, що ускладнилася кровотечею
A.V. Snisar Medical and social results of surgical treatment of
peptic ulcer disease complicated by bleeding
- Бойко В.В., Сушков С.В., Криворотко І.В., Доценко Е.Г., 159
Пеев С.Б. «Реанимационные» лапаротомии при профузном
кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта
Boyko V.V., Sushkov S.V., Krivorotko I.V., Dotsenko Ye.G.,
Peev S.B. "Reanimation" laparotomy in profuse bleeding from the
upper gastrointestinal tract
- Грубник В.В., Грубник Ю.В., Грубник В.Ю. Минимальноинвазивные 160
операции при хирургическом лечении осложненных
дуоденальных язв
Hrubnik V.V., Hrubnik Yu.V., Hrubnik V.Yu. Minimally
invasive operations in surgical treatment of complicated duodenal
ulcers
- Рачкев С.Л., Кушнірук О.І., Бубняк М.Р., Сало В.М., 164
Гіряк О.Т., Гайошко В.Д. Мультидисциплінарний підхід до
лікування хворих на кровотечі з верхніх відділів шлунково-
кишкового тракту невиразкового генезу
Rachkevych S.L., Kushniruk O.I., Bubniak M.P., Salo V.M.,
Hirniak O.T., Haioshko V.D. Multi-discipline approach to
treatment of patients with bleedings of non-ulcer genesis from
upper portions of gastro-intestinal tract
- Грубник Ю.В., Нетков А.Д., Кравченко А.И., 167
Крыжановский В.В., Фоменко В.А., Грубник В.Ю. Лечение
больных с кишечными кровотечениями, обусловленными раком
толстой кишки
Hrubnik Yu.V., Netkov A.D., Kravchenko A.I.,
Kryzhanovskiy V.V., Fomenko V.A., Hrubnik V.Yu. Treatment
of patients with bleedings caused by colon cancer

З ЮВІЛЕЄМ!

Провідна та одна з найстаріших кафедр медичної академії – кафедра хірургії №1 святкує своє 90-річчя від дня заснування. Її історія тісно пов'язана з історією нашої академії та іменами славетних вчених, які на ній працювали. Засновником кафедри та першим її завідуючим був всесвітньо відомий професор Олександр Олексійович Абражанов, який створив новий напрямок у шкірно-пластичній хірургії. Його наступниками були професори С.К. Соловійов – відомий організатор та хірург, М.О. Кімбаровський – автор методу радикальної операції пахової грижі та багатьох нововведень у хірургії, професори О.О. Ольшанецький, Д.А. Дорогань, Є.В. Колесов, доцент І.В. Перець. Слід згадати причетних до сьогоднішніх досягнень першої в академії факультетської хірургічної кафедри професорів – керівників аналогічної кафедри педіатричного та санітарно-гігієнічного факультетів М.Ф. Камаєва та А.І. Когона, які зробили свій внесок у фундамент сьогоднішніх успіхів співробітників колективу кафедри хірургії №1. Йшли роки, удосконалювались форми та методи роботи, збагачувалась матеріальна база кафедри, зростав її потенціал. Працюючи протягом останніх років під керівництвом Заслуженого діяча науки та техніки, Лауреата Державної премії України, доктора медичних наук, професора Якова Соломоновича Березницького, колектив співробітників досяг значних успіхів у навчальній, науковій, виховній та лікувальній роботі.

Ректор ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», академік НАМН України, заслужений діяч науки і техніки України

Саме на кафедрі хірургії №1 вперше у межах експерименту було розпочато в 2003 році навчання студентів та інтернів за кредитно-модульною системою, яка зараз застосовується на всіх кафедрах академії. В умовах перебудови та важкого сьогодення на кафедрі вдалося створити ряд методичних посібників, підручників для студентів та інтернів, значущість яких відзначена Державною премією України за 2010 рік. Відомих успіхів досягнуто в лікувальній роботі, виконуються найскладніші хірургічні втручання на органах грудної та черевної порожнини, у тому числі з використанням лапароскопічних методик. На кафедрі вперше в Україні створено тренажерний клас з лапароскопічної хірургії, де на двох лапароскопічних стійках за наявності сучасного інструментарію інтерни та лікарі оволодівають азами лапароскопічної хірургії. Науковий студентський гурток кафедри завжди привертав увагу та надавав змогу оволодіти хірургічною майстерністю студентам академії, в його роботі брали участь у різні роки всі члени сьогоднішнього викладацького колективу кафедри. Це дозволило створити сучасну хірургічну наукову школу на чолі з її керівником – завідуючим кафедрою професором Я.С. Березницьким.

Співробітники академії щиро вітають колектив кафедри хірургії №1 ДЗ «ДМА МОЗ України» зі славним ювілеєм, бажають здоров'я та подальших творчих успіхів.

Г.В. Дзяк

ЩИРІ ВІТАННЯ!

Шановні колеги! Щиро вітаю колектив кафедри хірургії №1 ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» з 90 річницею від дня заснування та бажаю подальших творчих успіхів в організаційній, науковій, педагогічній та лікувальній роботі!

Вельмишановний Якове Соломоновичу! Продовжуючи закладені попередніми поколіннями співробітників кафедри традиції, Ви особисто та Ваш колектив наполегливо працюють в ім'я здоров'я людини, виховання професійно підготовлених фахівців – хірургів для всієї країни, подальшого вдосконалення якості хірургічної допомоги населенню в умовах перебудови медичної царини держави та є прикладом для інших підрозділів охорони здоров'я. Оптимальний підбір співробітників, в якому поєднані багатогранні знання досвідчених та енергія мо-

лодих працівників, дозволяють колективу кафедри завжди бути в перших ланках хірургічної служби країни, брати активну участь у розробці сучасних підходів до надання медичної допомоги населенню, виданні фундаментальних керівництв для студентів, інтернів, молодих та досвідчених хірургів. Ваш колектив першим розпочав перехід на кредитно-модульну систему навчання не тільки студентів, а й інтернів, вперше в Україні застосував медичні тренажери та лапароскопічне обладнання в підготовці фахівців, досяг великих успіхів у лікувальній роботі.

Вітаю з ювілеєм весь колектив Дніпропетровської медичної академії та особливо – кафедри хірургії №1, зичу здоров'я, особистого щастя та успіхів у роботі.

*Академік НАМН України,
Головний хірург МОЗ України,
завідувач кафедри хірургії № 4
НМУ ім. О.О. Богомольця, професор*



П.Д. Фомін

**Г.В. Дзяк,
Я.С. Березницький,
В.В. Гапонов**

КАФЕДРИ ХІРУРГІЇ №1 – 90 РОКІВ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

У 2012 році виповнюється 90 років кафедрі хірургії №1, яка є однією з провідних клінічних кафедр медичної академії. За свою багаторічну історію існування колектив кафедри зробив суттєвий внесок у розвиток хірургічної науки та практики, навчальний процес та виховання молодих фахівців. Співробітники кафедри відомі не лише в Україні, а й далеко за її межами. У всі роки існування кафедри пріоритетним напрямком її діяльності була навчальна та навчально-методична робота. Особливо це проявилось протягом останніх двох десятиліть, коли завідуючим кафедрою факультетської хірургії та хірургії інтернів (з 2010 р. – кафедри хірургії №1) було обрано доктора медичних наук, професора Якова Соломоновича Березницького, який є учнем Заслуженого діяча науки і техніки України професора Д.П. Чухрієнко. Після захисту в 1987 році докторської дисертації на тему “Піддіафрагмальні абсцеси” він працював старшим науковим співробітником та керівником відділення хірургії органів травлення Інституту гастроентерології АМН України, а з 1996 року очолив кафедру хірургії №1. З цього часу науково – практичним напрямком діяльності кафедри є хірургічне лікування хворих на гастроентерологічну патологію, впровадження методів ендоскопічної хірургії, розробка методів та пристроїв для профілактики та лікування післяопераційних ускладнень, розробка шпитальної інформаційної системи, стандартів (протоколів) оцінки якості лікувально-діагностичного процесу з визначенням фактичних витрат на лікування хворого, розробка принципів стандартизації у медицині. Під керівництвом проф. Я.С. Березницького з 1999 року співробітники кафедри виконували наукові роботи з розробки на засадах інформаційних технологій термінів та обсягів стаціонарного лікування з невідкладної абдомінальної хірургії, інтенсивної терапії та знеболення, а також колоректальної хірургії. Теми розроблялися разом з кафедрою анестезіології, інтенсивної та гіпербаротерапії ФПО ДДМА. На виконання першої теми в 2000 році одержано гранд міжнародного фонду «Відродження». Матеріали НДР увійшли до низки наказів МОЗ України. Протягом останніх років кафедра вивчала організаційні та клінічні аспекти покращення якості надання хірургічної допомоги

хворим із застосуванням нових та мініінвазивних медичних технологій. Проф. Я.С. Березницькому в 1999 р. присвоєно звання “Заслужений діяч науки і техніки України”, він є автором понад 350 наукових праць, у т.ч. вміщених у Великій медичній енциклопедії, 10 монографій, 17 винаходів, 3-х навчальних лазерних комп’ютерних дисків. Під керівництвом професора Я.С. Березницького захищено 10 дисертацій, у т.ч. 3 докторські та 7 кандидатських. Вперше в історії академії під його керівництвом кандидатську дисертацію з хірургії виконав та захистив іноземний громадянин. Наукові здобутки співробітників кафедри визнані в Україні та за її межами. Проф. Я.С.Березницький є членом 2 захисних вчених рад, членом Правління асоціації хірургів України, Головою Дніпропетровської обласної асоціації хірургів, членом Європейської асоціації ендоскопічних хірургів, членом редакційної ради науково-практичного журналу «Хірургія України». Нагороджений грамотами Міністерства охорони здоров’я України, Почесною грамотою Кабінету міністрів України. За ініціативою проф. Я.С. Березницького протягом 2005-2011 рр. створено підручник «Хірургія» для студентів 3-6 курсів ВМНЗ України та інтернів – хірургів. За написання базового керівництва для студентів проф. Я.С. Березницькому та доц. Г.Ю. Хапатько в 2010 році присуджено звання Лауреатів Державної премії України в галузі науки й техніки за кращий підручник.

Навчальна робота на кафедрі проводиться зі студентами 4-х курсів медичних факультетів і інтернами – хірургами. На кафедрі вперше в Україні впроваджено навчання студентів та інтернів за кредитно-модульною системою, яка використовується з 2003 року. Для цього співробітниками кафедри розроблено нові форми журналу асистента, щоденника інтерна та іншої документації, які затверджені ЦМК МОЗ України як посібники для всіх медичних навчальних закладів держави. Серед студентів багато представників різних держав світу, в тому числі країн Азії та Африки. Створені гарні умови для навчального процесу: є сучасна клінічна база, навчальні кімнати та кабінети: комп’ютерний, аудіо-відеотехнічних засобів, проктологічної патології, кабінет засвоєння практичних навичок на муляжах, клас для оволодіння

лапароскопічними навичками. Під керівництвом академіка Г.В. Дзяка функціонує науково-проблемна лабораторія "Нові інформаційні технології в медицині". З усіх розділів навчальної програми створені методичні розробки, видано підручник «Хірургія» (три томи, 5 книг), за останні три роки опубліковано п'ять навчально-методичних посібників, 25 науково-методичних робіт, виготовлено кілька відеофільмів. Співробітники кафедри виступали з доповідями на багатьох міжнародних наукових форумах в Україні та за її

межами (Туреччина, Росія, Німеччина, Грузія, Чехія та інші).

На 1.01.2012 р. до професорсько – викладацького складу кафедри входять професор Я.С. Березницький, професори, доктори медичних наук В.В. Гапонов та Н.А. Яльченко, доценти, кандидати медичних наук: В.П. Сулима, Г.Ю. Хапатьяк та Р.В. Дука, асистенти, кандидати медичних наук: І.Л. Верхолаз, С.Л. Маліновський, О.В. Білов.



Колектив кафедри хірургії №1 (грудень 2011р.):

Сидять (зліва направо): ст.лаборант Тодорова Ю.Г., професор Яльченко Н.А., зав.кафедрою професор Березницький Я.С., професор Гапонов В.В., науковий співробітник Цигульова Л.К.

Стоять (зліва направо): доцент Хапатьяк Г.Ю., доцент Сулима В.П., лаборант Смирнова С.М., асистенти канд.мед.наук Маліновський С.Л., Верхолаз І.Л., Білов О.В., доцент Дука Р.В.

Навчальний процес та лікувальну роботу в теперішній час співробітники кафедри проводять в кількох лікувально-профілактичних установах міста. Базами кафедри є 6-а, 11-а та 16-а міські клінічні лікарні, які обладнані сучасною апаратурою, надають всебічну допомогу мешканцям міста та області. У лікувальну практику за 5 ро-

ків впроваджено понад 40 нових методів обстеження й лікування, у тому числі ендоскопічні й лапароскопічні обстеження і операції. За ініціативою та безпосередньою участю професора Я.С. Березницького вперше в Україні створено навчальний клас для оволодіння лапароскопічними навичками.



Відпрацювання практичних навичок



Йде реанімація



Засвоєння практичних навичок



Тренування в лапароскопічному класі



Клас для оволодіння основами лапароскопії

Сучасні досягнення кафедри базуються на закладеному в попередні роки фундаменті. Починаючи з моменту створення кафедри та продовжуючи її подальший розвиток, співробітники кафедри завжди були в перших ланках хірургічної спільноти міста, області, держави. Історія кафедри має свої славетні сторінки. Перша в Дніпропетровську факультетська хірургічна клініка була створена восени 1922 р. на базі губернської земської лікарні. Завідуючим кафедрою був професор Олександр Олексійович Абражанов, який у період 1921 – 1923 років завідував кафедрою оперативної хірургії та топографічної анатомії Дніпропетровського медичного інституту, а в 1923 році очолив хірургічну клініку ДМІ. Професор О.О. Абражанов проявляв інтерес до самих різноманітних видів хірургічних захворювань і володів технікою хірургічних втручань як у хірургії порожнин, так і на кінцівках, хребті, черепі, обличчі, ЛОР органах, приділяв достатню увагу пластичним операціям, написав понад 60 наукових робіт, які публікувались у вітчизняних та іноземних хірургічних журналах. Він займався проблемами відновної хірургії, хірургічного лікування захворювань органів грудної та черевної порожнин, лікування захворювань опорно-рухового апарату, вивченням симпатичної та парасимпатичної нервових систем, акушерством та гінекологею. Помер у 1930 р. при проведенні операції хворому на двобічний нефролітіаз.

У 1931 - 1941 рр. кафедрою завідував професор Сергій Костянтинівич Соловійов, переїхавший з Воронежа, який мав великі організаційні здібності. У клініці в цей час вивчали захворювання щитоподібної залози, ехінокока печінки, питання військово-польової хірургії, поранення грудної клітки, черева, поранення розривними кулями та інше.

У 1945 р. факультетська хірургічна клініка була переведена з колишньої Катеринославської земської губернської лікарні на базу 1-ої міської клінічної лікарні. Кафедру з 1945 по 1966 р. очолював професор Михайло Олександрович Кімбаровський - автор 106 наукових робіт з питань абдомінальної хірургії, травматології та військово-польової хірургії, ведення післяопераційного періоду. Проф. М.О. Кімбаровський був серед перших хірургів, які прийшли до висновку про необхідність резекції шлунку при виразковій хворобі. Визнання та розповсюдження одержав метод радикальної операції пахової грижі за М.О. Кімбаровським. У 1964 р. професором М.О. Кімбаровським було створено апарат для механічного зшивання стравоходу зі шлунком або кишкою. Під його керівництвом виконані 3 докторські (А.М. Ганічкін, А.І. Когон, Н.П. Востриков) і 16 кандидатських дисертацій. Більшість з них була присвячена питанням абдомінальної хірургії, патології шлунка та жовчовивідних шляхів, вивчались проблеми промислового травматизму робітників Марганцево-рудничого басейну, заводу ім.К. Лібкнехта. Протягом багатьох років професор М.О. Кімбаровський був головою обласного хірургічного та обласного єдиного медичного товариства лікарів, членом правління Українського товариства хірургів. На XI з'їзді хірургів України він був обраний почесним членом Українського товариства хірургів. Його учнями є професори А.В. Габай, А.І. Сорокіна, А.М. Ганічкін, А.І. Когон, М.Я. Хорошманенко, В.Т. Карпукін та інші відомі вчені. Наукова продукція кафедри за 20 довоєнних і 20 післявоєнних років становила 5 докторських та 26 кандидатських дисертацій, понад 260 наукових статей. Помер проф. М.О. Кімбаровський 5 вересня 1966 року.



Проф.О.О.Абражанов



Проф.С.К.Соловійов



Проф.М.О.Кімбаровський

З 1967 по 1978 р. кафедру очолював професор Олександр Олександрович Ольшанецький. У цей час на кафедрі працювали доценти М.О. Лукашов, І.І. Савел'єв, І.В. Перець, асистенти П.П. Квачко, А.Г. Ірха, І.В. Добровольський та інші. Основною науковою темою була розробка та удосконалення операцій при жовчокам'яній хворобі та захворюваннях магістральних артерій. В обласному судинному відділенні на базі 1-ї міської лікарні виконувались операції на аорті, здухвинних артеріях, венах.

Весною 1976 року була проведена реорганізація факультетів та кафедр медичного інституту, і кафедра факультетської хірургії №1 лікувального факультету почала працювати на базі 6-ї міської лікарні, де раніше навчалися студенти санітарно – гігієнічного та педіатричного факультетів на створеній у 1954 році кафедрі факультетської хірургії педіатричного та санітарно-гігієнічного факультетів. Вона відокремилась з кафедри факультетської хірургії, якою керував проф. М.О. Кімбаровський, та розташовувалась на базі хірургічних відділень 9-ї міської лікарні, а з 1972 року – 6-ї міської клінічної лікарні.

Першим керівником організованої на базі 9-ї міської лікарні кафедри факультетської хірургії педіатричного та санітарно – гігієнічного факультетів інституту був обраний доктор медичних наук Михайло Федорович Камаєв, учень професора М.П. Соколовського. Основною тема-

тикою наукової роботи кафедри в цей період була проблема лікування ран та наслідків травм, яким було присвячено ряд робіт викладачів кафедри.

З березня 1961 р. кафедру очолив один із видатних проктологів України професор Абрам Ілліч Когон, який до цього працював на посаді доцента госпітальної, а потім факультетської хірургічної клініки. У 1962р. він захистив докторську дисертацію на тему: «Матеріали до патогенезу, клініки і терапії прямокишкових нориць». Значний внесок у науку А.І. Когон вніс детальним дослідженням маловивчених залоз анального каналу, встановивши, що анальні залози є обов'язковою анатомічною частиною прямої кишки людини. Він висвітлив їх значення у виникненні гострих парапроктитів та прямокишкових нориць, розробив та вдосконалив методи оперативного лікування. Під його керівництвом наукова робота на кафедрі виконувалась у трьох напрямках: 1) вивчення особливостей захворювань прямої кишки; 2) боротьба з травматизмом на промислових підприємствах; 3) патологія судинної системи. За весь період науково-практичної діяльності професор А.І. Когон написав 112 наукових робіт, у тому числі – 2 монографії, співробітниками кафедри та лікарями виконано 147 наукових робіт. Помер у 1966 р.



Проф.О.О.Ольшанецький



Проф.А.І.Когон



Проф.Д.А.Дорогань

З 1966 по 1988 р. кафедру очолював професор Дмитро Аврамович Дорогань, який у 1951 році закінчив лікувальний факультет ДМІ, працював асистентом кафедри нормальної анатомії (1951-1953 рр.). Під керівництвом професора Т.Є. Гнилорибова він закінчив клінічну ординатуру на

кафедрі госпітальної хірургії, працював асистентом (1955 – 1960 рр.), а з 1960 р. – доцентом кафедри факультетської хірургії № 2 педіатричного та санітарно – гігієнічного факультетів. Автор понад 130 наукових робіт, двох авторських свідоцтв, 10 раціоналізаторських пропозицій.

У 1974 – 1983 рр. – декан лікувального факультету ДМІ, з 1989 р. – професор кафедри хірургії. Під час завідування кафедрою професором Д.А. Дороганем основними науковими напрямками були профілактика виробничого травматизму та вивчення ургентної патології черевної порожнини, продовжувалась розробка лікування проктологічних захворювань. Співробітниками кафедри в різні роки були доценти П.Т. Сягайло, Г.Г. Шаханова, В.І.Четверикова, Г.Г. Кабак, Л.В. Бородуля, асистенти В.В. Гапонов, В.І. Шевченко, В.П.Сулима, І.Т. Кобиляцький, В.І. Залевський та інші. Під керівництвом професора Д.А. Дороганя були виконані 8 кандидатських дисертацій, виконувалася комплексна науково-дослідницька тема: "Профілактика й лікування виразкової хвороби шлунка та 12-палої кишки в умовах промислового регіону", вивчалися питання колопроктології.

У 1984 році в зв'язку з переходом на нові навчальні плани кафедру було перейменовано на кафедру хірургічних хвороб №3 і з вересня 1984 року вона проводила роботу за новим навчальним планом (наскрізне викладання хірургії на 4,

5 та 6 курсах). У 1988 році було проведено об'єднання кафедр, базами кафедри для 5 та 6 курсів було обрано 4-е клінічне медичне об'єднання та обласну клінічну лікарню ім. І.І. Мечникова, де є багато відділень хірургічного профілю. Тут працювали доцент Л.І. Праваторова, асистенти С.І. Карпенко, Н.О. Смирнова, С.М. Лукашов, М.Т. Приходько. Відбулися вибори нового завідуючого кафедрою, ним було обрано Лауреата Державної премії СРСР, доктора медичних наук, професора Євгена Васильовича Колесова. Він є автором 180 наукових праць, підготував 1 доктора та 8 кандидатів медичних наук. У період керівництва кафедрою професора Є.В. Колесова наукові розробки виконувались у двох напрямках: 1) актуальні питання кардіохірургії та втілення ендоскопічних засобів кардіостимулювання (на базі обласної лікарні ім. І.І. Мечникова, де було відкрито кардіологічне відділення); 2) нові методи лікування в абдомінальній хірургії та проктології (на базі 6-ї клінічної лікарні). Ці розробки увійшли в дисертаційні роботи співробітників кафедри, які були захищені в 90-х роках, та в 3 монографії.



Проф.Є.В.Колесов



Доц.І.В.Перець



Проф.Я.С.Березницький

З 1990 по 1995 р. кафедрою, яка була перейменована на кафедру госпітальної хірургії №1, завідував доцент Іван Васильович Перець. Основними науковими напрямками в цей час було удосконалення операцій при цирозах печінки, при жовчнокам'яній хворобі, профілактика ускладнень у невідкладній абдомінальній хірургії та проктології. Наукові розробки виконувались разом з Українським НДІ гастроентерології. Подальший розвиток діяльності кафедри пов'язаний з ім'ям професора Я.С. Березниць-

кого, який дав новий поштовх всім напрямкам роботи кафедри. Важливим аспектом діяльності співробітників кафедри є лікувальна робота. Всі викладачі мають вищу або першу лікарську категорію з хірургії чи проктології, проводять велику лікувально-консультативну та методичну роботу. Проф. Я.С. Березницький є позаштатним обласним хірургом, проф. В.В. Гапонов протягом 15 років - обласним позаштатним проктологом, проф. Н.А. Яльченко керує хірургічною діяльністю на базі 11 МКЛ. Всі доценти курирують

хірургічні відділення, асистенти ведуть тяжких хворих. Співробітники кафедри займаються виховною роботою серед лікарів, інтернів та сту-

дентів, використовуючи принципи етики та медичної деонтології, докладають багато зусиль до підготовки висококваліфікованих фахівців.



**В операційній. Оперує проф. Я.С. Березницький,
анестезіолог проф. О.М. Клигуненко**

Свій 90-річний ювілей кафедра хірургії №1 під керівництвом Заслуженого діяча науки та техніки, Лауреата Державної премії України, доктора медичних наук, професора Я.С. Березницького зустрічає з певними планами та надіями. Примітно, що ювілей кафедри збігся зі

знаменною датою в житті Дніпропетровщини – 80-річчям утворення області, яка, як і кафедра в межах академії, є однією з лідерів держави. Бажаємо колективу кафедри подальших успіхів у роботі, подолання нових рубежів та творчої наснаги!



УДК 616-089.001.73(477.63)

В.Г. Гинзбург*,
Я.С. Березницький**,
В.Н. Лехан**

ПРИНЦИПЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ СТРУКТУРЫ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕГИОНА НА ЭТАПЕ ЕЁ РЕФОРМИРОВАНИЯ

Главное управление здравоохранения Днепропетровской ОГА*
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»**

Ключевые слова: хирургическая
служба, пути усовершенствования
Key words: regional surgical
service, reformation

Резюме. У роботі викладені проблеми, пов'язані з існуючою системою організації хірургічної допомоги як у регіоні, так і в країні в цілому. Обґрунтована об'єктивна необхідність проведення структурних і функціональних змін у роботі хірургічної служби області. Звернено увагу на цілу низку особливостей роботи хірургічної служби, які, з одного боку, не забезпечують достатню якість і доступність. Зроблено ряд висновків про необхідність концентрації пацієнтів хірургічного профілю, які потребують цілодобового інтенсивного спостереження і більш широкого застосування хірургічних технологій, що забезпечують надання допомоги хворим за принципом «хірургії одного дня». Запропоновані структурні зміни й нові функціональні взаємовідношення для лікувальних закладів районного рівня та невеликих міст. Звернено увагу на необхідність змін у фінансуванні стаціонарних лікувальних закладів і підходів щодо оцінки якості їх роботи.

Summary. In the work problems connected with the existing system of organization of surgical help both in the region and in the whole country have been provided. The objective need for carrying out structural and functional changes in the work of regional surgical service has been grounded. Attention has been paid to a number of peculiarities of work in surgical service which on the one hand do not provide sufficient quality and availability. A number of conclusions have been drawn on the need of concentration of surgical patients who require a twenty-four-hour intensive observation and a wider use of surgical technologies based on the principle "surgery of one day". Structural changes and new functional relationships for medical establishment of a district level and small towns have been suggested. Attention has been paid to the need of changes in financing of stationary medical establishments and approaches to qualitative evaluation of their work.

На протяжении двух последних десятилетий население страны и медицинская общественность озабочены состоянием здравоохранения и качеством оказываемой медицинской помощи. На протяжении двадцатого столетия в стране была создана и продолжает функционировать система здравоохранения, в том числе и хирургическая помощь, основанная на экстенсивных показателях работы, основными из которых являлись обеспеченность койками и врачами. И даже постепенное сокращение коечного фонда не приводит к желаемым позитивным изменениям, т.к. вместе с их сокращением уменьшается количество медицинского персонала, что не способствует качественной и интенсивной работе хирургических отделений.

Кроме этого, наличие устаревшей системы финансирования лечебных учреждений на койку

заставляет во многих случаях госпитализировать пациентов, которые не требуют стационарного лечения, или заставляет более длительно продолжать лечение в условиях стационара. Это, вместе с большим количеством хирургических отделений, привело к тому, что во многих из них хирургическая активность составляет всего 30 – 45%, а там, где она выше, нередко поддерживается операциями на коже и подкожной клетчатке, помощь при которых может оказываться по стационарозамещающим технологиям без пребывания больного в круглосуточном стационаре.

Исходя из этого, в процессе реформирования отрасли здравоохранения в целом, необходимо внести целый ряд структурных изменений в систему организации хирургической помощи и определить функциональные связи между лечеб-

ными учреждениями различных уровней и подчинённости, что позволит обеспечить доступность, своевременность оказания и качество хирургической помощи.

Цель работы – определить возможный вариант организационной структуры хирургической службы региона и функциональные обязанности её отдельных составляющих.

На сегодняшний день в Украине сложилась четырехуровневая система оказания медицинской помощи. Первый уровень – это поликлиники или поликлинические отделения больниц, где имеются кабинеты хирургического профиля, в которых должен вестись консультативный приём и предоставляться минимальный объём хирургической помощи, по сути относящийся к компетенции врача общей практики – семейной медицины; второй уровень – это хирургические койки районных и городских больниц, где предоставляются хирургические услуги общего профиля и неотложная хирургическая помощь; третий уровень – это хирургические отделения областных больниц, и четвёртый уровень – клиники научно-исследовательских институтов МЗ и НАМН Украины, в которых пациентам большей частью оказывается высокоспециализированная хирургическая помощь. Ещё одной отличительной характеристикой сегодняшнего дня является излишняя специализация и чрезмерная профилизация коечного фонда, особенно на районном и городском уровнях.

Опираясь на мировой опыт оказания хирургической помощи, следует отметить, что основными критериями оценки работы медицинского учреждения хирургического профиля являются: безопасность для пациента, основанная на квалификации оперирующих хирургов (количество операций в год на одного хирурга не менее 150-200), достаточной оснащённости хирургических отделений, отделений анестезиологии и интенсивной терапии, а также применением современных технологий управления лечебно-диагностическим процессом, которые, с одной стороны, позволяют планировать интенсивную работу персонала, а с другой – контролировать качество оказания хирургической помощи.

Основными факторами, определяющими готовность службы к оказанию качественной медицинской помощи больным с хирургической патологией, являются: наличие достаточного количества и соответствующая оснащённость учреждений для оказания такой помощи, подготовленного медицинского персонала и обеспе-

ченность ресурсами, которые необходимы для оказания помощи.

В Днепропетровской области обеспеченность хирургическими койками составляет 6,4 на 10000 населения. При этом в г. Днепропетровске этот показатель находится на уровне 4,8, в Кривом Рогу на уровне 6,0, в Днепродзержинске – 6,0, в районах области – 6,2 на 10000 населения. Такое неравномерное распределение коечного фонда сказывается и на результатах их работы.

Во многих лечебных учреждениях городского и районного уровня имеется переизбыток коечного фонда, что подтверждается невыполнением показателя работы койки. Так, в 4 отделениях городских больниц небольших городов койка работала от 222,9 до 321 дней, а в 8 отделениях из 23 хирургических отделений ЦРБ койка работала от 206,8 до 316 дней (при плане 340 дней). По сложившимся за многие годы принципам пациенты хирургических отделений в значительном проценте случаев находятся в условиях стационара намного дольше, чем этого требует клиническая ситуация. Так, пациенты с острым неосложнённым аппендицитом, после перенесенного грыжесечения, холецистэктомии и др. выписываются на 7-8 день после операции, в то время, когда, как правило, уже с третьего дня эти пациенты не получают медикаментозного лечения и могли бы находиться на амбулаторном лечении. Кроме этого, нередко отмечается необоснованная госпитализация пациентов в круглосуточный стационар, помощь которым могла быть оказана с использованием стационарозамещающих технологий, что является социально и экономически более выгодным.

Вторым, не менее важным фактором, является наличие медицинского персонала, в первую очередь врачей-хирургов, способных оказывать хирургическую помощь в любое время суток. Проведенный анализ показал, что наиболее сложное положение складывается в лечебных учреждениях районного уровня, где в соответствии со штатным расписанием нет круглосуточного дежурства врачей-хирургов и при доставке больного в вечернее или ночное время, с одной стороны, нет специалиста, способного принять квалифицированное решение о тактике лечения, а с другой – дежурство таких специалистов на дому в значительном проценте случаев задерживает оказание необходимой помощи. Проведенный анализ показал, что в 4 из 12 городских отделений и в 8 отделений из 23 районов по штату положено иметь от 1 до 4 врачей хирургов, что не даёт возможности обеспечить

круглосуточное оказание помощи хирургическим больным.

Существует ряд проблем по количеству и характеру выполняемых оперативных вмешательств, что отражается на индикаторах, которые характеризуют качество работы лечебных учреждений и безопасность их работы для больных. Проведенный анализ работы хирургических отделений показал, что на районном уровне имеющиеся 23 хирургические отделения можно разделить на три группы: первая группа – восемь отделений, в которых выполняется от 1000 до 1800 операций в год, вторая группа – восемь отделений – от 500 до 1000 операций, и семь отделений – менее 500 операций в год. Во всех отделениях высоким остаётся процент операций (от 25 до 60%) на коже и подкожной клетчатке.

Следует отметить, что в 2011 г. в хирургических отделениях районных больниц прооперировано 9286 больных, из которых с неотложными хирургическими заболеваниями поступило 2473 пациента и 1522 (61,5%) из них прооперированы. Среди госпитализированных по неотложным показаниям острый аппендицит был диагностирован у 919 (37,2%), острый панкреатит – у 484 (19,6%), острый холецистит – у 288 (11,6%), желудочно-кишечное кровотечение – у 269 (10,9%), прободная язва – у 150 (6,1%), ущемлённая грыжа – у 114 (4,6%) и острая непроходимость кишок была у 109 (4,4%). Среди планово госпитализированных и оперированных были грыжи передней брюшной стенки, хронический холецистит и ампутации нижних конечностей при облитерирующих сосудистых заболеваниях. Проведенный анализ показал, что операции на органах брюшной полости составляют до 30% от всего количества выполняемых операций, при этом соотношение плановых операций к ургентным составляет 1:2. Следует отметить, что квалификация врачей хирургов определяется и количеством выполняемых операций, в частности на органах брюшной полости, которые, к сожалению, из-за своей сложности формируют основную группу неблагоприятных исходов. В то же время, на районном уровне количество таких операций невелико и именно это увеличивает риск лечения для пациента. Основной операцией является аппендэктомия по поводу острого аппендицита, количество которых колеблется от 25 до 80 ежегодно, а остальные операции выполняются нередко в единичных исчислениях. Аналогичное положение и с плановыми операциями, где основной операцией является грыжесечение, но количество их также невелико. По-прежнему значительная

часть выполняемых операций относится к операциям на коже и подкожной клетчатке. Так, такая патология отмечена у 5156 (55,5%) из 9286 прооперированных больных.

Из всего вышеперечисленного можно сделать ряд выводов, основными из которых можно считать:

1. Неравномерность распределения коечного фонда по региону с превышением необходимой потребности их практически и в городах, и в районах, что приводит к нерациональному их использованию и затратам на содержание коек, а не на лечение больных.

2. Существующая система распределения медицинского персонала на количество коек, с одной стороны, препятствует интенсивной их работе из-за недостатка персонала, а с другой стороны, в маломощных отделениях отсутствует возможность оказания круглосуточной хирургической помощи, что отражается на безопасности и качестве лечения.

Основные управленческие решения по модернизации хирургической помощи в условиях реформирования: Организация интенсивной и качественной работы хирургической службы региона должна базироваться на выполнении целевых показателей, к которым можно отнести:

1. Обеспечение хирургической активности в стационарах хирургического профиля на уровне 75 – 80%.

2. Создание условий для системного внедрения в практику здравоохранения стационарозамещающих управленческих и хирургических технологий, обеспечивающих доступность, качество и экономичность хирургической помощи.

3. Организация качественной работы и сохранение специалистов-хирургов.

4. Изменение системы управления лечебно-диагностическим процессом в хирургической службе региона.

5. Внедрение системного внутреннего и внешнего аудита качества предоставляемой медицинской помощи.

Основным принципом изменений в организации работы хирургической службы региона являются использование стационарозамещающих хирургических технологий, стремление к краткосрочному пребыванию пациентов в хирургическом стационаре и интенсификация работы хирургических отделений.

С целью организации качественной и экономически обоснованной медицинской помощи, в том числе и хирургической, планируется созда-

ние госпитальных округов. Каждый округ должен иметь одинаковый набор лечебных учреждений, способных оказывать доступную, полноценную и качественную медицинскую помощь, направленную на удовлетворение ожиданий пациентов и их родственников, как от лечебно-диагностического процесса, так и от его результатов.

Основой госпитального округа должна стать многопрофильная больница интенсивного лечения, которая предназначена для предоставления вторичной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, дневного стационара или в амбулаторных условиях больным с острыми или хроническими заболеваниями.

Больницы интенсивного лечения, в зависимости от численности населения, которое они обслуживают, целесообразно разделить на два уровня.

Больницы первого уровня, как правило, располагаются на базе районных и городских больниц, которые обслуживают население численностью до 350 тыс., а больницы второго уровня, располагаясь на базе городских больниц, обслуживают население численностью более 350 тыс. человек. Больницы первого и второго уровня различаются по коечной мощности и диагностическим возможностям.

Основным различием между хирургическими структурными подразделениями больниц первого и второго уровня является то, что в больницах первого уровня на базе хирургического отделения, без профилизации коек, оказывается помощь больным с хирургической, травматологической и урологической патологией, а на базе больниц второго уровня – выделяются отдельно хирургические, травматологические отделения, отделение политравмы, отделение гнойно-септической хирургии.

Больница второго уровня должны обеспечивать интенсивную помощь населению госпитального округа, в котором она находится, а также населению прикрепленных госпитальных округов, в состав которых входят больницы первого уровня, в случаях, когда больной требует более сложных диагностических и лечебных процедур и операций (пациенты с осложненным течением послеоперационного периода, тяжёлые формы острого панкреатита и др.). Такой подход к маршрутизации пациентов с осложненным течением заболевания позволит уменьшить количество больных, госпитализирующихся на третичный уровень помощи, освободив его для более активной работы с пациентами, требующими высо-

котехнологичных методов диагностики и лечения.

Для создания условий для более интенсивной работы хирургического отделения больниц, оказывающих круглосуточную помощь, считаем целесообразным организовать работу операционного блока таким образом, чтобы плановая хирургическая работа длилась 12 часов – с 8⁰⁰ до 20⁰⁰, ургентная помощь – круглосуточно. Такую работу можно обеспечить двухсменной работой хирургических бригад в дневное время, одной – с 8⁰⁰ до 15⁴⁰, второй бригады – с 12⁰⁰ до 20⁰⁰ и одной ургентной бригады – с 20⁰⁰ до 8⁰⁰. Такой подход позволит сохранить медицинский персонал реструктуризирующихся отделений и снять возникающее в связи с этим социальное напряжение среди медицинских работников, а также обеспечит управляемость оказания медицинской помощи, её доступность и в результате более высокое её качество.

Возникает вопрос, а все ли пациенты хирургического профиля нуждаются в госпитализации в больницу интенсивного лечения? Нет, примерно 40 – 50% больных, которые сейчас лечатся в условиях стационара, могут получить медицинскую помощь в дневном стационаре по принципу «хирургии одного дня». Принципы организации такой помощи могут быть различными в сельской местности и в городах.

В лечебных учреждениях, расположенных в сельской местности, где узкая профилизация отделений затрудняет их рациональное использование, что подтверждается имеющимися статистическими данными, оптимизация медицинской помощи может идти по пути создания на базе существующей больницы многопрофильных госпитальных отделений. В таком отделении возможно оказывать плановую медицинскую помощь пациентам различного профиля, в том числе и больным хирургического профиля, нуждающимся в медикаментозном лечении или после операций, когда не требуется круглосуточного наблюдения врача-хирурга.

Исходя из этого, требуются изменения структуры и функций лечебных учреждений, в первую очередь, в сельской местности и в небольших городах области.

Больные с неотложными хирургическими, травматологическими и урологическими заболеваниями, которые требуют пребывания в больнице интенсивного лечения, доставляются туда бригадами скорой помощи. Туда же направляются для планового лечения больные, которым показано лечение в условиях круглосуточного стационара.

Значительная часть пациентов, которые на сегодня по сложившейся традиции необоснованно госпитализируются для лечения в стационар, должны иметь возможность получить качественную, но более экономичную помощь по принципам стационарнозамещающих технологий. Так, неотложную хирургическую и травматологическую помощь больным, не требующим круглосуточного наблюдения, можно оказывать в травмпунктах, организованных при приёмном отделении больницы (помощь оказывает дежурный врач или врачи хирургического профиля, которые дежурят по графику на дому), а плановую хирургическую помощь можно оказывать по принципу «хирургии одного дня», используя имеющуюся инфраструктуру операционного блока больницы и коечный фонд дневного стационара. Одной из проблем, которая может возникнуть при организации хирургической помощи по принципу «хирургии одного дня», может стать необходимость пребывания пациента под наблюдением врача-хирурга по социальным показаниям (возраст пациента, невозможность посещать врача из-за отдалённого проживания от больницы и др.). Такого пациента, как и пациентов с хирургической патологией, которые не требуют хирургического лечения, можно госпитализировать в госпитальное отделение плановой больницы, где они будут наблюдаться врачом хирургического профиля консультативно-диагностического подразделения больницы или предложить пребывание в пансионате, открытом на месте освобождённых площадей.

Таким образом, в регионе должна быть создана стройная, структурированная, многоуровневая система организации хирургической помощи, основные принципы которой – доступность,

экономичность, клиническая эффективность и качество.

ВЫВОДЫ

1. Изменение структуры организации хирургической помощи региона позволит повысить её безопасность путём госпитализации пациентов, требующих неотложную помощь, в больницу, где налажена круглосуточная работа необходимого медицинского персонала и где можно сконцентрировать необходимые технические и медикаментозные ресурсы.

2. Создание при лечебных учреждениях травматологических пунктов и организации на их базе хирургической помощи по принципу «хирургии одного дня», а также ликвидация профильности коек в стационаре планового лечения позволит значительно увеличить доступность медицинской помощи, особенно в сельской местности и в малых городах.

3. Подобная реорганизация хирургической помощи в регионе возможна при условии отказа от финансирования медицинских учреждений из расчета «на койку» и перехода к более прогрессивным методам финансирования, учитывающим объёмы и структуру предоставляемых хирургических услуг.

4. Для достижения позитивного эффекта структурных преобразований и функционирования хирургической службы региона, повышения её эффективности, целесообразно проведение размежевания медицинской помощи по уровням и месту оказания, в зависимости от её видов и объёмов, характера хирургических услуг, а также с учётом современных тенденций по разработке и внедрению профессионально ориентированных протоколов и стандартов, формализующих индикаторы качества хирургической помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лехан В.М. Проблеми та перспективи перебудови стаціонарної медичної допомоги вторинного рівня / В.М. Лехан, Л.В. Крячкова, В.В. Волчек // Східноєвропейський журнал. — 2008.— № 2(2). — С. 44—52.

2. Лехан В. М. Стратегія розвитку охорони здоров'я: український вимір (монографія) / В. М. Лехан,

Г.С. Слабкий, М.В. Шевченко.— К.: Цифра, 2009.— 50с.

3. Реформа больниц в новой Европе / Ж.Фигерас, М.Макки, Э.Моссиалос, Р.Б. Салтман [пер. с англ.]. — М.: Изд-во "Весь Мир", 2002. — 320 с.

4. Lekhan V. Ukraine: Health system review / V. Lekhan, V Rudi, E.Richardson // Health Systems Transition. — 2010. — Vol. 12, N 8. — P.1—183.



В.В. Воробьев

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ХИРУРГИИ

*Военно-медицинская академи
г. Санкт-Петербург*

Ключевые слова: медицинская помощь, хирургия

Key words: medical aid, surgery

Резюме. Одним з найбільш перспективних напрямків розвитку охорони здоров'я є розширення меж надання позалікарняної допомоги за рахунок впровадження нових організаційних форм та прогресивних технологій. З урахуванням високої ціни стаціонарної допомоги однією з можливостей надання населенню необхідної профільної спеціалізованої допомоги є перегляд підходів до обсягів та характеру лікувально-діагностичних заходів в амбулаторно-поліклінічних закладах. Розглянуто систему надання хірургічної допомоги в Росії. Система стаціонарзамінюючої допомоги виглядає таким чином: денний стаціонар загального профілю (з профілізованими хірургічними ліжками), денний хірургічний стаціонар, центр амбулаторної хірургії з денним стаціонаром, центр хірургії з короткотерміновим цілодобовим стаціонаром, клініка амбулаторної хірургії.

Summary. One of the most perspective directions of development of public health services is the expansion of frameworks of the extrahospital help, at the expense of introduction of new organizational forms and progressive technologies. Taking into account high price of stationary help, one of the real possibilities of rendering of the necessary profile specialized help to population is the revision of approaches to volume and character of medical-diagnostic measures in out-patient-polyclinic establishments. Thus, the system of hospital surgical help rendering in Russia is as follows: one-day stay hospital of the general profile (with profile surgical beds), one-day stay surgical hospital, center of out-patient surgery with one-day hospital, center of surgery with a short-term round-the-clock hospital, clinic of out-patient surgery.

Одним их наиболее перспективных направлений развития здравоохранения является расширение рамок внебольничной помощи за счет внедрения новых организационных форм и прогрессивных технологий.

С учетом высокой затратности стационарной помощи одной из реальных возможностей оказания населению необходимой профильной специализированной помощи является пересмотр подходов к объему и характеру лечебно-диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

На этапе внедрения экономических методов управления деятельностью лечебно-профилактических учреждений был сделан обоснованный вывод о необходимости разработок новых форм оказания медицинской помощи и их использование в амбулаторно-поликлинической сети в качестве стационарзамещающих технологий. К таковым, прежде всего, относятся дневные хирургические стационары и центры амбулаторной хирургии.

Первый центр амбулаторной хирургии был открыт в 1969 г. в г. Финиксе (США). Процесс создания центров амбулаторной хирургии в США носил динамичный характер, благодаря чему в 1975 году число таких центров достигло 42. В течение последующих 15 лет число амбулаторных хирургических центров в США возросло до 1250. Соответственно возросло и количество операций, осуществляемых в этих центрах – более 2,5 миллионов в год. В период с 1977 по 1982 год объем амбулаторной хирургии в США возрос почти на 77%, одновременно с этим количество операций в стационарах снизилось на 7%.

Опыт работы кафедры и клиники амбулаторной хирургии Военно-медицинской академии и Центров амбулаторной хирургии Москвы, Санкт-Петербурга, Владикавказа и др. городов убедительно показал, что значительное количество хирургических больных может быть успешно санировано за счет расширения объема

оперативной деятельности в амбулаторных условиях.

Прежде всего, это относится к таким широко распространенным заболеваниям, как наружные грыжи живота, варикозное расширение вен нижних конечностей, патология наружных половых органов и др. Эта категория больных оперируется, как правило, в больничных стационарах, что приводит к необоснованной загрузке последних, увеличению периода нетрудоспособности больных и, следовательно, значительным экономическим затратам.

В 80-90-х годах в тех странах, где при лечении больных широко использовались центры амбулаторной хирургии, число оперативных вмешательств, выполненных в амбулаторных условиях, достигало 45-50%, а в настоящее время амбулаторно производятся уже 60-66% операций.

Как показала практика, формы организации дневных хирургических стационаров могут быть разными. ДХС создаются при лечебных учреждениях как госпитального, так и поликлинического типа в качестве функциональных подразделений. Кроме того, ДХС (при этом их обозначают как центры амбулаторной хирургии) формируются в качестве самостоятельных учреждений, имеющих соответствующие службы, обеспечивающие все аспекты их деятельности.

В США более 2/3 амбулаторных хирургических центров являются самостоятельными лечебными учреждениями. При этом работа самостоятельных центров амбулаторной хирургии является наиболее оправданной с экономической и управленческой точек зрения.

В настоящее время стационарозамещающая хирургическая помощь в России оказывается в дневных стационарах общего профиля, дневных хирургических стационарах, центрах амбулаторной хирургии и центрах хирургии с кратковременным круглосуточным стационаром.

Дневной стационар общего профиля

Дневной стационар общего профиля с хирургическими койками (ДС), как правило, организуется в поликлинических учреждениях.

На специализированных койках ДС лечатся больные:

- с хроническими хирургическими заболеваниями, требующими преимущественно консервативных методов лечения (инфузионная терапия, лечебная физкультура, физиотерапевтические процедуры и др.);

- оперированные в хирургическом отделении и кабинетах поликлиники, требующие кратковременного (до 3 часов) наблюдения.

Дневной хирургический стационар

Дневные хирургические стационары (ДХС) организуются при поликлиниках, Центрах амбулаторной хирургии, медико-санитарных частях, больницах, клиниках и других стационарах госпитального типа.

ДХС поликлиники является структурным подразделением поликлиники, предназначенным для оказания диагностической и лечебно-профилактической помощи пациентам, не имеющим показаний по состоянию здоровья и характеру заболевания для госпитализации в специализированный стационар с целью круглосуточного наблюдения и лечения.

Койки ДХС поликлиники предназначены для лечения следующих категорий больных: пациентов с хроническими хирургическими заболеваниями, требующими преимущественно консервативных методов лечения (инфузионная терапия, лечебная физкультура, физиотерапевтические процедуры), больных, оперированных в хирургическом отделении поликлиники (операции III категории сложности), требующих кратковременного (от 3 до 8 часов) наблюдения; больных, выписанных из специализированных стационаров, нуждающихся в продолжении лечения.

ДХС Центра амбулаторной хирургии предназначен для временного (3 – 8 часов) послеоперационного наблюдения за больными, оперированными в Центре; проведения комплексного консервативного лечения больных с хроническими хирургическими заболеваниями, не требующих госпитализации в специализированные стационары, проведения рекомендованного комплексного консервативного лечения у больных после выписки из специализированных стационаров.

ДХС больницы предназначен для долечивания больных после перенесенных оперативных вмешательств, предоперационного обследования с выполнением сложных диагностических методов исследования, не доступных в амбулаторной сети.

Экономический эффект лечения больных в дневном хирургическом стационаре обеспечивается, главным образом, за счет более интенсивного использования коек. В операционные дни на штатной койке дневного хирургического стационара больной находится в среднем от 2 до 4 часов, в течение которых проводится предоперационная подготовка, послеоперационное наблюдение и лечение до стабилизации состояния с последующей эвакуацией в "стационар на дому". После эвакуации больного выполняется смена белья и обработка койки, на

которой размещается очередной пациент. При консервативном лечении некоторых хирургических заболеваний (например, облитерирующего энтерита, атеросклероза и др.) пациент находится на койке от 1 до 3 часов.

Таким образом, каждая койка ДХС имеет двойной - тройной оборот. Это требует пересмотра норм ее снабжения медицинским имуществом, а также норм загрузки. Так, на 1 койке дневного стационара ежедневно должно лечиться от 2 до 3-4 больных.

Оптимальной структурой, наиболее полно обеспечивающей интенсификацию хирургической помощи в амбулаторных условиях, является Центр амбулаторной хирургии с дневным хирургическим стационаром (ЦАХ).

Центр амбулаторной хирургии с дневным хирургическим стационаром – штатное подразделение в составе лечебно-профилактического учреждения или существующее самостоятельно (автономно) предназначено для оказания хирургической помощи больным в расширенном объеме.

В крупных городах целесообразно формировать многопрофильные ЦАХ, которые могут состоять из различных типов дневных хирургических стационаров в зависимости от структуры заболеваемости обслуживаемого региона (плановой или гнойной хирургии, гинекологической, офтальмологической и др.).

К сожалению, в России отсутствуют нормативные документы, которые регламентировали бы объем работы ЦАХ в зависимости от штата и оснащенности медицинским оборудованием. На конференции целесообразно, в рамках дискуссии, рассмотреть этот вопрос.

Для примера, в США с 1980 года Американская ассоциация амбулаторных хирургов практикует использование Программы аккредитации ЦАХ, согласно которой центры делятся на классы (класс «А» - все операции выполняются под местной анестезией или региональной анестезией: класс «Б» - применяется местная, региональная и внутривенная анестезия: класс «С» - местная, региональная, внутривенная анестезия, эндотрахеальный и масочный наркоз).

У нас, в России, в основном предпринимаются попытки регламентировать работу ЦАХ по степени сложности оперативных вмешательств. При этом все оперативные вмешательства по сложности выполнения подразделяются на несколько категорий.

Необходимо отметить, что перечень оперативных вмешательств создается произвольно и в

каждом лечебном учреждении существует «свой» список.

С целью установления порядка использования ДХС необходима единая инструкция с перечнем всех оперативных вмешательств, выполняемых в ЦАХ.

Подобная инструкция существует в Вооруженных Силах США. В инструкции приводится перечень из 500 наименований оперативных вмешательств и лечебно-диагностических манипуляций. Перечень носит официальный характер и вводится в действие соответствующей инструкцией министерства.

В числе основных задач ЦАХ можно указать следующие:

- лечение больных с хирургическими заболеваниями;
- разработка и внедрение новых методов лечения в ДХС;
- изучение ближайших и отдаленных результатов лечения;
- оценка экономической эффективности ЦАХ.

Возглавлять ЦАХ должен опытный хирург общего профиля. Этому вопросу необходимо уделять особое внимание, так как от профессионализма врачебного состава в конечном итоге зависит успех деятельности центра.

Центр хирургии с кратковременным круглосуточным стационаром

Центр хирургии (ЦХ) с кратковременным круглосуточным стационаром (ККС) – штатное подразделение в составе лечебно-профилактического учреждения или существующее самостоятельно (автономно) предназначено для оказания квалифицированной и специализированной помощи больным хирургического профиля в расширенном объеме.

В Центрах с кратковременным круглосуточным стационаром обеспечивается постоянное врачебно-сестринское наблюдение за оперированными пациентами в первые дни после вмешательства (до 3 суток), поэтому показания к отбору пациентов на оперативное лечение (возрастные критерии, объем вмешательства, наличие компенсированной сопутствующей патологии, III степень операционного риска и т.п.) могут быть расширены.

В частности, в таких центрах проводятся некоторые операции при доброкачественных новообразованиях щитовидной железы, послеоперационных вентральных грыжах с размером грыжевых ворот до 10 см, фиброаденомах молочной железы, некоторые лапароскопические и артроскопические вмешательства и др.

Основным преимуществом оказания хирургической помощи в таких учреждениях в сравнении с обычными стационарами является минимизация риска развития внутригоспитальной инфекции у оперированных больных.

Организационно-штатная структура создаваемых ЦХ с ККС формируется исходя из задач и профилизации учреждения, численности обеспечиваемого контингента и т.д.

Характерной чертой ЦХ с ККС в отличие от других стационарозамещающих форм хирургической помощи является введение в штат круглосуточной службы. Кроме этого, для боль-

ных, находящихся на лечении в ЦХ с ККС, должно быть организовано питание.

Необходимо также отметить, что, если ЦХ с ККС будут работать самостоятельно (автономно), то необходимо предусмотреть развертывание на его базе нескольких коек (3 – 5), работающих в режиме ДХС с целью преемственности лечения больных.

Интерес представляет величина экономии материальных средств при применении стационарозамещающих технологий в масштабе страны. Ввиду отсутствия информации по России, приведем иностранные данные (табл.).

Экономия от использования центров амбулаторной хирургии в масштабе страны

Страна	Годовая экономия	Автор
Канада	209 млн. долларов	Shan C. (1980)
США	400 млн. долларов	Flanagan I., Bascom J. (1984)
Великобритания	31 млн. фунтов стерлингов	Audit Commission (1990)
Финляндия	40 млн. долларов	Alanko A., Kekomaki M. (1991)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, система стационарозамещающей хирургической помощи выглядит следующим образом: дневной стационар общего профиля (с профилизованными хирургическими

койками), дневной хирургический стационар, центр амбулаторной хирургии с дневным стационаром, центр хирургии с кратковременным круглосуточным стационаром, клиника амбулаторной хирургии.



УДК 616-089.001.76(477)

*П.Г. Кондратенко,
А.А. Епифанцев*

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ УКРАИНЫ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: хирургическая помощь, пути совершенствования
Key words: surgical help, ways of perfection

Резюме. Медична допомога повинна бути якісною, доступною та своєчасною, бо життя людини – найвища цінність. Це повинно бути за умови максимального використання фінансів, які виділено на охорону здоров'я. Головне полягає в тому, щоб реформа була комплексною, враховувала всі невирішені завдання, а хірурги мали необхідні умови для надання кваліфікованої допомоги населенню. Поряд з цим, впроваджуючи євростандарти надання допомоги, доцільно зберегти все те найкраще, що напрацьовано вітчизняною хірургічною школою.

Summary. Medical aid should be qualitative, accessible and timely, because human life is the highest value. All this should be under condition of maximal and effective use of finances allocated in the system of public health service. The main thing - that reform of system of public health service must be

complex, must consider the whole spectrum of unsolved problems, and surgeons must have necessary conditions for rendering qualified help to population. At the same time, while introducing European standards, it is extremely important to keep all the best that is available at home surgical school.

Общепризнанным является то, что медицинская помощь, прежде всего, должна быть качественной, доступной и своевременной, а жизнь человека является наивысшей ценностью. И все это при условии максимально эффективного использования финансовых средств, выделенных на систему здравоохранения.

Что же мешает нам иметь медицину европейского уровня? Среди основных проблем современной украинской системы здравоохранения следует выделить следующие:

1. Неэффективное использование ресурсов отрасли: кадрового потенциала (низкая хирургическая нагрузка на врача, избыток одних специальностей врачей и дефицит других и др.), коечного фонда (избыточное количество стационарных коек), лечебно-диагностического оборудования, зданий и сооружений, автотранспорта и т.д., а также финансовых средств, выделяемых на здравоохранение.

2. Отсутствие эффективной диспансеризации населения (большое число пациентов с острыми хирургическими заболеваниями, которые должны были быть пролечены в плановом порядке).

3. Низкий уровень медицинской грамотности населения (примерно 50% пациентов занимаются самолечением и обращаются за медицинской помощью позднее 24 ч. от начала заболевания).

4. Недостаточное обеспечение лечебных учреждений необходимыми медикаментами и современным лечебно-диагностическим оборудованием.

5. Отсутствие клинических протоколов и стандартов (критериев оценки) лечебно-диагностической помощи, позволяющих определить как ее качество, так и объем.

6. Отсутствие заинтересованности как у руководителей здравоохранения, так и у самих врачей, внедрять современные высокотехнологичные методы диагностики и лечения.

7. Отсутствие в лечебных учреждениях необходимых вспомогательных подразделений (отделений анестезиологии и интенсивной терапии, эндоскопии, УЗИ, КТ, рентгеновского отделения, клиничко-биохимической и бактериологической лаборатории и т.д.).

8. Отсутствие необходимых специализированных центров для оказания помощи при наиболее

тяжелых и сложных заболеваниях (пример: хирургия - острый панкреатит, острое кровотечение в просвет органов пищеварительного канала, обтурационная желтуха и т.д.);

9. Отсутствие эффективного контроля качества оказания медицинской помощи населению (клиническая и экономическая эффективность лечения).

Вероятно, этот перечень можно было бы продолжать и далее, но и того, что перечислено, вполне достаточно, чтобы понять, какой огромный груз нерешенных проблем стоит перед нашей системой здравоохранения. И эти проблемы в большей степени касаются качества оказания медицинской помощи населению. Однако не менее сложная проблема состоит в том, как сбалансировать улучшение качества оказываемой медицинской помощи за счет внедрения в практическую деятельность современных технологий и лекарственных средств, создания необходимых вспомогательных подразделений и центров и др. с их стоимостью?

Ни одна экономика даже самой развитой страны мира не в состоянии выдержать всевозрастающие расходы на систему здравоохранения. Именно поэтому еще в 80-х годах прошлого столетия специалисты пришли к выводу о необходимости сохранения разумного баланса между затратами на лечение и эффективностью использования медикаментов, диагностических исследований, лечебных мероприятий, лечебно-профилактических учреждений, лечебно-диагностического оборудования, специалистов и т.д.

В основу современной и эффективной модели стационарной медицинской помощи населению были положены следующие принципы: централизация, специализация, стандартизация и эффективный контроль качества оказываемой помощи.

Причем улучшение качества оказания стационарной медицинской помощи населению можно достичь лишь тогда, когда учитываются все четыре составляющие.

Проблемы системы здравоохранения в Украине сегодня заключаются не только и не столько в выделении недостаточных финансовых средств, сколько, прежде всего, в их нерациональном использовании, а также в неэффек-

тивном использовании ресурсов самой отрасли. В итоге, к сожалению, мы получаем низкое качество медицинской помощи населению при неэффективном использовании всевозрастающих бюджетных финансовых средств, выделяемых для системы здравоохранения.

Основополагающими принципами стратегии реформирования системы здравоохранения в Украине должны быть:

- создание в стране единого медицинского пространства независимо от территориального и ведомственного подчинения;

- разумный баланс между лечебно-диагностической и экономической эффективностью медицинской помощи;

- одинаково высокая заинтересованность как врача, так и пациента в достижении максимальной эффективности лечения.

Что же необходимо сделать в первую очередь, чтобы хирургическая помощь в Украине стала качественной, своевременной, доступной и экономически эффективной?

1. Определить объем помощи, который должен оказываться на первичном, вторичном и третичном уровне.

2. Определить оптимальное число хирургических коек на первичном (койки дневного пребывания), вторичном (стационарные койки) и третичном (стационарные койки) уровнях (в зависимости от численности населения в том или ином регионе).

3. Определить оптимальное (с точки зрения времени доставки пациента в лечебное учреждение) место расположения хирургических отделений и их мощность.

4. Определить норматив расчета врачебных должностей (в зависимости от нагрузки), необходимых для оказания хирургической помощи.

1. Уровни оказания хирургической помощи.

Наиболее эффективным является оказание хирургической помощи населению в зависимости от сложности патологии и объема предполагаемого оперативного вмешательства: стационары одного дня или амбулаторно-поликлиническая хирургия – *первичный уровень*, специализированная экстренная и плановая хирургическая помощь – *вторичный уровень*, высокоспециализированная хирургическая помощь – *третичный уровень*.

Первичная хирургическая помощь. В целях совершенствования хирургической помощи населению, повышения качества и доступности ее

населению в амбулаторно-поликлинических условиях, активной профилактики и своевременного лечения хирургических больных, внедрения в практику современных методов диагностики и лечения, рационального использования коечного фонда, экономической эффективности и дальнейшего развития медицинской помощи населению страны определен объем хирургической помощи может и должен осуществляться на первичном уровне - в Центрах амбулаторно-поликлинической хирургии с дневными стационарами и стационарами на дому (на базе больниц планового лечения). В этих же центрах, наряду с хирургическими, могут также выполняться некоторые ортопедические, урологические, офтальмологические, оториноларингологические и гинекологические операции. Примерный перечень хирургических вмешательств и видов лечебно-диагностической помощи, которые могут выполняться на первичном уровне, представлен в таблице 1.

Расширение объема хирургической помощи в амбулаторных условиях имеет следующие преимущества:

- сокращаются сроки проведения больным плановых операций;

- высвобождается значительное число коек в хирургических стационарах для проведения сложных оперативных вмешательств;

- уменьшается возможность осложнений, развивающихся вследствие госпитальной (внутрибольничной) инфекции;

- значительно снижаются материальные и финансовые затраты на лечение больных;

- позволяет эффективнее реализовать результаты диспансеризации населения.

Опыт работы Центров амбулаторно-поликлинической хирургии показывает, что степень риска при выполнении оперативных вмешательств в них и в хирургических стационарах практически одинакова.

Вторичная специализированная хирургическая помощь должна оказываться в стационарных хирургических отделениях, расположенных на базе многопрофильных лечебных учреждений или в специализированных хирургических центрах. Эти отделения или центры предназначены для оказания помощи при плановых и экстренных хирургических заболеваниях. Примерный перечень заболеваний, при которых хирургическая помощь должна оказываться на вторичном уровне, представлен в таблице 2.

**Примерный перечень хирургических вмешательств и видов
лечебно-диагностической помощи, которые могут выполняться на первичном уровне**

<p>Общая хирургия:</p> <ul style="list-style-type: none"> - удаление доброкачественных опухолей кожи и подкожной клетчатки (электроинцизия, криодеструкция, лазерная деструкция, радиоволновая коагуляция); - биопсия кожи, мягких тканей, лимфоузлов; - оперативное лечение вросшего ногтя; - удаление инородных тел мягких тканей; - пункции мягких тканей, сосудов, суставов, органов (в т.ч. под ультразвуковым контролем); - грыжесечение по поводу неосложненных наружных грыж живота - паховых, бедренных, пупочных, вентральных (M,W1, R0); - секторальная резекция молочных желез; - плевральная пункция и торакоцентез; - проведение эндолимфальной и лимфотропной терапии. <p>Сосудистая хирургия:</p> <ul style="list-style-type: none"> - венесекция, катетеризация сосудов; - флебосклерозирующая терапия; - лазерная флебокоагуляция; - минифлебэктомия; - флебэктомия при неосложненной варикозной болезни нижних конечностей; - обнажение, перевязка перфорантных вен. <p>Проктология:</p> <ul style="list-style-type: none"> - простое и радикальное вскрытие подкожного, подслизистого и подкожно-подслизистого парапроктита; - иссечение интрасфинктерного свища прямой кишки (операция Габриеля); - иссечение и сфинктеротомия при анальных трещинах; - удаление периаанальных кондилом небольших размеров (диаметр не более 3 см - электрокоагуляция); - удаление анальных полипов и сосочков; - лигирование геморроидальных узлов латексным кольцом (внутренний геморрой 2-3 степени); - удаление полипов прямой кишки, расположенных не выше 10 см от зубчатой линии и размером не более 1,0 см. <p>Гнойная хирургия:</p> <ul style="list-style-type: none"> - гнойные заболевания пальцев (панариций): паронихия, подногтевой, кожный, подкожный; - гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки: фурункул, карбункул (кроме локализации на лицевой и волосистой части головы); - нагноившийся копчиковый ход; - гнойный бурсит (без признаков ССВО); - подмышечный гидраденит (без признаков ССВО); - мастит (без признаков ССВО); - лигатурные свищи брюшной стенки; - гнойный бартолинит; - эризипеллоид; - некрэктомия (инструментальная, вакуумная, ферментативная, лазерная); - наложение первично отсроченных, ранних, поздних швов на раны; - регионарная антибиотикотерапия; - аутодермопластика трофических язв голени, гранулирующих ран и ожоговых поверхностей. <p>Эндоскопия:</p> <ul style="list-style-type: none"> - диагностическая бронхоскопия; - эндоскопическая полипэктомия (желудок); - биопсия через эндоскоп; - удаление инородных тел из пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.

Третичную высокоспециализированную хирургическую помощь необходимо оказывать в хирургических отделениях, расположенных на базе крупных (межрайонных, областных, межобластных) лечебных учреждений или в специальных хирургических центрах. Эти отделения или центры предназначены для оказания высокоспециализированной хирургической помощи, как в плановом, так и в экстренном порядке.

На третичном уровне целесообразно оказание помощи при заболеваниях трахеи, легких, плевры, средостения, пищевода, диафрагмы, сердца и перикарда, магистральных артерий (в т.ч. рентгенэндоваскулярная хирургия), эндокринных органов (щитовидная железа, надпочечники и др.), печени (в т.ч. синдром портальной гипертензии) и поджелудочной железы (в т.ч. хронический панкреатит, кисты и свищи поджелудочной же-

лезы), ободочной и прямой кишок (дивертикулярная болезнь, неспецифические колиты, выпадение прямой кишки, сложные прямокишечные свищи и т.д.), термических повреждениях (поверхностные ожоги II-III степени площадью 10-15% п.т., у больных, которые имеют или перенесли ожоговый шок; ожоги II-III степени площадью больше 5% п.т. у детей до 5 лет и у лиц старше 60 лет; глубокие ожоги от 1% п.т., которые сопровождаются комбинированными поражениями; глубокие ожоги площадью от 5% п.т.; ожоги II-IV степени лица, шеи, кистей, ступней, промежности; глубокие ожоги любой части тела и любой площади при развитии осложнений ожоговой болезни, если больной транспортабелен; ожоги дыхательных путей; отморожения III и IV степени и их последствия; электро-травма.

**Примерный перечень хирургических вмешательств и видов
лечебно-диагностической помощи, которые могут выполняться на вторичном уровне**

<p><u>Заболевания органов брюшной полости:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- острый и хронический аппендицит;- острый панкреатит;- острый холецистит;- ЖКБ, хронический холецистит;- наружные и внутренние желчные свищи;- постхолецистэктомический синдром;- неущемленные и ущемленные грыжи живота;- острая кишечная непроходимость;- острое кровотечение в просвет органов пищеварительного канала;- перфорация полого органа;- стеноз выхода из желудка;- повреждения живота;- перитонит;- обтурационная желтуха;- инфильтраты и абсцессы брюшной полости. <p><u>Заболевания вен нижних конечностей:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- хроническая венозная недостаточность, варикозное расширение вен нижних конечностей. <p>Воспалительные заболевания мягких тканей конечностей и туловища, специфическая хирургическая инфекция:</p> <ul style="list-style-type: none">- гнойные заболевания пальцев (панариций): лимфатический, суставной, костный, сухожильный (гнойный тендовагинит), пандактилит, фурункул (карбункул) тыла пальца;- гнойные заболевания кисти;- гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки: карбункул (в области лицевой и волосистой части головы), абсцесс, флегмона, рожа (буллезная и некротическая формы);- гнойные заболевания железистых органов: паротит, мастит (при наличии признаков ССВО), гидраденит (при наличии признаков ССВО);- гнойные заболевания лимфатических сосудов и узлов: лимфангит и лимфаденит;- гнойные заболевания синовиальных сумок: гнойный бурсит (при наличии признаков ССВО);- анаэробная раневая инфекция;- синдром диабетической стопы: длительно незаживающие язвы конечностей, гнойно-воспалительные заболевания (флегмона и др.), неэффективность консервативной терапии, прогрессирование ишемии с образованием участков некроза тканей;- воспалительные заболевания мягких тканей конечностей и туловища любой локализации при развитии синдрома системного воспалительного ответа. <p><u>Заболевания прямой кишки и перианальной области:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- острый геморрой;- хронический геморрой (кроме пациентов, которым может быть выполнена операция Баррона);- острый парапроктит (кроме подкожного, подслизистого и подкожно-подслизистого);- хронический парапроктит - прямокишечный свищ (кроме интрасфинктерного);- анальная трещина (с выраженным сфинктероспазмом и болевым синдромом);- эпителиальный копчиковый ход;- полипы прямой кишки, расположенные выше 10 см от зубчатой линии и размером более 1,0 см, полипы ободочной кишки;- удаление перианальных кондилом больших размеров (диаметр более 3 см - электрокоагуляция); <p><u>Термические повреждения:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- поверхностные ожоги II-III степени площадью менее 10-15% п.т. при отсутствии признаков ожогового шока;- поверхностные ожоги II-III степени площадью менее 5% п.т. у детей до 5 лет и у лиц старше 60 лет;- глубокие ожоги площадью менее 5% п.т.;- ожоги I степени лица, шеи, кистей, ступней, промежности;- отморожения I-II степени.

2. Расчет оптимального числа хирургических коек.

Количество хирургических коек на первичном уровне в Центрах амбулаторно-поликлинической хирургии с дневными стационарами и стационарами на дому зависит от численности обслуживаемого населения. Однако в среднем в дневных стационарах целесообразно предусмотреть 3-5 хирургических коек на 50 тысяч населения и более.

На вторичном уровне по империческим данным потребность в хирургических койках может составлять 3-3,5 койки на 10000 населения (расчет осуществляется в соответствии с приказом МЗ Украины от 15.07.2011 № 420 «Про

затвердження методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі»). Однако далеко не во всех регионах Украины этот показатель даже приближается к нормативу. Для примера, в Донецкой области на начало 2012 г. число хирургических коек составляло 5,8 койки на 10000 населения.

В подобной ситуации нам кажется целесообразным на первом этапе количество хирургических коек планировать из расчета 4,4 койки на 10000 населения с последующим поэтапным приведением числа коек к нормативу. Однако одновременно с этим необходимо развивать амбулаторно-поликлиническую хирургическую помощь (хирургические стационары одного дня). В

противном случае в оставшиеся после укрупнения хирургические стационары снова будут госпитализировать пациентов, которые не нуждаются в круглосуточном наблюдении и лечении.

Критериями эффективности использования хирургической койки должны быть следующие показатели: работа койки – 340-345 дней, оборот койки – более 45, среднее пребывание пациента на койке – менее 7,5 дней, оперативная активность – 70% и более, удельный вес операций на брюшной полости – 70% и более, удельный вес операций на коже и подкожной клетчатке – не более 15%.

Для того чтобы хирургическая помощь населению оказывалась в полноценных отделениях (с достаточным числом медицинского персонала), в регионе обслуживания (госпитальном округе) должно проживать от 200000 до 500000 человек. При этом необходимо стремиться к тому, чтобы в лечебных учреждениях второго уровня создавались самостоятельные отделения для лечения гнойно-септических и «чистых» общехирургических больных.

Большую роль в улучшении качества оказания хирургической помощи населению играет концентрация на базе некоторых хирургических отделений пациентов с тяжелым острым панкреатитом, острым кровотечением в просвет пищеварительного канала, обтурационной желтухой, т.е. по сути – создание специализированных центров. Это позволит, в первую очередь, оснастить эти лечебные учреждения необходимой лечебно-диагностической аппаратурой, а во-вторых – значительно более эффективно использовать как медицинские кадры, так и лечебно-диагностическое оборудование. По нашему мнению, в регионе обслуживания такого центра должно проживать от 400000 до 1500000 человек, что в первую очередь зависит от компактности проживания людей и времени, необходимого для транспортировки пациента в центр (не более 1-1,5 ч или 100 км).

3. Оптимальное место расположения хирургических отделений и их мощность.

В соответствии с приказом МЗ Украины от 05.10.2011 №646 «Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» основными критериями отбора городов и лечебных учреждений для размещения хирурги-

ческих стационаров являются: наиболее крупные города области, возможность в том или ином лечебном учреждении размещения большего числа хирургических коек, возможность организации доставки пациентов в больницу из всех населенных пунктов обслуживаемого региона службой скорой помощи в пределах 1-1,5 часов (радиус обслуживания не более 100 км), наличие более или менее приемлемых дорог для транспортировки больных, обеспечение санитарных норм функционирования лечебного учреждения (водоснабжение, канализация, электроэнергия, условия размещения пациентов в палатах и т.д.), наибольшее количество достаточно квалифицированного медицинского персонала, прежде всего, хирургов, мощность существующих хирургических отделений, наибольшее количество пролеченных и прооперированных больных, экстренных больных, операций на органах брюшной полости в год.

Кроме того, для достижения целей, предусмотренных реформой системы здравоохранения, лечебные учреждения, в которых будет осуществляться оказание хирургической помощи населению, в своем составе, кроме хирургических отделений, должны иметь: полноценное приемное отделение, отделение анестезиологии и интенсивной терапии, эндоскопическое отделение, клиническую, биохимическую и бактериологическую лабораторию, рентгеновскую службу, отделение ультразвуковой диагностики.

В первую очередь, данные вспомогательные подразделения должны быть созданы в тех лечебных учреждениях, где будут расположены специализированные центры.

4. Норматив расчета врачебных должностей, необходимых для оказания хирургической помощи.

На наш взгляд, гнойно-септическое отделение может быть создано при наличии не менее 30 коек. Врачебный персонал: заведующий отделением – 1 должность, врач-хирург – из расчета 1 должность на 15 коек.

В «чистых» хирургических отделениях число коек должно зависеть от оборота койки. При обороте койки не более 50, хирургическое отделение создается только при наличии не менее 50 коек. Врачебный персонал: заведующий отделением – 1 должность, врач-хирург - из расчета 1 должность на 25 коек.

При обороте койки более 50 хирургическое отделение создается только при наличии не менее 30 коек. Врачебный персонал: заведующий

отделением – 1 должность, врач-хирург из расчета 1 должность на 15 коек.

Экстренную хирургическую помощь в рабочие дни с 8.00 до 14.00 должны оказывать врачи стационарных отделений. В рабочие дни с 14.00 до 8.00 и в выходные дни с 8.00 до 8.00 экстренную помощь оказывают дежурные врачи. При населении округа до 300000 человек необходимо 2 дежурных врача, т.е. 8 должностей врачей-хирургов по оказанию экстренной хирургической помощи в течение месяца, а при населении округа более 300000 человек необходимо 3 дежурных врача, т.е. 12 должностей врачей-хирургов по оказанию экстренной хирургической помощи. При наличии на базе хирургического отделения специализированных центров необходимо 3 дежурных врача, т.е. 12 должностей врачей-хирургов по оказанию экстренной хирургической помощи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Безусловно, в одной статье невозможно высказать все предложения по совершенствованию системы оказания хирургической помощи населению. Проблем в украинской медицине накопилось чрезвычайно много. Да в общем-то это и не удивительно, поскольку с реформой системы здравоохранения мы опоздали минимум лет на сорок. Однако начинать когда-то все же необходимо. Главное - чтобы реформа системы здравоохранения проводилась комплексно, эволюционно и учитывала весь спектр нерешенных проблем, а хирурги имели необходимые условия для оказания квалифицированной помощи населению. Вместе с тем, преобразовывая формы и методы работы учреждений здравоохранения, внедряя евростандарты, чрезвычайно важно сохранить все лучшее, что имеется в отечественной хирургической школе.



УДК 617-089.819

*О.К. Влахов,
С.М. Леоненко*

ХІРУРГІЯ ОДНОГО ДНЯ: ЕХОНАВІГАЦІЙНІ ТА ЕНДОСКОПІЧНІ ІНТЕРВЕНЦІЇ. ОРГАНІЗАЦІЙНІ СТРАТЕГІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Навчально-науково-лікувальний комплекс амбулаторно-клінічної медицини Державної установи „Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського”

(директор – М.М. Адамов)

м.Сімферополь

Ключові слова: *хірургія, сонографія, ендоскопія, мініінвазивні втручання*

Key words: *surgery, sonography, endoscopy, mini-invasive interventions*

Резюме. Проанализированы результаты лечения 1468 больных, которым выполнены миниинвазивные вмешательства под контролем эхонавигации и эндоскопии. Обоснован протокол отбора больных для госпитализации в стационар краткосрочного пребывания. Определены требования к выполнению эхоконтролируемых и эндоскопических интервенций. Выделены критерии профессиональной подготовки специалистов. Предложенная организационная стратегия позволила рационально использовать коечный фонд: 74,56% больных выписаны в день операции, 17,32% пребывали в стационаре в течение 1 суток, 8,12% – в течение 2 суток.

Summary. Results of treatment of 1468 patients who underwent mini-invasive interventions under echonavigation and endoscopy were analyzed. The protocol of patients selection for short stay admission is substantiated. The requirements to implement echocontrolled and endoscopic interventions are defined. The criteria for training specialists are determined. The proposed organizational strategy allowed to efficiently use hospital beds: 74,56% of patients are discharged on the day of surgery, 17,32% stayed at the hospital during 1 day, 8,12% - during 2 days.

Погіршення стану здоров'я населення зумовлюють складне соціально-економічне становище, недостатній обсяг фінансування територіальних програм, низький рівень державних гарантій забезпечення населення медичною допомогою, слабка ефективність використання наявних ресурсів, структурні диспропорції в системі охорони здоров'я, що диктує необхідність проведення реформи організації та управління системою лікувально-профілактичної хірургічної допомоги населенню з введенням нових умов господарювання із застосуванням принципів ринкової економіки [2,6,7]. Одним з перспективних напрямків сучасної охорони здоров'я з надання хірургічної допомоги населенню є створення та розвиток стаціонарозамінюючих технологій: стаціонари одного дня; центри амбулаторно-поліклінічної хірургічної допомоги [1,3]. Вони покликані скоротити економічно необґрунтовані високі витрати на утримання стаціонарних ліжок в багатопрофільних та спеціалізованих установах [4,5].

У ДУ „Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського” з 2006 р. у складі „Навчально-науково-лікувального комплексу амбулаторно-клінічної медицини” (ННЛК) функціонують хірургічний 30-ліжковий стаціонар, 5-ліжковий блок інтенсивної терапії, 2 операційні блоки й консультативна поліклініка, на базі яких реалізується концепція „хірургії одного дня”. 89% операцій виконується мініінвазивними способами з використанням високотехнологічного устаткування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проведено аналіз більше 1600 втручань 1468 хворим обох статей віком 15-86 років, яким під час лікування в ННЛК (2006-2012 рр.) виконували діагностичні та лікувальні втручання під контролем ехолакації та ендоскопії. З метою діагностичної верифікації, проводили аспіраційні й трепанаційні біопсії вогнищевих та дифузних уражень органів і тканин, включаючи плевру, легені та перикард; поліпектомії шлунка й кишечнику, ретроградні холангіопанкреатографії. Лікувальний спектр представлено черезшкірними холангіо-, холецистостоміями, піелонефростоміями; папілотоміями, ендобіліарним бужуванням, стентуванням і дренажуванням, холедохолітоекстракціями; пункційно-дренажним лікуванням відмежованих і поширених рідинних скупчень (кісти, абсцеси, гематоми, біломи, сероми, плеврити, асцити і т.п.) при різній хірургічній патології та периопераційних ускладненнях; внутрішньосуглобовими інтервенціями. Операції проводили під місцевим знеболенням за

стандартною методикою. Виконували премедикацію ненаркотичними анальгетиками. З метою профілактики геморагічних ускладнень призначали транексам, етамзілат. Для операцій використовували сканери „HS-2000”, „Sonoscape S6” з мультичастотними датчиками 3,5-7,5 МГц. Пункції виконували двоскладовими голками 14-21 G. Черезшкірне дренажування проводили 1-2-просвітними дренажами 8-24 Fr типу „pig tail”: двоментно - по S.I.Seldinger; одноетапно – стилет-катетером, троакаром. Застосовували комплекти та системи „Angiomed”, „Meditech”, „B.Braun”, „Rusch”, „Cook”, „Balton”, „Каммед”. За необхідності встановлювали 2 і більше дренажів. Для доступу обирали оптимальну траскторію в безпечному акустичному вікні в спектральних доплерівських режимах. Ендоскопічні й транспаплярні втручання виконували дуоденоскопом з повним набором інструментів „Olympus JF-1T40” з боковим розташуванням оптики, діаметрами інструментального каналу 2,8-3,2 мм під контролем рентгенкомплексів „Televis”, „Toshiba Vision”. Для санації порожнин застосовували розчини антисептиків. Пунктати й аспірати піддавали морфологічним, бактеріологічним і біохімічним дослідженням, трепан-біоптати - гістологічній, імуногістохімічній верифікації. Хворим виконували загальноклінічні обстеження, УЗД, за показаннями – рентгенографію (комплекс „Symphonia Vision Villa”), комп'ютерну томографію (томограф „Medical systems GE”).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Ефективність та безпеку реалізації концепції „хірургія одного дня” забезпечували відбором пацієнтів за розробленим протоколом, що включав: 1) попереднє повне обстеження; 2) строго аргументовані показання до мініінвазивних операцій, 3) загальномедичні та соціальні критерії, 4) адекватну передопераційну підготовку в амбулаторних умовах; 5) щадне оперативне втручання, 6) чітко розроблений ранній післяопераційний період; 7) план подальшої медичної реабілітації.

До стандартного переліку досліджень входили: 1) гемограма, 2) біохімічні показники крові (білок, сечовина, креатинін, білірубін, амінотрансферази, амілаза, глікемія, електроліти), 3) коагулограма, 4) ЕКГ (старше 40 років або при наявності „серцевого” анамнезу); 5) УЗД; 6) висновки суміжних спеціалістів. Для винесення аргументованих показань до операцій обстеження доповнювали даними рентгенографії, томографії, езофагогастродуоденоскопії, колоноскопії.

Загальномедичні й соціальні критерії до пацієнтів, спрямованих для мініінвазивних операцій у стаціонар короткострокового перебування: 1) психічно здорові й соціально адаптовані люди, які повністю інформовані й усвідомлюють суть майбутнього втручання, розуміють, що протягом 24 годин після операції зобов'язані виконати ряд умов (виключити фізичні та моральні навантаження, не керувати автомобілем, не вживати алкоголь, наркотики тощо); 2) транспортування пацієнта з клініки здійснюватиметься комфортним транспортом у найкоротші терміни й відстані; 3) житлові умови, в яких буде знаходитися пацієнт, повинні бути хорошими; 4) протягом доби після операції поряд з пацієнтом буде знаходитися доросла людина (близький родич), яка зможе забезпечити адекватне спостереження; 5) доступність оперативного зв'язку з клінікою (наявність у пацієнта телефону).

Протипоказаннями для госпіталізації з метою ехонавігаційних /ендоскопічних операцій вважали: 1) категоричну відмову пацієнта; 2) тяжкий загальний стан внаслідок загострення або декомпенсації хронічних захворювань; 3) некориговане порушення згортання крові; 4) напружений асцит з вираженою портальною гіпертензією, 5) декомпенсацію цукрового діабету з нестабільною гіперглікемією; 6) тяжкі алергічні реакції на анестетики, 7) ожиріння крайнього ступеня; 8) відсутність «безпечного акустичного вікна».

Адекватна передопераційна підготовка в амбулаторних умовах полягала в дотриманні безшлакової дієти за 3 доби до операції; за добу до операції - очисні клізми; призначення еспумізану, мезиму тощо; у день операції пацієнт був натщесерце. Не менш важлива психологічна підготовка. Найкращим варіантом вважаємо особисту попередню бесіду лікаря з вичерпною інформацією про майбутню операцію, цілі й методи її проведення, необхідність профілактики ускладнень. За наявності у пацієнта акцентуації характеру, сформованих особистісних розладах, реактивної тривожності, схильності до невротичних форм реагування, проявах психосоматичних порушень, психічних розладів призначали седативні препарати, типу „денних” транквілізаторів. Слід пам'ятати, що пацієнт є не тільки „учасником”, а й безпосереднім „помічником” ехоконтрольованої/ендоскопічної операції (вимушене, нерідко незручне, положення на операційному столі; фіксована затримка дихання на вдиху або видиху і т.п.).

Госпіталізували пацієнтів на початку робочого дня, оперували в день госпіталізації. До

виконання інвазій пред'являли певні вимоги. Операція не повинна: 1) представляти потенційний ризик для життя, 2) супроводжуватися неконтрольованою крововтратою, 3) порушувати функціональні здібності: у ранньому післяопераційному періоді пацієнт зберігає здатність руху, самообслуговування, харчування, продовження прийому лікарських препаратів; 4) тривалість операції не повинна перевищувати 60 хвилин.

Після операцій призначали постільний режим, голодування. У зоні черезшкірного втручання створювали локальну гіпотермію. Щогодини реєстрували частоту й наповнення пульсу, вимірювали артеріальний тиск. Лікарський огляд здійснювали через 1, 3 та 6 годин. За необхідності в ці ж терміни проводили УЗД зони втручання. Через 6 годин виконували контрольну гемограму, при трансторакальних інвазіях – рентгенографію.

У день операції були виписані 74,56% хворих після черезшкірних інтервенцій. Критерії виписки: ясна свідомість, стабільний стан серцево-судинної і дихальної систем, повне збереження рухової активності, відсутність больового синдрому. Перебування в стаціонарі з цілодобовим режимом спостереження продовжували, коли: 1) операція виявилася травматичнішою й тривалішою, ніж передбачалося, 2) розвивалися ускладнення: кровотеча, виражений больовий синдром; реакція на анестетики; нестримне блювання, 3) виникла необхідність динамічного спостереження внаслідок високої ймовірності розвитку ускладнень. 1 добу перебування в стаціонарі потрібно було 17,32% хворим; 2 доби - 8,12% пацієнтам. Цій категорії, в основному, проведені транспаплярні втручання. Лікування та подальшу реабілітацію хворих після виписки продовжували в амбулаторному режимі з проведенням комплексу показаних процедур в умовах поліклініки. Реалізація розробленої програми дозволила уникнути повторних втручань. Летальних результатів, холе- і гемоперитонеуму, гемотораксу, пов'язаних з виконанням ехонавігаційних та ендоскопічних інтервенцій, постінвазивних нагноєнь не було.

Важливою умовою успішної роботи вважаємо високу професійну підготовку персоналу: наявність у оператора глибоких знань сонографічної анатомії, бездоганні знання ультразвукових/ендоскопічних критеріїв патологічних процесів органів і тканин, володіння навичками хірургічних маніпуляцій. На нашу думку, оптимальні професійний і медико-юридичний критерії: сертифікований хірург, який має досвід самостійної роботи, що пройшов стажування з ультразвукової/ендоскопічної діагностики. Повинна бу-

ти передбачена готовність хірургів і анестезіологів до проведення екстреної (лапароскопічної, відкритої) операції при виникненні загрозливих для життя ускладнень (гемоперитонеум, жовчний перитоніт, гемо-пневмоторакс, наростаюча гематома і т.п.).

ПІДСУМОК

Таким чином, безпечно та ефективно проведення мініінвазивних ехонавігаційних/ендоскопічних операцій у стаціонарі „одного дня” можливо при суворому дотриманні ряду організаційних умов: 1) цілеспрямований відбір хворих

для мініінвазивної діагностики й лікування; 2) високий рівень професійної підготовки фахівців; 3) вивірена тактика хірургічного втручання, 4) методологічна спадкоємність на всіх етапах лікувально-діагностичного процесу. Застосована стратегія дозволяє раціонально використовувати ліжковий фонд, зберігати звичний рівень якості життя і скоротити термін реабілітації пацієнтів. Успішна реалізація концепції „хірургія одного дня” можлива в багатопрофільній спеціалізованій установі, обладнаній сучасними мініінвазивними хірургічними технологіями.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Безуглий А.В. Роль стационарзамещающих форм оказания хирургической помощи на современном этапе развития здравоохранения / А.В. Безуглый, Н.В. Минаев // Амбулаторная хирургия. – 2007. – № 4. – С. 19.
2. Березницкий Я.С. Информационная госпитальная система, как инструмент управления медицинскими ресурсами / Я.С. Березницкий, М.В. Павленко, Л.Н. Ксикевич // Сучасні мініінвазивні технології в хірургії та гінекології: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. – К., 2011. – С. 25-26.
3. Глуздаков А.А. Некоторые аспекты организации и перспектив развития амбулаторной хирургии / А.А. Глуздаков, Л.А. Горн, А.С. Коновалов // Амбулаторная хирургия. – 2009. – № 2. – С. 21-23.
4. Опыт лечения больных с хроническим калькулезным холециститом по программе хирургии одного

дня / М.А. Каштальян, О.С.Кушнир, В.В. Павлишин, О.С. Герасименко // Сучасні мініінвазивні технології в хірургії та гінекології: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. – К., 2011. – С. 49-52.

5. Сербул М.М. Лапароскопическая холецистэктомия по методике single-port в стационаре краткосрочного пребывания / М.М. Сербул, Ф.Н. Ильченко, В.К. Матвейчук // Сучасні мініінвазивні технології в хірургії та гінекології: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. – К., 2011. – С. 113-114.

6. Gilmartin J. The nurse's role in day surgery: A literature review / J. Gilmartin // Inter. Nursing Review. – 2007. – Vol. 54, N 2. – P. 183-190.

7. Robert L. Day Surgery: National and International from the Past to the Future / L. Robert // J. Ambulatory Surgery. – 2006. – Vol. 12. – P. 143-145.



УДК 616-089-007.285-036-08

**С.І. Баранник¹,
В.М. Барвінський²,
В.Ю. Бахвала²,
В.М. Шевцов³**

КЛІНІЧНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПИТАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ГОСТРОЮ ГНІЙНОЮ ХІРУРГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ В АМБУЛАТОРНО- ПОЛІКЛІНІЧНИХ УМОВАХ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»¹

КЗ «Міська поліклініка №2» м. Дніпропетровська²

Поліклініка ВМС Управління СБУ у Дніпропетровській області³

Ключові слова: гнійна хірургія, амбулаторна хірургічна допомога
Key words: purulent surgery, the out-patient surgical help

Резюме. Приведен анализ оказания амбулаторной хирургической помощи 1524 пациентам с гнойными заболеваниями мягких тканей. Современная и адекватная хирургическая помощь в комплексном лечении этих пациентов дает положительный результат и позволяет провести полностью лечение в амбулаторных условиях, устранить распространение процесса и его осложнений. Плановое оперативное лечение некоторых форм заболеваний уменьшает риск развития их гнойных осложнений. Большое значение имеет санитарно-просветительная работа с населением.

Summary. *The analysis of rendering out-patient surgical help to 1524 patients with purulent diseases of soft tissues is resulted. The timely and the adequate surgical help in a complex treatment of these patients gives positive result and allows to give treatment completely in out-patient conditions, to eliminate spread of process and its complications. Planned operative treatment of some forms of diseases reduces risk of development of purulent complications. Sanitary-educational work with the population is of great value.*

Гнійно-запальні захворювання, а також ускладнення після операцій посідають одне із провідних місць серед хірургічних захворювань. При цьому гнійну патологію слід вважати ургентною, яка потребує невідкладної допомоги. Гнійні захворювання в структурі хірургічної патології становлять 30-35%. Своєчасне й адекватне оперативне втручання в комплексному лікуванні таких хворих є визначальним. Першою ланкою в наданні допомоги хворим із гнійно-септичною патологією є хірурги поліклінік. Тому значна частина гнійної патології перебуває саме у сфері амбулаторної хірургії. Організація і якість надання медичної допомоги цій категорії хворих в амбулаторно-поліклінічних умовах сприяє не тільки позитивному наслідку захворювання, але й попереджає негативні наслідки з прогресування процесу, переходу його у септичну стадію, розвитку ускладнень, лікування яких більш затратне й потребує умов перебування у стаціонарі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Нами проведений аналіз надання хірургічної допомоги 1524 хворим з гнійно-запальними захворюваннями, які перебували на лікуванні в хірургічному відділенні поліклінік протягом 3 років (2009-2011 рр.). Вони склали 34,7% серед всіх, які первинно звернулися за хірургічною допомогою, були прооперовані й отримували подальше лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах. Вік хворих становив від 18 до 67 років. Чоловіків було 984 особи (65,5%), жінок – 540 (34,5%).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз структури гнійно-запальних захворювань, з приводу яких надавали хірургічну допомогу, показав, що найчастіші випадки припадали на абсцедуючі фурункули 339 (22,2%), нагноєння атером – 325 (21,3%), панариції – 257 (16,8%), гідраденіти – 226 (14,8%). Крім того, хірургічні втручання проводили також з приводу підшкірно розташованих абсцесів – 142 (9,3%), врослого нігтя з нагноєнням – 59 (3,9%), нагноєння гематоми – 36 (2,4%), нагноєння дермоїдної кісти куприка – 34 (2,3%) тощо.

Більше всього операцій було виконано з приводу абсцедуючого фурункула. При цьому за-

пальний процес частіше за все локалізувався на кінцівках (59,6%), дещо рідше в області тулуба (21,3%), а також голови й шиї (19,1%).

Друге місце за частотою посідали оперативні втручання з приводу нагноєння епідермальних кіст (атером), найчастіша локалізація яких була в області тулуба (52,6%), голови та шиї (38,1%). Значно рідше гнійники локалізувалися в області кінцівок (9,3%). Проте слід визначити, що кількість випадків ускладнення цієї патології (нагноєння) можна значно скоротити за рахунок планового оздоровлення населення. Аналіз планових втручань з приводу атером за аналогічний період показав, що таким чином було оздоровлено 167 осіб, що у 1,95 рази менше ніж прооперовано в ургентному порядку. До того ж порівняльний аналіз тривалості лікування показав, що атерома з нагноєнням дає у 1,5-2 рази більшу втрату днів непрацездатності. А якщо врахувати, що у 20-25% випадків оперативного втручання з приводу нагноєння атероми не завжди можна повністю висікти капсулу епідермальної кісти, існує можливість рецидиву захворювання і повторних операцій. Аналіз локалізації атером у хворих, які були прооперовані у плановому порядку, звертає увагу на те, що хворі зверталися найчастіше з локалізацією атером в області голови й шиї – 53,9%, тулуба – 37,7%, кінцівок – 8,4%. Більшість випадків була зумовлена косметичним дефектом. У той же час нагноєння найчастіше виникає у атером, які локалізуються в області тулуба й частіше мають змогу до травматизації та інфікуванням одягом. Самостійно хворі з атеромами звертаються за допомогою, тільки коли утворення досягне певного розміру й буде створювати косметичний дефект або незручності в побуті й роботі. Як правило, діагноз захворювання не викликає труднощів. Проте факти направлення до хірурга такого хворого лікарями інших спеціальностей існують дуже рідко.

Достатньо часто (14,8%) оперативні втручання виконували з приводу гострого гнійного гідраденіту. Запальний процес локалізувався у 222 осіб (98,3%) у піхвових ділянках, із них у 168 осіб процес був двобічний та спостерігались численні вогнища запалення. У деяких випадках

розтинали до 10 гнійних вогнищ у одного хворого. На гнійний гідраденіт страждали в більшості випадків жінки. Кількість їх становила 166 осіб (73,5%) проти 60 (26,5%) випадків у чоловіків. В основному це були особи працездатного віку (206 осіб, 91,2%). За нашими даними, це було пов'язано з недостатньою антисептичною обробкою шкіри під час проведення епіляції, а також частим використанням дезодорантів. Тобто підвищення санітарно-гігієнічної освіченості населення може суттєво вплинути на кількість захворюваності цією патологією.

Значна кількість хворих були оперовані з приводу поверхневих форм панариція – 257 осіб (16,8%). У більшості випадків (133 випадки, 51,5%) локалізація гнійного вогнища була під шкірою. Проте в достатній кількості (99 осіб, 38,5%) спостерігали пароніхію. Серед них переважали жінки (74 випадки, 74,8%) віком від 30 до 60 років. З'ясовано, що майже у 68 жінок (91,9%) пошкодження валика нігтя з наступним нагноєнням відбулося під час виконання маніпуляцій з догляду за нігтями й недотримання при цьому елементарних правил антисептики. Слід також відзначити, що з 133 випадків підшкірного панариція переважали чоловіки (84 особи, 63,2%). Останнє було пов'язано з більшою кількістю травматичного ушкодження пальців у чоловіків під час роботи. Піднігтьова форма панариція була у 25 осіб (9,7%) і була пов'язана з травматизацією тканин кілками предметами (голка, скабка, тощо).

Достатньо значне місце у структурі гнійно-септичної патології в амбулаторних умовах посіли підшкірно розташовані (поверхневі) абсцеси – 142 випадки (9,3%). Обмежене скупчення гною під шкірою ми спостерігали в області кінцівок. Це були підмозольні абсцеси, абсцеси після травмування скабками, цвяхами та іншими предметами.

Крім того, з меншою частотою були проведені оперативні втручання з приводу інших форм гнійно-запальних процесів. Так, у 59 хворих (3,9%) були виконані оперативні втручання з приводу гнійного запалення навколонігтьового валика при врослому нігті. Врослий ніготь визначається насамперед больовим синдромом, через що хворі частіше звертаються за допомогою й оперуються в плановому порядку. Для порівняння: протягом зазначеного періоду планово було прооперовано 153 особи, що у 2,6 разу більше ніж ургентно.

34 особи були прооперовані з приводу нагноєння епітеліальних куприкових кіст (ходів).

Переважно це були чоловіки – 28 осіб (82,4%) віком до 30 років.

З поверхневими (підшкірними) обмеженими флегмонами кінцівок прооперовано 19 осіб (1,25%). Через своєчасно проведене оперативне втручання вдалося зупинити розповсюдження гнійного процесу, локалізувати його й провести повністю лікування хворих в амбулаторних умовах.

У 19 осіб (1,25%) було діагностовано підшкірний парапроктит (серед них чоловіків було 16, жінок – 3). Всім хворим виконано широке розтинання й дренажування вогнища гнійного запалення. Всі хворі закінчили лікування в умовах поліклініки без формування параректальної нориці.

Слід визначити, що крім своєчасного й адекватного оперативного втручання, всі хворі отримували повне комплексне лікування згідно зі стандартами. Проводили догляд за раною, видалення гнійно-некротичних тканин, обробку рани розчинами антисептиків. Виконували мікробіологічне дослідження вмісту вогнища й призначали антибактеріальну терапію згідно з антибіограмами. Враховували також, що протягом 1-го тижня може відбутися заміна мікроорганізмів, які спричинили гнійне запалення, на різноманітні їх асоціації, у випадках повільного очищення й загоювання рани, проводили додаткове бактеріологічне дослідження й корекцію антибіотикотерапії. У всіх випадках лікування хворих відбулось у межах поліклініки з позитивним результатом.

ПІДСУМОК

Гостра гнійна хірургічна патологія посідає значне місце в практиці амбулаторного хірурга й становить до 35% серед всіх хворих, які звертаються за допомогою. Своєчасне й адекватне надання хірургічної допомоги в комплексному лікуванні цієї категорії хворих дозволяє не тільки отримати позитивний результат, але й провести повністю лікування в амбулаторних умовах, попередити розповсюдження гнійного процесу та формування його ускладнень. Планове оперативне оздоровлення населення з приводу атером різної локалізації, врослого нігтя, тощо дозволяють зменшити кількість можливих ускладнень гнійно-запального характеру. Розвиток деяких захворювань (гострий гідраденіт, пароніхія, нагноєння при врослому нігті) на пряму залежить від санітарно-гігієнічної освіченості населення, що також слід враховувати лікарям під час проведення санітарно-освітньої роботи.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия / В.К. Гостищев. – М.: Медицина, 1996. – 416 с.
2. Избранный курс лекций по гнойной хирургии / под ред. В.Д. Федорова, А.М. Светухина. – М.: Миклош, 2005. – 365 с.
3. Хирургическая инфекция / В.И.Стручков [и др.].– Изд. 2-е, доп. и перераб. – М.: Медицина, 1991.– 560с.
4. Хирургия. Т.1 / под ред. Я.С. Березницкого, М.П. Захараша, В.Г. Мишалова, В.А. Шидловского. – Днепропетровск: РИА «Днепр-VAL», 2007. – 445 с.



УДК 616.381:616.132-007.64-089.853(477.63)

**А.Б. Кутовой¹,
И.В. Люлько¹,
О.А. Сергеев²,
А.Я. Гавура²,
А.В. Спиридонов²,
В.В. Петров²,
А.М. Машин²,
Д.А. Кисилевский¹**

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С РАЗРЫВАМИ АНЕВРИЗМ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ В ДНЕПРОПЕТРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

*ДЗ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
кафедра хирургии №2¹
КП «Областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»²
отделение сосудистой хирургии*

Ключевые слова: *аневризма аорты, разрыв, медицинская помощь*
Key words: *aneurisma of aorta, rupture, medical care*

Резюме. *На підставі аналізу надання допомоги 87 хворим з розривами аневризми черевного відділу аорти в районних лікарнях та обласному судинному центрі зроблено висновки про переваги виконання втручань в обласній лікарні. Доведено необхідність створення спеціалізованих центрів з хірургічного лікування аневризм аорти.*

Summary. *Basing on the analysis of medical care rendered to 87 patients with rupture of abdominal aortal aneurism in district hospitals and regional vascular center, the conclusions were drawn on prevalence of surgeries which are being performed in regional hospital. The necessity of creating specialized centers for surgeries on aortal aneurism is proved.*

Оказание помощи больным с разрывами аневризм брюшной аорты (АБА) – один из наиболее сложных разделов ургентной абдоминальной хирургии. Несмотря на используемые в настоящее время технологические возможности и технические приемы, включающие ультразвуковую и компьютерную диагностику, в совершенстве отработанные „открытые” операции, методы рентгенэндоваскулярного протезирования, робототехнику и прочие, летальность при разрывах АБА, даже в ведущих клиниках мира, составляет 20 – 100% [1, 4, 5, 6]. По данным Никульникова П.И. (2008), в разных регионах Украины при плановых операциях по поводу АБА погибает от 2,4% до 5,0%, неотложных - от

45% до 70% пациентов [3]. Представленные отличия показателей являются убедительным свидетельством того, что ведущими компонентами в оказании квалифицированной специализированной помощи больным с разрывами АБА являются адекватная компенсация кровопотери, профилактика развития органной недостаточности и обеспечение условий для своевременного выполнения соответствующего хирургического вмешательства. Это прямо связано с качеством организации процесса, уровнем подготовки специалистов и состоянием материально-технической базы лечебного учреждения [2].

Цель работы – оценка результатов оказания специализированной помощи больным с разрывами инфраренальных аневризм брюшной аорты при условии использования разных организационных подходов и лечебных возможностей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Специалистами Днепропетровского областного центра хирургии сосудов с 1996 г. по 2011г. прооперировано 87 пациентов в возрасте от 46 до 78 лет с разрывами инфраренальных АБА. Из них 82 (94,3%) - мужчины и 5 (5,7%) - женщины. При этом в разные периоды времени были использованы отличающиеся методы организации оказания помощи, технические и лечебные возможности.

Так, с 1996 по 2008 год из 59 пациентов с разрывами АБА – 48 (81,4%) были оперированы в районных больницах. Это связано с тем, что отдалённость лечебных учреждений от Днепропетровской областной больницы им. И.И. Мечникова составляла 40-150 км и транспортировка больных вызывала опасность усиления кровотечения, а материально-технические базы лечебных учреждений были приблизительно равными.

Начиная с 2008 года, в связи с приобретением областной больницей аппаратов для реинфузии крови и современной наркозно-дыхательной аппаратуры, а службой экстремальной помощи новых реанимобилей, нами была пересмотрена тактика оказания медицинской помощи данному контингенту больных. При разрывах АБА с прорывом в брюшную полость хирургическое вмешательство выполняли в том лечебном учреждении, где находился пациент. При разрывах АБА без прорыва в брюшную полость больных на реанимобиле бригадой анестезиологов доставляли в областной ангиохирургический центр. Транспортировка больных сопровождалась коррекцией нарушений гомеостаза и функционального состояния жизненно важных систем при условии проведения управляемой артериальной гипотонии. Для обезболивания в нашем центре использовали наркозную станцию S/5 Avance (производство General Electric, США), которая обеспечивала проведение сбалансированной многокомпонентной анестезии, включающей ингаляцию севофлюрана (СЕВОРАНА) и продленную эпидуральную анестезию. Контроль показателей газового состава крови и инвазивный мониторинг артериального давления позволял рационально управлять гемодинамикой во время обезболивания и

раннего послеоперационного ведения пациентов. Для реинфузии крови применяли аппарат «Cell Saver 5+» (производство Hemonetic, США) и системы с микрофилтрами SQ и ПК 23-01.

Хирургическим доступом у всех больных служила срединная лапаротомия. У 62 (71,3%) пациентов в качестве имплантата использовали фторлон-лавсановый бифуркационный протез фирмы «Север», у 25 (28,7%) – дакроновый протез фирмы «Vascutek». В 14 (16,1%) случаях выполнили линейное протезирование аорты, в 58 (66,7%) – аорто-биподвздошное аллошунтирование, в 10 (11,5%) - одну из ветвей бифуркационного протеза вшили в бедренную артерию, вторую - в общую подвздошную, в 5 (5,74%) - ввиду тотального поражения подвздошных артерий выполнили аорто-бифеморальное аллошунтирование. Транспозицию нижней брыжеечной артерии в протез выполнили у 21 (24,1%) больного.

Для проведения сравнительного анализа результатов лечения из общей совокупности больных были сформированы две группы, сопоставимые по возрасту, характеру сопутствующей патологии, степени кровопотери до операции. Первую составили 48 пациентов с разрывами АБА, оперированных в районных больницах, вторую – 28, транспортированных в больницу им. И.И. Мечникова и оперированных в областном ангиохирургическом центре.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Изменения в организации оказания специализированной помощи больным с разрывами АБА не оказали влияния на сроки от диагностики осложнения аневризмы до начала выполнения операции. Каких-либо осложнений, связанных с транспортировкой больных, нами отмечено не было. Показатели общего анализа крови продемонстрировали отсутствие статистически значимых отличий до операции ($p < 0,05$) у больных обеих групп (табл. 1). Кроме того, представленные в таблице 1 данные показывают, что компенсация кровопотери у больных II группы, в отличие от I, была достигнута преимущественно за счет аутокрови, благодаря ее реинфузии. Это почти в два раза сократило расход донорской эритроцитарной массы и, соответственно, снизило вероятность развития осложнений, связанных с ее использованием.

В раннем послеоперационном периоде были отмечены осложнения, характер и частота которых представлены в таблице 2.

Таблиця 1

Показатели кровопотери и объёмы восполнения эритроцитарной массы при разрывах АБА (M±m)

Показатели	Группы больных	
	I (n=48)	II (n=28)
Нв до операции (г/л)	65 ± 21	62 ± 23
Нв после операции (г/л)	95 ± 12	87 ± 9
Нт до операции (г/л)	0,26 ± 0,4	0,24 ± 0,3
Нт после операции (г/л)	0,31 ± 0,3	0,33 ± 0,2
Объём перелитой эр-массы доноров (мл)	2150 ± 345	1065 ± 255*
Объём реинфузии отмытых эритроцитов (мл)	550 ± 175	1575 ± 246**

Примечание. Достоверность отличия показателей у больных разных групп: * - $p \geq 0,05$; ** - $p \geq 0,01$.

Проведение операций у больных с разрывом АБА в специализированном центре при использовании высокотехнологического оборудования позволило существенно сократить частоту проявлений таких грозных послеоперационных осложнений как тяжелый геморрагический шок,

затянувшийся парез кишечника, пневмония, острая почечная недостаточность.

В I группе умерло 33 (68,8 %) больных, во II - 9 (32,1 %). Основные причины смерти представлены в таблице 3.

Таблиця 2

Структура послеоперационных осложнений после резекций АБА в стадии разрыва

Осложнения	Группы больных	
	I (n=48)	II (n=28)
Тяжелый геморрагический шок	42 (87,5 %)	16 (57,1 % *)
Инфаркт миокарда	6 (12,5 %)	3 (10,7 %)
Парез кишечника более 3 суток	44 (91,7 %)	18 (64,3 % *)
Желудочно-кишечное кровотечение	5 (10,4 %)	2 (7,1 %)
Кровотечения из операционной раны	5 (10,4 %)	3 (10,7 %)
Пневмония	21 (43,8 %)	5 (17,9 % *)
Острая почечная недостаточность	39 (81,3 %)	9 (32,1 % **)
Тромбоз глубоких вен	10 (20,8 %)	6 (21,4 %)
Мезентериальный тромбоз	3 (6,3 %)	1 (3,6 %)

Примечание. Достоверность отличия показателей (%) у больных разных групп: * - $p \geq 0,05$; ** - $p \geq 0,01$.

Структура причин смерти при разрывах АБА

Причины	Группы больных	
	I (n=33)	II (n=9)
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	19 (57,6%)	3 (33,3%)
Острая сердечная недостаточность	5 (15,2%)	2 (22,2%)
Острая почечная недостаточность	4 (12,1%)	2 (22,2%)
Полиорганная недостаточность	3 (9,1%)	1 (11,1%)
Острая дыхательная недостаточность	1 (3,0%)	1 (11,1%)

ВЫВОДЫ

1. Транспортировка больных с разрывами аневризм брюшного отдела аорты без прорыва в брюшную полость в специализированных реанимобилях при одновременном проведении медикаментозной и инфузионной терапии на фоне управляемой артериальной гипотензии на расстоянии до 150 км позволяло обеспечить стабильность общего состояния и гомеостаза и не приводило к развитию каких-либо осложнений.

2. Проведение операций по поводу разрывов брюшного отдела аорты в условиях специализированного центра, оснащенного современной дыхательной и реинфузирующей кровью

аппаратурой, позволило сократить в два раза количество перелитой донорской эритроцитарной массы, частоту развития таких послеоперационных осложнений как тяжелый геморрагический шок – с 87,5 % до 57,1 %, затянувшегося пареза кишечника – с 91,7% до 64,3%, пневмонии – с 43,8% до 17,9%, острой почечной недостаточности – с 81,3% до 32,1%, а послеоперационную летальность – с 68,8% до 32,1%.

3. Полученные результаты убеждают в целесообразности создания областных (межобластных) центров по хирургическому лечению аневризм брюшного отдела аорты.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Естественное течение острых симптомных аневризм брюшной аорты / И.И. Затевахин, А.В. Матюшенко, И.С. Тищенко, П.А. Толстов // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2007. – Т.13, №1. – С.109-113.

2. Рахимов А.А. Трансфузиологическая гемокоррекция / А.А. Рахимов. – М.: Практическая медицина, 2008. – С. 32-56.

3. Современные подходы к диагностике и хирургическому лечению аневризм брюшной части аорты / П.И. Никульников, Г.Г. Влайков, А.П. Гуч [и др.] // Практическая ангиология. – 2008. – № 1(12). – С. 12-15.

4. CT Angiography in Stent-Graft Sizing: Impact of Using Inner vs. Outer Wall Measurements of Aortic Neck Diameters / R. Iezzi, R. Dattesi, F. Pirro [et al.] // J. Endovasc. Ther. – 2011. – Vol. 18, N 3. – P.280-288.

5. Repair of Ruptured Abdominal Aortic Aneurysm in Octogenarians / P. Opfermann, von R. Allmen, N. Diehm [et al.] // Eur. J. Vasc. Endovasc Surg. – 2011. – Vol.19.

6. Use of multispectral MRI to monitor aneurysm sac contents after endovascular abdominal aortic aneurysm repair / S.A. Cornelissen, van der M.J. Laan, K.L. Vincken [et al.] // J. Endovasc. Ther. – 2011. – Vol. 18, N 3. – P. 274-279.



УДК 612.887:616-08.001.73

**Л.Л. Дубовская,
Е.К. Духовенко,
Ю.Ю. Кобеляцкий,
А.Н. Шевцов,
А.М. Машин**

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ АМБУЛАТОРНОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ

*КП «Днепропетровская областная больница им. И.И. Мечникова»
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»*

Становление современного обезболивания происходит параллельно развитию амбулаторной хирургии. Анестезиологическое обеспечение в амбулаторной хирургии предусматривает, прежде всего, следующие общие основные принципы: обеспечить максимальные безопасность и комфорт пациенту до, во время и после операции, создать комфорт для работы хирургу, обеспечить надежное и полное восстановление физической и психической деятельности больного в ближайшее время после операции (к моменту выписки домой). Безопасность пациента определяется: тщательным отбором больных, выбором метода анестезиологического обеспечения, соблюдением критериев безопасной выписки больных, возможностью при необходимости помещения пациента в стационар. Отбор пациентов проводится по стандартному протоколу. Стандартный протокол – это расширенная анкета, состоящая из 20 – 30 вопросов, позволяющая выявить пациентов с высоким риском, у которых есть противопоказания для лечебно-диагностических манипуляций в амбулаторных условиях. В сомнительных случаях окончательное решение принимает анестезиолог. На основании оценки состояния пациента (опрос, осмотр, обследование) и объема хирургического вмешательства анестезиолог определяет наиболее рациональное анестезиологическое обеспечение, а пациент дает информированное добровольное согласие на него. Особенность предоперационной подготовки заключается в том, что анестезиолог впервые видит пациента в момент его прихода на оперативное вмешательство. Обычно первичный хирургический отбор проводят хирурги, которые направляют пациента к медсестре, проводящей анестезиологический скрининг по специальному анкетному листу и выполняющей первичные базовые обследования. При возникновении сомнений медсестра направляет больного к анестезиологу. Риск общей анестезии в амбулаторных условиях всегда превышает риск операции, поэтому принятое решение всегда глубоко индивидуальное. В большинстве случаев операции в

ОЦАХ выполняются пациентам, которые отвечают 1-2 классу по ASA. Пациенты 3 класса тоже допускаются при условии хорошей компенсации по основному заболеванию (сахарный диабет, эпилепсия, бронхиальная астма, сердечная или дыхательная недостаточность и др.), и при этом операция не имеет угрозы для декомпенсации. Пожилой возраст также не является противопоказанием для проведения операции в амбулаторных условиях. В амбулаторной анестезиологии используются, как и при обычных операциях, стандарты мониторинга пациента и анестезиологического оборудования. Нарушения этих общепринятых правил абсолютно недопустимо. При выборе препаратов для анестезии преимущество отдается препаратам с коротким периодом полураспада. Анальгезия должна быть комплексной, направленной на разные звенья ноцицептивной системы. Желательно комбинировать различные виды анестезий. Учитывая большую безопасность регионарной анестезии, этот вид обезболивания должен использоваться более широко. В амбулаторной хирургии могут быть использованы все виды регионарной анестезии (блокады периферических нервов, сплетений, спинальная, эпидуральная и каудальная анестезия). Критерии для выписки пациента: стабильное состояние сердечно-сосудистой и дыхательной системы, ясное сознание (полная ориентация, отсутствие сонливости), пациент в состоянии принимать еду, пить воду, ходить, обслуживать себя и справлять свои физиологические потребности (в состоянии помочиться), особенно после нейроаксиальной анестезии, прошло не меньше 2 часов после операции, пациент в состоянии принимать свои обычные медикаменты (противодиабетические, противосудорожные и др.). Перед выпиской пациенту даются четкие инструкции в отношении дальнейшего поведения и приема медикаментов. Необходим номер телефона, по которому пациент может обратиться за помощью в случае развития побочных реакций и осложнений. После амбулаторных вмешательств 0,5-2% пациентов не выписываются домой в тот же

день, а остаются в клинике для дальнейшего наблюдения в связи с различными побочными реакциями и осложнениями как хирургического, так и анестезиологического характера. Кроме того, пациент остается в клинике, если операция оказалась более тяжелой и большой по объему, при необходимости дальнейшего стационарного лечения (например, назначение внутривенного введения антибиотиков), пациенту необходимо наблюдение в динамике в связи с повышенной вероятностью развития какого-нибудь осложнения, пациент не отвечает необходимым при выписке критериям.

За период с 2006 по 2011 г. в ОЦАХ было проведено обезболиваний, из них:

Общее количество 510		
обезболивание	количество пациентов	количество в %
Внутривенное	376	73,75
Местная анестезия + потенцирование	24	4,75
Спинальная анестезия + аналгоседация	110	21,5

Побочные реакции и осложнения	Количество случаев
Тошнота, рвота	3
Головная боль	5
Гипотония	2
Послеоперационная дрожь	4

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Важными задачами, требующими неотложного решения, являются разработка и внедрение в практику амбулаторной хирургии законодательной нормативно-правовой базы, разработка и официальное утверждение стандартов или протоколов анестезиологического обеспечения в амбулаторной хирургии, совершенствование инженерно-технического и метрологического обеспечения, решение кадровой проблемы. Решение вышеперечисленных положений существенно повысит качество и безопасность амбулаторного хирургического лечения.



УДК 616.718.8-009.85-089-084-092.11

Е.Р. Балацкий

ОПТИМИЗАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ, КОНТРОЛЯ ЗА КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ТРОФИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: хирургическая помощь, трофические нарушения нижних конечностей

Key words: surgical help, trophic infringements of the lower extremities

Резюме. У роботі викладено погляд на особливості диспансерного спостереження хворих з трофічними порушеннями на нижніх кінцівках. Подальше удосконалення диспансерного догляду за хворими з використанням сучасних підходів дасть змогу поліпшити якість життя пацієнтів.

Summary. In the work view on peculiarities of dispensary observation of patients with trophic lesions of lower extremities is presented. Further improvement of dispensary care of patients with the usage of modern approaches will give possibility to better life quality of patients.

Пациенты с трофическими нарушениями нижних конечностей (ТННК) составляют основную долю среди нуждающихся в диспансерном наблюдении, что обусловлено широким рас-

пространением группы заболеваний, сопровождающихся данными поражениями (облитерирующий атеросклероз, сахарный диабет, венозная и лимфатическая недостаточность, полиней-

ропатии различного генеза). Без индивидуального динамического врачебного контроля в большинстве случаев невозможно добиться успешного органосохраняющего лечения. Особенно актуальны эти вопросы у пациентов, нуждающихся в многоэтапных оперативных вмешательствах, и наблюдающихся на этапах лечения у различных специалистов. В этих ситуациях пациент проходит определенные этапы лечения у различных специалистов – ангиохирурга, комбустиолога, подиатра, с участием также эндокринолога, невропатолога, дерматолога и других специалистов, а основная нагрузка динамического наблюдения и окончательного долечивания приходится чаще всего на общего хирурга как первичного (поликлинического), так и вторичного (стационарного) звена. Мы особенно остро почувствовали эту проблему, разрабатывая тактику планируемого поэтапного закрытия раневых дефектов у больных с ТННК с целью максимального сохранения опорной функции пораженной конечности. У данной категории пациентов возникает необходимость неоднократной госпитализации для выполнения очередного этапа закрытия раны, например, культи нижней конечности, а промежуточные этапы подготовки с современными временными раневыми покрытиями можно проводить и вне стационара. Зыбкое нестабильное равновесие в течении ТННК, достигнутое иногда сложным и затратным путем, нуждается в постоянном индивидуальном контроле.

Цель работы – показать возможности организации дистанционного и прямого диспансерного наблюдения у пациентов с ТННК на различных этапах лечебно-диагностического процесса с помощью современных средств коммуникации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

В клинике общей хирургии (зав. – проф. Иващенко В.В.) Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького на базе ЦГКБ № 6 города Донецка в течение нескольких десятилетий проводится научно-исследовательская и лечебная работа, направленная на улучшение результатов лечения больных с ТННК. За этот период сформировались традиции комплексного непрерывного подхода к организации лечебного процесса у этих больных, включающего стационарный этап, амбулаторно-поликлиническое долечивание и наблюдение, последующее непрерывное профилактическое лечение с курсами стационарного (или в условиях дневного стационара) лечения, динамические

осмотры различных специалистов с включением, по мере необходимости, дополнительных методов обследования.

С 2007 года в клинике формируется база данных пациентов с ТННК для постоянного мониторинга и накопления сведений о пациенте и возможном использовании информации на различных этапах (выписные эпикризы, данные обследований, фото-, видеоматериалы и др.) в лечебных и исследовательских целях. Для составления и работы в базе данных привлекаются сотрудники клиники, врачи-интерны, студенты. За пятилетний период с 2007 по 2011 годы в базу данных включены 146 пациентов с различными вариантами ТННК на фоне облитерирующего атеросклероза, сахарного диабета, васкулитов, лимфовенозной недостаточности, нейротрофических поражений. Для удобства работы, в первую очередь для определения кратности динамического контроля, пациентов мы объединяем в формальные 3 группы вне зависимости от основного заболевания: 1) пациенты с обширными раневыми дефектами, нуждающиеся в подготовке и последующем этапном пластическом закрытии ран; 2) пациенты с трофическими язвами различного генеза, хроническим остеомиелитом, рецидивной формой рожи; 3) пациенты с различными хроническими ТННК без раневых дефектов, нуждающиеся в постоянном поддерживающем профилактическом лечении – после выполнения ампутаций конечностей, лечения гнойно-некротических поражений и др. Активность и кратность динамического контроля уменьшается с возрастанием группы – от индивидуального частого в первой группе до полугодового интервала в третьей группе пациентов. Эффективность динамического диспансерного наблюдения изучена на примере пациентов 1-й группы, требующих этапного закрытия трансметатарзальной культи (39 пациентов) как варианта максимально возможного дистального удаления конечности на фоне глубоких и обширных ТННК. Для динамического контроля качества жизни опрошены 56 пациентов различных групп, перенесших удаления конечности на различном уровне.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Пациенты 1-й группы нуждаются в максимально частом контроле из-за высокого риска развития угрожающих осложнений – сепсиса, прогрессирования ишемии, ампутации конечности и др. У этих пациентов индивидуально решаются вопросы необходимости повторных госпитализаций, проведения дополнительных обследований и осмотров, например, для бактерио-

логического контроля раневого отделяемого, выявления маркеров сепсиса, смены раневого покрытия, выполнения этапных некрэтомий, санаций раневой поверхности с помощью ультразвуковой кавитации, озонотерапии и др. После закрытия раневой поверхности, стабилизации общего состояния, отсутствии признаков сепсиса, пациентов переводили в 3-ю группу диспансерного наблюдения.

Пациенты второй группы с ТННК, с одной стороны, также представляющими угрозу развития септического состояния, с другой – имеют хронические, относительно стабилизированные поражения, поддающиеся поддерживающему лечебному воздействию с целью пролонгации выполнения ампутации. К таким воздействиям относятся рентгенотерапия (для хронического остеомиелита), длительная антибактериальная терапия, в том числе лимфотропная (для противорецидивной профилактики рожжи), использование синтетических раневых покрытий, изготовление индивидуальных разгрузочных приспособлений и повязок для стоп, например, Soft Cast и Scothcast, пластическое закрытие трофических язв. Кратность контрольных осмотров в среднем в этой группе составляет 14 ± 2 дня. В 3-ю группу пациенты переходят после устранения патологического очага – закрытия раневого дефекта или выполнения ампутации конечности.

Пациенты 3-й группы относятся к самой стабильной и обширной группе диспансерного наблюдения. Основная задача для этой группы – проведение курсов поддерживающего профилактического лечения с одновременным контрольным диагностическим обследованием для оценки течения заболевания. Оптимальная кратность осмотра и проведения курса лечения – один раз в 6 месяцев. В течение почти 20 лет мы придерживаемся тактики непрерывного профилактического поддерживающего лечения у больных с хроническими заболеваниями, сопровождающимися ТННК.

Для диспансерного наблюдения используем карты-таблицы профилактического лечения, легко индивидуализируемые, содержащие основную необходимую информацию. Коррекцию индивидуальной схемы-карты осуществляем после каждого курса стационарного лечения. В карту вносим информацию для обратной связи, включающую номера мобильных телефонов (для телефонной и возможной internet связи, передачи MMS-изображений), E-mail для связи с лечащим врачом, электронный адрес сайта клиники, адрес для видеозвонков, например, в программе "Skype". Условием для такого наблюдения явля-

ется наличие соответствующих возможностей для связи у пациента или его родственников. Для медработников очень удобны имеющиеся Wi-Fi зоны в лечебных учреждениях, обеспечивающие доступ в интернет для повседневной профессиональной работы.

Подобные программы непрерывного диспансерного наблюдения удобны и для получения объективной информации о результатах лечения, особенно в отдаленном периоде. Например, нами проведен анализ качества жизни пациентов, перенесших ампутации, экзартикуляции конечностей. Стандартные рекомендованные опросники для оценки качества жизни пациентов с ТННК мы используем более 10 лет. Наиболее универсальным и приемлемым для пациентов с ТННК, не только с нашей точки зрения, является модифицированный опросник, составленный Савиным В.В. (2001) на основе теста SF-36. Основные разделы опросника (5 разделов, 23 вопроса с балльной градацией от 0 до 5) включают субъективную оценку своего здоровья, физического и психо-эмоционального состояния. Качество жизни считается неудовлетворительным при сумме баллов менее 20, удовлетворительным – в интервале >20 и < 35 баллов, хорошим – > 36 баллов. Для сравнения оценки состояния жизни, в рамках исследования по изучению оптимального уровня выполнения первичной ампутации, проведено дистанционное (телефония, интернет-связь) анкетирование 56 пациентов с облитерирующим атеросклерозом в сочетании с сахарным диабетом, за последние 3 года перенесших ампутации на уровне бедра (1 группа – 25 пациентов) и трансметатарзальных на уровне стопы (2 группа – 31 пациент). Репрезентативный отбор не производился, опрос проведен целиком в выборке за 3 года. Используемая в клинике тактика этапного пластического закрытия культей с целью снижения уровня ампутации несколько пролонгирует общие сроки лечения, требует определенных усилий и создает дискомфорт на начальных этапах до окончательного закрытия ран. Дополнительно во время анкетирования включали вопросы о целесообразности и удобстве использования карты-таблицы профилактического лечения, возможных причинах неудовлетворительной субъективной оценки качества жизни. Опрос проводили через 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев и 1 год после операции. Динамика оценки уровня качества жизни отображена на графике. Основными причинами неудовлетворительной оценки пациенты 1-й группы называли ограничение физической активности, трудности пользования

протезами (протезирование выполнено у 18 (72,0%) пациентов) и другими вспомогательными средствами передвижения. Неудовлетворительная оценка состояния во 2-й группе первые 3 месяца связана с необходимостью повторных госпитализаций, эмоциональными переживаниями по поводу возможного неблагоприятного исхода, ограничением физической активности. Все пациенты отмечали удобство и целесообразность использования карт-таблиц для профилактического лечения, в том числе их дисциплинирующую и организационную роль.

У пациентов с тактикой планируемого этапного закрытия ран трансметатарзальных культи (39 больных за трехлетний период) на фоне ТННК, препятствующих первичному закрытию культи, дистанционный этап занимал более половины времени продолжительности лечения. При этом средняя общая продолжительность стационарного лечения составила $21,4 \pm 2,6$ суток, средняя продолжительность амбулаторного этапа подготовки раны составила $32,5 \pm 4,2$ суток, средняя общая продолжительность лечения составила $50,2 \pm 5,1$ суток. Удельный вес ранних реампутаций после первичной трансметатарзальной ампутации с этапным пластическим закрытием культи составил 15,3 % (6 больных). Качество жизни этих пациентов, по мере закрытия раны культи, постепенно улучшалось. Большинство пациентов пользуется ортопедической обувью, используют вспомогательные средства передвижения, средний балл оценки своей физической активности спустя 6 месяцев после лечения выше среднего, в отличие от пациентов после выполнения высокой ампутации ноги.

Дистанционное диспансерное наблюдение и регуляция лечебного процесса у пациентов с ТННК позволяют значительно сократить сроки

(в 1,6 раза) и затраты стационарного лечения. База данных пациентов, нуждающихся в диспансерном контроле, с разделением на группы в зависимости от интенсивности наблюдения, позволяет не только накапливать полноценную информацию о пациентах, но и планировать лечебно-диагностический процесс в отделениях общехирургического профиля.

ВЫВОДЫ

1. Включение в лечебный процесс непрерывного диспансерного дистанционного контроля позволяет расширить коммуникативные возможности между врачом и пациентом, повышает эффективность динамического контроля больных с ТННК, позволяет сократить сроки стационарного лечения в среднем в 1,6 раза при этапной подготовке ран, создавая благоприятные возможности для лечения с целью сохранения конечности.

2. Полноценная база данных, включающая, кроме описательной части, фото-, видеоматериалы о пациенте, создает хорошие возможности преемственности информационного поля для различных специалистов, позволяет систематизировать материалы с научно-исследовательской целью.

3. Использование индивидуальных карт-таблиц профилактического лечения эффективно и удобно для пациентов, нуждающихся в непрерывном лечении.

4. Перспективы дальнейших исследований и использования системы динамического контроля с современными постоянно совершенствующимися коммуникативными средствами, несомненно, возрастут и будут востребованы в условиях внедрения и развития системы семейной медицины.



УДК 616-007.43-089

**К.К. Духовенко,
О.Б. Кутовий,
А.М. Шевцов,
Я.Я. Медведик**

АМБУЛАТОРНА ХІРУРГІЯ ПАХВИННИХ ГРИЖ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І.Мечникова»*

За період з 2006 по 2011 рік у Дніпропетровському обласному центрі амбулаторної хірургії були оперовані 137 хворих з пахвинними грижами у віці від 19 до 75 років. Середній вік становив $55 \pm 1,5$ року. З них 128 чоловіків і 9 жінок. У 123 (89,8 %) хворих грижі були однобічними первинними вільними, у 14 (10,2%) – рецидивними.

Протипоказаннями до операції були декомпенсована супутня патологія, відкрита форма туберкульозу легень, онкологічні захворювання, психічні розлади, непереносимість місцевих анестетиків, гнійно-запальні ураження шкіри.

У більшості випадків виконували класичну герніоалопластику за Ліхтенштейном - 128 операцій (93%), з них 73 (53%) в особистій модифікації. За наявності косої пахвинної грижі у хворих молодого віку виконували аутопластику пахового каналу (9 операцій, 6,5%).

Операції проводили під комбінованою анестезією (місцева або регіонарна за Брауном з внутрішньовенним або інгаляційним потенціюванням). Після операції пацієнти протягом 4-5 годин дотримувалися постільного режиму. Потім проводили знеболювання одним з ненаркотичних анальгетиків і пацієнта транспортували додому. Подальше спостереження виконували згідно з графіком післяопераційної диспансеризації.

Серед ускладнень ми спостерігали: сероми післяопераційного рубця у 2 (1,4%), виражений біль у рані в 1 (0,7%), рецидиви гриж у 4 (2,9%), лігатурну норицю в 1 (0,7%) хворого.

Таким чином, удосконалення сучасних мало-травматичних хірургічних втручань у герніології надає можливість перевести цей розділ хірургії в амбулаторно-поліклінічну мережу. Якісні герніопластики можливі при раціональному й ретельному відборі пацієнтів.



УДК 616.351-006-614.253.1-089

**А.Г. Рубан,
Є.В. Штучков**

АЛГОРИТМ РОБОТИ ХІРУРГА ПОЛІКЛІНІКИ З ХВОРИМИ НА РАК ПРЯМОЇ КИШКИ

*Лікарня №4
м. Нікополь
Відділкова лікарня станції Н-Дніпровськ
м. Дніпропетровськ*

Підготовка лікаря загальної практики та хірурга поліклініки повинна бути націлена, в першу чергу, на застосування методів, що підвищують або зберігають якість життя пацієнтів.

Сучасний лікар загальної практики та хірург поліклініки повинні дотримуватися алгоритму обстеження при виявленні у хворого пухлинноподібного новоутворення в прямій кишці.

Цей алгоритм складається з обов'язкового інформування пацієнта про небезпечність злоякісної трансформації будь-якого новоутворення

та необхідність швидшого проведення морфологічного дослідження будови клітин пухлини, щоб забезпечити своєчасне ефективне лікування, яке може дозволити запобігти формуванню постійних штучних задніх проходів.

Хворий направляється на консультацію до хірурга або проктолога, де проводиться забір біопсійного матеріалу при ректальному дослідженні дзеркалом, ректороманоскопом або колоноскопом, з отриманням висновків про морфологічну стадійність доброякісної або злоякісної

пухлини. Крім того, необхідне виконання додаткових досліджень (іригографія, УЗД, комп'ютерна томографія), що дозволять визначитися з протяжністю пухлини та наявністю чи відсутністю метастатичних вогнищ в інших органах, і

спланувати, у разі можливості, радикальне оперативне втручання для збереження анальних сфінктерів без формування постійної колостоми. Така тактика дозволить зберегти або навіть підвищити якість життя хворого після лікування.



УДК 616.681-089

**Е.К. Духовенко,
В.П. Стусь,
А.Н. Шевцов,
Д.О. Циопкало,
Ю.Ю. Цепелев**

АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ

*ГУ "Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины"
КП «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И.Мечникова»*

Варикоцеле, или расширение вен семенного канатика – распространенная патология мужской половой сферы (встречается у 15-17% мужского населения репродуктивного возраста), которая является причиной мужского бесплодия, тянущих болей в мошонке и частого рецидивирования хронического простатита (П.А. Щеплев, 2012).

Наименее инвазивными методами диагностики варикоцеле являются методы ультразвуковой и доплеровской диагностики, которые позволяют определить гемодинамический тип варикоцеле (реносперматический, илеосперматический, смешанный тип), выявить признаки почечной венозной гипертензии, а также выявить субклинические формы заболевания. Обязательным является исследование спермы для определения степени нарушения сперматогенеза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Существует много методов лечения варикоцеле: антеградная склеротерапия, ретроградная склеротерапия, ретроградная рентгенэндоваскулярная эмболизация яичковой вены, операции на мошонке, паховый доступ, высокое лигирование яичковой вены, микрохирургическое лигирование яичковой вены, лапароскопическая резекция яичковых вен (А.И. Першуков, 2002). Нами была выбрана субингвинальная варикоцелэктомия микрохирургическим методом по следующим причинам: это малотравматичный (не повреждаются мышцы передней брюшной стенки), безопасный (исключена возможность

ранения кишечника, мочевого пузыря и крупных кровеносных сосудов), эффективный (использование операционной лупы способствует более тщательному устранению причины варикоцеле, сохраняются артериальные и лимфатические сосуды, существенно уменьшается риск рецидива), экономически целесообразный метод (не требует использование дорогостоящего лапароскопического оборудования). Использование регионарной анестезии позволяет формировать у пациентов благоприятный имидж «Больницы без боли», а быстрая реабилитация делает метод оптимальным для использования в условиях центра амбулаторной хирургии.

За период с января 2011 по февраль 2012 года в Днепропетровском областном центре амбулаторной хирургии прооперировано 17 больных с варикоцеле в возрасте от 18 до 37 лет. Средний возраст больных составил $26 \pm 0,5$ лет. У троих (17,64%) пациентов варикоцеле было двусторонним.

Противопоказаниями к операции были декомпенсированная сопутствующая патология, открытая форма туберкулеза легких, онкологические заболевания, психические расстройства, непереносимость местных анестетиков, гнойно-воспалительные поражения кожи.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Всем больным была выполнена микрохирургическая варикоцелэктомия субингвинальным доступом. Операции проводили под комбинированной анестезией (местная или регионарная

по Брауну с внутривенным или ингаляционным потенцированием). После операции пациенты на протяжении 4-5 часов придерживались постельного режима. Потом выполнялось обезболивание одним из ненаркотических анальгетиков и пациентов транспортировали домой. Дальнейшее наблюдение выполняли согласно графику послеоперационной диспансеризации.

Среди осложнений мы наблюдали: рецидив варикоцеле у 1 больного (5,8%), что практически соответствует количеству осложнений (0,8-4%) по данным литературы (ЕАУ, 2012). При реци-

диве показано выполнение флебографии, что и запланировано выполнить у пациента с выявленным рецидивом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Усовершенствование современных мало-травматических хирургических вмешательств в андрологии предоставляет возможность перевести этот раздел хирургии в амбулаторно-поликлиническую сеть. Качественные варикоцелэктомии возможны при рациональном и тщательном отборе пациентов.



УДК 616-089:006.03

В.К. Логачев

СТАНДАРТЫ И ПРОТОКОЛЫ. КОМУ ОНИ ПРИНАДЛЕЖАТ?

*ГУ «Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины»
г.Харьков*

В настоящее время возникла необходимость в выработке единого подхода в лечении пациентов. Особенно это касается хирургии. С одной стороны, это обусловлено развитием хирургической науки, с другой – «отрывом» периферического звена от этих достижений, с третьей – отсутствием вертикали «власти» и управления в хирургии. В связи с этим возникают ситуации, при которых рядовому хирургу нет возможности «опереться» на нормативный документ, который бы помог ему защититься от необоснованных обвинений в «неправильных» действиях. Чем же может помочь ему хирургическая общественность? Во-первых - созданием стандартов оказания помощи больным хирургического профиля. Стоит оговориться, что подобные стандарты должны определять алгоритм действий врача в конкретной ситуации (стратегия действий). Во-вторых - созданием клинических протоколов, которые бы помогали ему выбрать оптимальный

вариант лечения (тактика). Стандарты, как уже говорилось, должны определять только основные направления действий хирурга. Протоколы должны быть направлены на оптимизацию проводимого лечения. При этом следует учитывать, что постоянно меняющийся спектр медикаментов не позволяет стандартизировать назначения того или иного препарата, в то же время протоколы могут содержать уже наименования препаратов. Это обуславливает необходимость пересмотра и утверждения протоколов ежегодно на хирургических форумах, а, следовательно, налагает обязанности принятия и утверждения их профильной Ассоциацией специалистов, что соответствует мировой практике. Поэтому предлагается разработать стандарты и протоколы оказания помощи пациентам хирургического профиля с утверждением Ассоциацией хирургов Украины.



УДК 616.37-002-008.811.9-07-089

**Н.Н. Велигоцкий,
А.Н. Велигоцкий,
С.Э. Арутюнов,
А.С. Чеботарев,
М.В. Клименко,
А.А. Щегельский**

*Харьковская медицинская академия последипломного образования
кафедра торакоабдоминальной хирургии
Харьковская городская клиническая больница скорой и неотложной
медицинской помощи им. проф. А.И. Мещанинова*

Ключевые слова: острый панкреатит, хирургическое лечение, лечебно-диагностическая тактика

Key words: acute pancreatitis, classification, surgical treatment, treatment and diagnostic tactics

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Резюме. У роботі представлені результати хірургічного лікування 447 хворих на гострий деструктивний панкреатит, які проходили лікування в хірургічних відділеннях Харківської міської клінічної лікарні швидкої і невідкладної медичної допомоги ім. проф. О.І. Мещанинова з 2006 по 2011 р. З інструментальних методів застосовані УЗД, ЕРХПГ, спіральна й магнітно-резонансна томографія. Як основний етіологічний фактор у 231 (51,7%) хворого встановлено алкоголь, у 185 (41,4%) — біліарний фактор і в 31 хворого (6,9%) — етіологічний фактор не встановлений. Розроблена лікувально-діагностична тактика із застосуванням мініінвазивних втручань.

Summary. The work presents the results of treatment of 447 patients with acute pancreatitis hospitalized to surgical unit of Kharkov City Clinical Hospital of Emergency Care from 2006 to 2011. Of the instrumental methods ultrasound, ERCP, spiral, and magnetic resonance imaging were used. The main etiological factor in 231 (51,7 %) of cases was alcohol, in 185 (41,4 %) — biliary factor, and in 31 cases (6,9 %) etiological factor was not established. Medical diagnostic tactics with the use of minimally invasive interventions was developed.

За последние десятилетия заболеваемость острым панкреатитом увеличилась более чем в 2 раза и превышает 25% в структуре острых хирургических заболеваний [1, 3]. Одним из важных тактических вопросов при остром деструктивном панкреатите является определение показаний к дренирующим вмешательствам. Ранняя диагностика и выбор оптимальных методов лечения у больных с панкреонекрозом являются сложными и окончательно нерешенными проблемами хирургии [2, 4, 7].

Цель исследования — разработать алгоритм лечебно-диагностической тактики при остром деструктивном панкреатите.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

В работе представлены результаты хирургического лечения 447 больных с острым деструктивным панкреатитом, находящихся на лечении в хирургических отделениях Харьковской городской клинической больницы скорой и неотложной медицинской помощи им. проф. Мещанинова А.И. с 2006 по 2011 г. Женщин было 155 (34,7%), мужчин — 292 (65,3%). Всего за данный период времени в больнице прошли лечение 3124 больных с острым панкреатитом различной степени тяжести. Возраст больных

колебался от 19 до 83 лет. В качестве основного этиологического фактора у 231 (51,7%) больного установлен прием алкоголя, у 185 (41,4%) — билиарный фактор, у 31 (6,9%) этиологический фактор не установлен.

Методы исследования включали общеклинические и инструментальные. Из инструментальных методов применялись УЗИ, ЭРХПГ, спиральная компьютерная томография (СКТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) с контрастным болюсным усилением. Результаты компьютерной томографии оценивали по классификации Balthazar с индексом CTSI, которая позволяла диагностировать некроз поджелудочной железы, его распространенность, а также прогнозировать течение заболевания [6, 8].

Для определения степени тяжести острого панкреатита применена классификация, включающая 4 основные формы: легкая форма, средней тяжести, тяжелая и крайне тяжелая («фульминантная») форма. Тяжесть состояния больных определяли по шкалам Ranson и APACHE II, что обуславливало дальнейшую лечебно-диагностическую тактику. Для определения инфицирования и тяжести панкреонекроза применялась

тонкоигольная биопсия, определение уровня прокальцитонина в крови.

Статистическая обработка проводилась на персональном компьютере с помощью стандартного пакета прикладных программ Microsoft Office Excel 2007.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Под нашим наблюдением с 2006 по 2011г. находилось 3124 больных, которым был установлен диагноз острого панкреатита различной степени тяжести. Легкая степень установлена у 1700 (54,4%), средняя тяжесть — у 998 (31,9%), тяжелая и крайне тяжелая — у 426 (13,6%) больных. Оперативные вмешательства выполнены 447 больным. Выявлены следующие осложнения острого панкреатита: у 151 (33,8%) - острые жидкостные скопления, у 98 (21,9%) - постнекротические (панкреатические и парапанкреатические) жидкостные скопления, у 37 (8,3%) - постнекротическая псевдокиста, у 56 (12,5%) - панкреатический абсцесс, у 104 (23,3%) - распространенный инфицированный панкреонекроз.

Выбор тактики лечения больных с острым панкреатитом был основан на динамической оценке клинико-лабораторных данных и оценке динамического УЗИ, СКТ, МРТ брюшной полости с болюсным контрастированием. МРТ, по сравнению с СКТ, позволяло более четко визуализировать жидкостные коллекторы, связь их с протоками, степень поражения забрюшинной клетчатки.

Для динамики изменения объема жидкостных скоплений, степени некроза поджелудочной железы и поражения парапанкреатической и забрюшинной клетчатки проводился мониторинг УЗИ, спиральной и магнитно-резонансной томографии. При умеренном и большом скоплении жидкости в брюшной полости в ферментативную фазу развития острого панкреатита выполнялись лапароскопические дренирующие вмешательства, при выявлении признаков желчной гипертензии - лапароскопическая холецистостомия. При этом выполнено 237 (53,0%) миниинвазивных видеолапароскопических вмешательств: диагностическая видеолапароскопия, санация и дренирование брюшной полости - у 104 (43,9%) больных, контактная холецистостомия - у 58 (24,5%), санация и дренирование сальниковой сумки - у 24 (10,1%), санация и дренирование сальниковой сумки, контактная холецистостомия - у 23 (9,7%), холецистолитотомия, холецистостомия - у 18 (7,6%), лапароскопическое вскрытие и дренирование ложной кисты поджелудочной железы - у 10 (4,2%) больных.

У пациентов с тяжелым панкреатитом, у которых по клинико-лабораторным и инструментальным данным было подозрение на билиарный генез панкреатита, выполнялась срочная ЭРХПГ. При выявлении холедохолитиаза у 10 (2,2%) пациентов произведена ЭПСТ, при выявлении микрохоледохолитиаза и билиарного сладжа у 13 (2,9%) больных выполнена эндоскопическая балонная дилатация.

Для оценки тяжести инфицированного панкреонекроза выполнялось определение уровня прокальцитонина крови: 0,5-2 нг/л указывало на умеренно выраженный панкреонекроз, 2-10 нг/л - тяжелый панкреонекроз. О наличии инфицирования свидетельствовали данные микробиологического исследования жидкости, полученной при тонкоигольной пункции. В фазе инфекционных осложнений выполнялись как миниинвазивные, так и открытые оперативные вмешательства. Показаниями к миниинвазивным вмешательствам являлись: сформированные локальные жидкостные скопления в брюшной полости, сальниковой сумке, забрюшинной клетчатке. Произведены миниинвазивная некрэктомия с видеоскопическим ретроперитонеальным доступом - у 12 (2,7%), вскрытие и дренирование панкреатического абсцесса под УЗИ-контролем - у 9 (2,0%), вскрытие и дренирование инфицированной псевдокисты под УЗИ-контролем - у 13 (2,9%), люмботомия - у 14 (3,1%), минилапаротомия - у 18 (4,0%) больных.

При развитии гнойно-септических осложнений острого панкреатита с развитием крупных секвестров, распространенного панкреонекроза, перитонита выполнены открытые оперативные вмешательства с некрэктомией и дренированием сальниковой сумки у 106 (23,7%) больных. У 38 (8,58%) больных произведены программированные релапаротомии с дополнительной санацией гнойных очагов: у 21 (4,7%) - выполнены в 2 этапа, у 17 (3,8%) больных - в 3 этапа. 2-3-этапные операции после лапароскопического дренирования сальниковой сумки и брюшной полости выполнены 29 (6,5%) пациентам, что было связано с прогрессированием панкреонекроза с развитием как стерильных, так и инфицированных жидкостных скоплений. У 12 (41,4%) больных на втором этапе выполнены миниинвазивные вмешательства, которые явились окончательным оперативным вмешательством. У 17 (58,6%) больных на втором этапе выполнены открытые вмешательства, которые у 9 (31,0%) пациентов произведены в несколько этапов.

Общая летальность составила 4,1% (127 больных), при этом послеоперационная летальность -

14,5% (65 больных), летальность среди неоперированных – 2,3% (62 пациента). Причиной послеоперационной летальности явились: забрюшинная флегмона, интоксикация – у 31 (47,7%), полиорганная недостаточность – у 13 (20,0%), некротический парапанкреатит, интоксикация – у 11 (16,9%), двусторонняя абсцедирующая пневмония, сердечно-легочная недостаточность – у 3 (4,6%), отек легких, сердечно-легочная недостаточность – у 5 (7,7%), печеночно-почечная недостаточность – у 2 (3,1%) больных. В сроки до 4 суток умерло около 40% больных, что свидетельствует о наличии у них крайне тяжелой (фульминантной) формы острого панкреатита.

В процентном отношении, 70-75% миниинвазивных вмешательств выполнены с 2009 по 2011 г., при этом 65-70% открытых вмешательств – с 2006 по 2008 г., что позволило при сравнении результатов лечения за данные отрезки времени выявить уменьшение количества

осложнений на 9,5%, снижение летальности на 8,4%.

Таким образом, разработанный лечебно-диагностированный алгоритм с широким внедрением миниинвазивных методик позволил улучшить результаты лечения больных с острым деструктивным панкреатитом.

ВЫВОДЫ

1. В диагностике тяжелых форм острого панкреатита и его осложнений необходим мониторинг выполнения инструментальных методов исследования (УЗИ, СКТ, МРТ) с определением тяжести течения, степени и объема поражения поджелудочной железы.

2. Предложенный лечебно-диагностированный алгоритм с широким внедрением миниинвазивных методик как в первую, так и вторую фазу течения острого панкреатита позволил уменьшить количество осложнений на 9,5%, снизить летальность на 8,4%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антибиотикопрофилактика при остром деструктивном панкреатите / С.Ф. Багненко, В.Р. Гольцов, Д.А. Дымников, Е.В. Батиг // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2009. – Т. 14, № 1. - С. 23-29.

2. Брискин Б.С. Эволюция взглядов на хирургическое лечение острого деструктивного панкреатита / Б.С. Брискин, О.Х. Халидов, Ю.Р. Алияров // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2009. – Т. 14, № 3. – С. 263-68.

3. Красильников Д.М. Оптимизация хирургического лечения больных панкреонекрозом / Д.М. Красильников, А.В. Абдульянов, М.А. Бородин // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2011. – Т. 16, № 1. - С. 66-71.

4. Кузнецов Н.А. Лапароскопическое дренирование брюшной полости при стерильном деструктивном

панкреатите / Н.А. Кузнецов, Г.В. Родоман, Т.И. Шаляева // *Хирургия*. – 2009. – № 8. - С. 29-33.

5. Балныков С.И. Лечение больных некротическим панкреатитом / С.И. Балныков, Т.Ф. Петренко // *Хирургия*. – 2009. – № 10. - С. 24-28.

6. Роль компьютерной и магнитно-резонансной томографии в диагностике и лечении больных с панкреонекрозом / А.В. Шабунин, В.В. Бедин, Д.В. Шиков, А.Ю. Лукин // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2009. – Т. 14, № 1. – С. 34-40.

7. Diseases of the pancreas: acute pancreatitis, chronic pancreatitis, neoplasms of the pancreas / M.W. Buchler, W. Uhl, P. Malfertheiner [et al.]. – Basel: S. Karger AG, 2004. – 212 p.

8. Carroll J.K. Acute pancreatitis: diagnosis, prognosis and treatment / B. Herrick, T. Gipson, S.P. Lee // *Am. Fam. Physician*. – 2007. – Vol. 75. – P. 1513-1520.



**В.І. Русин,
С.С. Філін,
С.М. Чобей**

Ужгородський національний університет

ВИБІР МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Ключові слова: *гострий панкреатит, тактика, діагностика, лікування*
Key words: *acute pancreatitis, tactics, diagnostics treatment*

Резюме. *Лечение больных базировалось на едином методологическом подходе в условиях единой лечебно-диагностической тактики. Выбор метода лечения ОП зависит от особенностей течения заболевания, которое определяется объемом поражения поджелудочной железы, распространением процесса на смежные органы и ткани и местными осложнениями. Лечение этих осложнений определяет выбор лечебно-диагностической тактики у каждого конкретного больного.*

Summary. *Treatment was based on a single methodologic approach in conditions of a single treatment-diagnostic tactics. Choice of treatment method of acute pancreatitis depends on peculiarities of clinical course which is defined by extent of pancreas lesion, involvement of neighboring organs and tissues and local complications. Treatment of developed complications defines choice of treatment-diagnostic tactics in every patient individually.*

Гострий панкреатит (ГП) – одне з самих розповсюджених гострих хірургічних захворювань, стабільно посідає серед них третє місце. Захворюваність гострим панкреатитом становить від 200 до 800 і більше пацієнтів на 1 млн. населення в рік [2, 7, 8].

Сформоване уявлення про ГП як протікаючий у часі процес, який у міру свого розвитку змінює ряд періодів і фаз, отримало широке визнання [3, 6, 7, 8,].

Основне його практичне значення полягає в тому, що оскільки змінюючи періоди й фази перебігу захворювання, вони мають суттєві патоморфологічні та патофізіологічні відмінності, їм притаманні характерні особливості перебігу, ускладнення та небезпека для життя хворого [1, 4, 5, 6].

У зв'язку з цим неможливо запропонувати один універсальний та оптимальний метод консервативного або хірургічного лікування ГП, який би мав безумовні переваги проти усіх інших на всіх етапах лікування.

Питання полягає в тому, як правильно і в якій послідовності використовувати консервативні, хірургічні та інші методи лікування у конкретного пацієнта у міру перебігу ГП та залежно від особливостей його перебігу.

Методи консервативного лікування

Комплексна консервативна терапія ГП включала в себе такі компоненти, як усунення болювого синдрому, десенсибілізуючу, спазмолітичну терапію, забезпечення функціонального спокою підшлункової залози (ПЗ) шляхом виключення харчування через рот, декомпресії шлунково-кишкового тракту через зонд і аспірації шлункового вмісту, медикаментозне пригнічення зов-

нішньої секреції ПЗ з використанням 5-фторурацилу 0,75 – 1,0 г на добу протягом перших 1 – 3 діб захворювання, Октреотиду по 100 – 300 мкг 3 – 4 рази на добу протягом 5 – 7 діб, або комбінації Октреотиду і 5-фторурацилу, антиферментативну терапію з внутрішньовенним введенням контрикалу в добовій дозі 150 – 300 тис. ОД, або гордоксу в добовій дозі 1 – 1,5 млн. ОД протягом перших 3 – 5 діб захворювання, інфузійну терапію з метою ліквідації гіповолемії, гемоконцентрації, інтоксикації, і для корекції порушень мікроциркуляції - подовжена внутрішньоартерійна інфузія через черевний стовбур. Спеціальний ангиографічний катетер (G – 7F) вводили у черевний стовбур за методом Сельдінгера через одну із стегнових артерій. Через інфузомат (SEP - 108) виконували подовжену внутрішньоартерійну інфузію зі швидкістю 40 мл/год розчином новокаїну 0,25% - 250 мл з 40000 ОД контрикалу, реополіглокін 250 мл, розчинами антибіотиків широкого спектру дії (карбапенем або фторхінолони). До програми входили також преднізолон 180 мг, пентоксифілін – 10 мл, розчин папаверину 2% - 2 мл. Тривалість подовженої внутрішньоартерійної інфузії становила три доби. За показниками проводилася гепаринотерапія під контролем даних коагулограми.

Антибактеріальна профілактика і лікування гнійно-септичних ускладнень призначались: 1. У фазі токсемії – при тяжкому ГП з ретропанкреонекрозом, ознаками синдрому системної запальної відповіді (ССЗВ) і гіперлейкоцитозом. 2. У фазі деструктивних ускладнень при виявленні паранкреатичного інфільтрату, секвестрації, гнійних ускладнень панкреонекрозу. 3. Після хі-

рургічних операцій і мініінвазивних пункційно-дренуючих втручань. Оптимальними препаратами вважались: карбапенеми (тісам, меронем), цефалоспорини III, IV покоління в поєднанні з метранідазолом або тинідазолом, а також інгібіторозахищені пеніциліни. Дозування препаратів, тривалість курсу і шлях введення були стандартними й визначались вимогами інструкції із застосування антибіотиків, які використовуються. Для профілактики розвитку грибкової суперінфекції призначався флуконазол (дифлюкан) внутрішньовенно. Загальна тривалість антибактеріальної терапії при ГП визначалась термінами повної ліквідації ССЗВ.

Імунокорекція проводилася хворим на тяжкий ГП залежно від результатів дослідження імунного статусу. За його результатами використовували імуносупресори, імунокоректори, препарати замінної імунотерапії і засоби неспецифічної нормалізації імунного статусу.

Дезінтоксикаційна терапія проводилася для ліквідації інтоксикації у фазі панкреатогенної токсемії і для лікування інтоксикації при розвитку гнійних ускладнень. Тактика детоксикації диференціювалася залежно від тяжкості ГП, фази процесу й збереження функції нирок. З метою детоксикації використовувались: метод форсованого діурезу, кишковий лаваж, апаратні методи екстракорпоральної детоксикації: плазмафорез, гемодіафільтрація, продовжена вено-венозна гемодіафільтрація.

Методи хірургічного втручання

Ендоскопічні методики. Ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) застосовувалась у хворих на гострий біліарний панкреатит з наростаючою механічною жовтяницею, холангітом і при вклинненні конкрементів у великий дуоденальний сосок (ВДС). Техніка втручання була типовою і не мала особливостей, які пов'язані з ГП.

Санацияна відеолaparоскопія (ВЛСК) виконувалась одночасно з діагностичним етапом обстеження. Відсмоктувачем евакуювалась рідина, черевна порожнина промивалась, „випираючі” рідинні скупчення в сальниковій сумці і в позачеревній клітковині розсікались з використанням електрокоагулюючих інструментів. При жовчній гіпертензії виконувалася черезшкірна черезпечінкова мікрохолецистостомія. ВЛСК завершувалась дренажуванням черевної порожнини.

Відеоретроперитонеоскопія застосовувалась у обмеженого числа вкрай тяжких хворих із наростаючою токсемією і прогресуючою поліорганною недостатністю (ПОН) з метою зменшення інтоксикації за рахунок евакуації вмісту позачеревних рідинних скопичень в умовах

вкрай високого операційного ризику. Точки й траєкторії введення троакарів визначались за допомогою ультразвукового дослідження безпосередньо на операційному столі. У частини хворих відеоретроперитонеоскопія застосовувалась і після раніше виконаних відкритих операцій, коли діагностували недреновані кишені порожнин в позачеревному просторі. У дренажні канали вводилися обтуратори Хасана, через які виконувалась некрсеквестректомія, руйнування перегородок і корекція розташування дренажів.

Мініінвазивні пункційні й дренажні втручання. Пункція під ультразвуковим наведенням застосовувалась з приводу гострих рідинних скопичень для евакуації вмісту, цитологічного й мікробіологічного дослідження. Використовувався портативний ультразвуковий апарат „Алоса”, лінійний датчик з частотою 300 МГц, голки типу “СНІВА” (G 16 – 22) і фіксатор, який направляє голки. Техніка маніпуляції була стандартною.

Дренажування під ультразвуковим наведенням застосовувалось з приводу гострого некротичного панкреатиту, ранніх несформованих псевдокіст, абсцесів. Вирішальним фактором при виборі дренажування як основного методу лікування була наявність капсули, що попереджувало розповсюдження інфекції. Другим важливим фактором була наявність секвестрів і їх розміри - при відсутності секвестрів або при наявності „зависі” дрібних секвестрів розраховували на дренажування як на кінцевий і радикальний метод лікування. При великих секвестрах, які неможливо евакуювати через дренаж, метод розглядався як паліативне втручання, яке направлене на видалення рідкої частини і зменшення інтоксикації як підготовку до основного етапу втручання. Застосовувалась та ж ультразвукова апаратура, датчики й голки, що й для пункції під ультразвуковим наведенням, а також стилет-катетери типу „Pig tail”, маніпуляція виконувалась за стандартною методикою.

Відкриті хірургічні операції. Показаннями до відкритих хірургічних операцій були: 1. Невідмежований інфікований ретроперитонеонекроз (заочеревинна флегмона). 2. Відмежований інфікований панкреонекроз (абсцес і інфікована псевдокіста) при технічній неможливості, проти показаннях або неефективності мініінвазивного дренажування. 3. Неможливість виключити інфікування зон деструкції при наростаючих явищах ПОН і ССЗВ. 4. Наростання інтоксикації і ранньої ПОН у фазі токсемії, незважаючи на проведення всього комплексу інтенсивної консервативної терапії й апаратної екстракорпоральної

детоксикації. 5. Діагноз „перитоніт невизначеної етіології”.

Вибір операційного доступу залежав від локалізації панкреатогенної деструкції. Використовували люмботомію, серединну або трансректальну лапаротомію обмеженої протяжності, а також комбінацію лапаротомії й люмботомії, які виконувались одночасно або послідовно. Оперативний прийом передбачав розсічення джерела деструкції, видалення некротичних тканин тупим шляхом, видалялись вільно лежачі секвестри. Завершенням операції було відкрите або закрите дренивання зони деструкції і черевної порожнини.

У конкретне дослідження були включені хворі, лікування яких базувалося на єдиному методологічному підході в умовах єдиної лікувально-діагностичної тактики.

Консервативне лікування в об'ємі базової консервативної терапії в комбінації з іншими методами лікування (імунокорекція, подовжена внутрішньоартеріальна інфузія черевного стовбура, апаратна детоксикація, хірургічні методи лікування) проводились усім хворим. Тільки консервативне лікування або консервативне лікування та активна детоксикація застосовували у 302 (63,6%) пацієнтів, з них одужало 290 (96%), померло 12 (4%) – усі від панкреатогенного шоку або ранньої ПОН в фазі панкреатогенної токсемії.

Таким чином, консервативна терапія виявилася ефективним самостійним методом лікування при ГП у 63,6% хворих з 475, оскільки виявилася достатньою для ліквідації ГП та його ускладнень. У 173 (41,5%) хворих, які пережили панкреатогенну токсемію, у ході проведення консервативної терапії ГП не був ліквідований повністю. У цих хворих з приводу розвитку місцевих деструктивних асептичних і гнійних ускладнень було показано хірургічне лікування.

Хірургічне лікування передбачало використання традиційних відкритих хірургічних втручань, мініінвазивних дренуючих та ендоскопічних втручань або комбінації мініінвазивних та традиційних методів хірургічного лікування.

Малоінвазивні втручання використані у 133 хворих. Вони виявились єдиним та достатнім методом хірургічного втручання у 80 (60,2%) хворих, тоді як у 53 (39,8%) не змогли ліквідувати ускладнення, що потребувало комбінації з традиційними хірургічними втручаннями. Ці 53 хворі склали найбільш тяжку групу хворих з найвищим показником летальності 47,2%.

Тільки традиційні хірургічні операції виконані у 40 хворих (23,1%) з 173 пацієнтів, які отримували хірургічне лікування. Летальність у цій групі становила 27,5%.

Загальна летальність становила 48 (10,1%) з 475 хворих. Слід відзначити, що з 48 померлих хворих 41 (85,4%) були переведені в клініку з інших лікувальних закладів у зв'язку з неефективністю проведеного лікування. Стан цих пацієнтів при переводі був надзвичайно тяжким, тільки частково курабельним. Цілком очевидно, що на сьогоднішній день консервативне лікування з етапним використанням мініінвазивних технологій у лікуванні ГП має істотні переваги перед традиційними хірургічними способами лікування.

ПІДСУМОК

Вибір методу лікування ГП залежить від особливостей перебігу захворювання, яке визначається об'ємом ураження підшлункової залози, поширенням процесу на суміжні органи й тканини та місцевими ускладненнями. Лікування цих ускладнень визначає вибір лікувально-діагностичної тактики у кожного конкретного хворого.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Возможности разных лучевых методов при деструктивном панкреатите в послеоперационном периоде / Э.А. Береснева, Э.Я. Дубров, А.В. Гришин [и др.] // Актуальные вопросы диагностики и лечения деструктивных осложнений острого панкреатита. — М.: НИИ СП, 2007. — Т.195. — С. 21-26.

2. Гострий біліарний панкреатит: обґрунтування диференційованих тактичних підходів / В.П. Андрущенко, Ю.С. Лисюк, Д.М. Бідюк [та ін.] // Наук. вісник Ужгород. ун-ту. Серія „Медицина”. — 2011. — № 2 (41). — С.14-17.

3. Иммунологическая оценка тяжести и прогноза острого панкреатита / А.С. Ермолов, Н.В. Боровкова, П.А. Иванов [и др.] // Вестник хирургии им. Грекова. — 2005. — №6. — С. 22-28.

4. Кондратенко П.Г. Причины розвитку гнійних ускладнень у хворих з гострим небіліарним асептичним панкреонекрозом / П.Г. Кондратенко, І.М. Джансиз // Наук. вісник Ужгород. ун-ту. Серія „Медицина”. — 2011. — №2 (41). — С.105-109.

5. Копчак В.М. Сучасна тактика хірургічного лікування тяжких форм гострого панкреатиту /

В.М. Копчак // Клініч. хірургія. — 2011. — № 5 (818) — С. 25-26.

6. Хірургічне лікування хворих на важкі форми гострого панкреатиту: аналіз результатів та фактори прогнозу / В.О. Сипливий, В.І. Робак, Г.Д. Петренко [та ін.] // Укр. журнал хірургії. — 2011. — № 2 (11). — С. 89-93.

7. Шалимов А.А. Современные тенденции в диагностике и лечении острого панкреатита / А.А. Шалимов, М.Ю. Нечитайло, А.Н. Литвищенко // Клініч. хірургія. — 2006. — № 6. — С. 12-20.

8. Этапное хирургическое лечение больных некротическим панкреатитом в фазе гнойных осложнений / В.В. Бойко, А.М. Тищенко, Ю.В. Иванова [и др.] // Укр. журнал хірургії. — 2011. — № 2 (11). — С. 98-102.



УДК 616.37-002-07-08

**В.В. Ганжій,
И.П. Колесник**

СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕБНО – ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА НА ЭТАПАХ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Запорожский государственный медицинский университет

Ключевые слова: острый панкреатит, тактика, диагностика, лечение, стандарты
Key words: acute pancreatitis, tactics, diagnostic, treatment, standards

Резюме. Проаналізовано результати лікування хворих на гострий панкреатит. Розроблено стандарти лікування та лікувальну тактику, що дозволяють знизити летальність і зменшити частоту ускладнень.

Summary. Results of treatment of patients with acute pancreatitis were analyzed. Standards of treatment and treatment tactics, which allow to reduce mortality and incidence of complications were developed.

Острый панкреатит (ОП) – это заболевание с последовательным, поэтапным развитием патоморфологического процесса, который в различные сроки заболевания требует индивидуального лечебно-диагностического комплекса мероприятий. С этой целью, на основании личного опыта и данных литературы нами предложена схема клиничко-лечебного алгоритма, где с учетом клиничко-морфологической формы, этиологии и динамики заболевания дан последовательный перечень диагностических и лечебных манипуляций.

Прежде всего, в течение первых трех суток госпитализации должны быть решены следующие задачи:

1. Установлен диагноз ОП (до 24 часов).
2. Определены сроки с момента начала заболевания.
3. Оценена тяжесть ОП (легкий, тяжелый) (до 48 часов).
4. Установлено либо спрогнозировано развитие некротической формы ОП и его осложнений (до 72 часов).

В приемно-диагностическом отделении выставляется «предположительный» диагноз ОП. Диагностика основывается на наличии минимум двух из трёх диагностических критериев: типич-

ной клинической картины; повышения уровня панкреатических ферментов в крови, моче или асцитической жидкости; патологических изменений в поджелудочной железе, выявленных при помощи дополнительных методов исследования.

Клинические данные:

Жалобы: постоянная, интенсивная боль в эпигастрии, иррадирующая в спину, анорексия, тошнота, многократная рвота, общая слабость.

Анамнез: наличие провоцирующих факторов – нарушение диеты (чрезмерное употребление жирной пищи, алкоголя и др.), различные хронические заболевания гепатопанкреатодуоденальной области, травма поджелудочной железы, физическое или эмоциональное перенапряжение.

Объективное состояние: явления эндотоксического шока: тахикардия, гипотония, бледность (мраморность) кожных покровов (пятна Мондора), желтушность кожных покровов (механическая желтуха), затрудненное дыхание (тахипное), нарушение функции ЦНС (нарушение сознания, психоз). Вздутие живота, в акте дыхания последний не участвует, напряженный, болезненный в проекции поджелудочной железы – с-м Керте, в левом реберно-позвоночном углу – с-м Мейо-Робсона, пульсация брюшной аорты не определяется – с-м Воскресенского; перисталь-

тика ослаблена либо не определяется, задержка или неотхождение газов и стула; притупление перкуторного звука в отлогах местах; гипертермия.

Лабораторные критерии:

С целью установления диагноза ОП проводится определение уровня панкреатических ферментов в биологических средах организма человека (кровь, моча, асцитическая жидкость). Определение амилазы и липазы являются наиболее информативными и доступными методами.

Дополнительные методы исследования:

Критериями ОП являются специфические либо косвенные изменения в поджелудочной железе, забрюшинном пространстве или в брюшной полости, подтвержденные данными ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томо-

графии (КТ), лапароскопии, рентген-исследования.

Определение тяжести ОП осуществляется в течение первых 48 часов госпитализации пациента в стационар. В течение первых 24 часов используется шкала Толстого-Красногорова (ОП тяжелой степени – наличие минимум двух основных признаков либо одного основного и двух дополнительных). В течение первых 48 часов используется шкала Glasgow (ОП тяжелой степени – имеются три и более показателя). Использование в комплексе двух доступных и легко воспроизводимых шкал с небольшим количеством критериев повысило чувствительность и специфичность определения степени тяжести ОП в течение первых двух суток госпитализации (табл. 1 и 2).

Таблица 1

Шкала Толстого-Красногорова

Список основных признаков тяжести:	Кожные симптомы (мраморность, цианоз, экхимозы брюшной стенки).
	Геморрагический перитонеальный экссудат.
	Частота пульса > 120 или <70\мин.
	Гипотония.
	Олигоанурия/Анурия.
Список дополнительных признаков тяжести:	Гемолиз или фибринолиз сыворотки крови.
	Абсолютная лимфопения.
	Первый по счету приступ панкреатита.
	Госпитализация в сроки до 6 часов
	Тревожный диагноз направления («перитонит», «острый живот», «острый инфаркт миокарда» и т.п.).
	Вторая половина беременности или недавние (до 6 мес. назад) роды.
	Беспокойство и возбуждение.
	Гиперемия лица.
	Гипергликемия выше 7 м/моль.
	Гипергликемия выше 7 м/моль.
	Лейкоцитоз выше 13*10 в 9ст.
Билирубин крови выше 30 мкмоль/л (при отсутствии ЖКБ).	
Концентрация гемоглобина выше 140 г/л.	
Распирающие боли в спине.	

С целью установления морфологической формы ОП в течение первых 72 часов с момента госпитализации используются следующие показатели:

Объективные: пальпируемый инфильтрат в области проекции поджелудочной железы или параколон, признаки эндотоксического шока III-IV ст., выраженный парез кишечника, не поддающийся коррекции медикаментозными препара-

татами, синдром интраабдоминальной гипертензии, явления перитонита (перитонизма), полиорганная недостаточность.

Лабораторные: количественное определение С-реактивного белка, лактатдегидрогеназы, метгемальбумина, гематокрита, альбумина, глюкозы крови, лейкоцитарного индекса интоксикации, молекул средней массы, внутрибрюшного давления.

Дополнительные методы: КТ с контрастным в/в усилением, лапароскопия, УЗИ, рентгенологическое исследование.

Таблица 2

Шкала Glasgow

Показатель	Характеристика
Возраст	Более 55 лет
Лейкоцитоз	Более 15*10 в 9 ст./л
Гипергликемия	Более 10 ммоль/л
Мочевина	Более 16 ммоль/л
РаО2	Менее 60 мм рт.ст.
Кальций	Менее 2 ммоль/л
Альбумин	Менее 32 г/л
ЛДГ	Более 600 IU/л
АСТ	Более 100 IU/л

Каждый из признаков соответствует одному баллу

КТ с в/в контрастным усилением является «золотым стандартом» в определении некроза поджелудочной железы и забрюшинного пространства при остром панкреатите.

Таким образом, в течение первых 72 часов госпитализации, на основании вышеуказанных данных, с целью определения дальнейшей тактики лечения выставляется одна из клинко-морфологических форм ОП (с учетом классификации Атланты 1992г.):

- Острый отечный панкреатит, легкой степени тяжести.
- Острый отечный панкреатит, тяжелой степени тяжести:
 - Без парапанкреатических осложнений;
 - С парапанкреатическими осложнениями (острое жидкостное образование, серозный перитонит).
- Острый асептический панкреонекроз:
 - Без парапанкреатических осложнений;
 - С парапанкреатическими осложнениями (острое жидкостное образование, отечно-инфильтративные изменения забрюшинной клетчатки, серозно-геморрагический перитонит, псевдокиста).
- Острый инфицированный панкреонекроз:
 - Без парапанкреатических осложнений;
 - С парапанкреатическими осложнениями (абсцесс брюшной полости, забрюшинного пространства, поджелудочной железы, флегмона

забрюшинного пространства, гнойный перитонит).

В данную клинко-морфологическую классификацию не вынесены системные осложнения, так как они могут возникать при любых формах, за исключением острого отечного панкреатита легкой степени тяжести, и требуют стандартных интенсивных мероприятий в условиях отделения интенсивной терапии.

ОП - это заболевание с динамическим и мало прогнозируемым развитием, поэтому диагноз в течение первых трех суток нахождения пациента в стационаре является «промежуточным». Например, острый асептический панкреонекроз с течением времени может трансформироваться в инфицированный панкреонекроз, либо острый инфицированный панкреонекроз без парапанкреатических осложнений может осложниться присоединением данных осложнений. Окончательный диагноз выставляется лишь при выписке пациента из стационара. Данный факт говорит о необходимости динамического наблюдения за патологическим процессом в течение всего периода лечения и после выписки пациента из стационара.

Важным является факт определения этиологии заболевания:

- Острый билиарный панкреатит.
- Острый небилиарный панкреатит: алкогольный, алиментарный, идиопатический, посттравматический, послеоперационный и др.

Острый билиарный панкреатит – это ОП, который возникает вследствие обструкции дистального отдела холедоха с развитием панкреатической и билиарной протоковой гипертензии, в большинстве случаев сопровождается синдромом механической желтухи. Следовательно, патогенетическим методом лечения острого билиарного панкреатита является восстановление проходимости внепеченочных желчных путей и главного панкреатического протока. Основные симптомы: билиарная гипертензия (холедох более 8мм и/или расширение внутрипеченочных протоков) в совокупности с желчно-каменной болезнью (ЖКБ) или холедохолиаэзом.

Итак, по нашим данным лечебно-диагностическая тактика при ОП зависит от давности заболевания, его клинко-морфологической формы и этиологии:

1. Острый отечный панкреатит легкой степени тяжести.

Пациентам с данной клинко-морфологической формой ОП проводится консервативное лечение в хирургическом стационаре.

Диагностическая программа:

- Дополнительные методы исследования: УЗИ печени, желчного пузыря и поджелудочной железы при госпитализации, на 3-5 сутки госпитализации и при выписке из стационара; обзорная рентгенография органов грудной и брюшной полости; фиброзофагогастроуденоскопия (ФЭГДС), электрокардиография в покое.

- Лабораторные данные: клинический анализ крови и мочи; определение группы крови по системе АВО и резус-принадлежности; определение в сыворотке крови альфа-амилазы, калия, натрия, глюкозы, кальция, общего и прямого билирубина, общего белка, определение альфа-амилазы в моче; показатели системы свертывания крови.

Лечебная программа:

Голод в течение 3-4 суток, с дальнейшим переходом на диету, стол №5 (п); купирование боли (анальгетики и спазмолитики); коррекция дегидратации; угнетение секреции поджелудочной железы и желудка (сандостатин, квамател); инактивация ферментов поджелудочной железы (апротинин); дезинтоксикационная терапия (форсированный диурез).

При наличии ЖКБ рекомендована лапароскопическая холецистэктомия после купирования острого приступа болезни.

Стационарное лечение в течение 7-10 суток.

После выписки из стационара: соблюдение режима питания с исключением жирной, соленой, острой пищи и алкоголя.

Все остальные клинико-морфологические формы острого панкреатита подлежат лечению в условиях ОИТ с постоянным мониторингом частоты сердечных сокращений, артериального давления, центрального венозного давления, сатурации крови, внутрибрюшного давления, температуры тела, диуреза, уровня сознания.

2. Острый отечный панкреатит тяжелой степени тяжести.

Диагностическая программа:

- Дополнительные методы исследования: УЗИ печени, желчного пузыря и поджелудочной железы при госпитализации, через каждые 2-3-е суток в зависимости от течения патологического процесса, при выписке из стационара; обзорная рентгенография органов грудной и брюшной полости; ФЭГДС, электрокардиография в покое; при отсутствии положительной динамики от проводимой терапии КТ с в/в контрастным усилением, для исключения парапанкреатических осложнений; консультация смежных специалистов.

- Лабораторные данные: клинический анализ крови и мочи; определение группы крови по системе АВО и резус-принадлежности; определение в сыворотке крови альфа-амилазы, калия, натрия, глюкозы, кальция, общего и прямого билирубина, альбумина, общего белка, определение альфа-амилазы в моче; показатели системы свертывания крови. Динамический контроль данных показателей.

Лечебная программа:

Голод в течение 3-4 суток, с дальнейшим переходом на диету, стол №5 (п); купирование боли (анальгетики и спазмолитики, эпидуральная анальгезия – при условии гемодинамической стабильности и коррекции дегидратации, с целью купирования болевого синдрома, улучшения гепатоспланхнитической микроциркуляции и стимуляции перистальтики кишечника); коррекция дегидратации; угнетение секреции поджелудочной железы и желудка (сандостатин, квамател, проксиум); инактивация ферментов поджелудочной железы (апротинин); дезинтоксикационная терапия (форсированный диурез); стимуляции ЖКТ (метоклопрамид, неостигмин, очистительные клизмы); частичное парентеральное питание (комбинированные препараты растворов аминокислот и жировых эмульсий).

Симптоматическая коррекция системных осложнений (дыхательная, почечная, сердечно-сосудистая недостаточность; реактивный плеврит; пневмония, эмпиема плевры и др.).

Оперативное лечение при отечных формах ОП не показано. Исключением являются следующие ситуации:

- Трудности дифференциальной диагностики с другими острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости;

- Определяемая на УЗИ или КТ свободная жидкость в брюшной полости или острое жидкостное образование (выполняется видеолапароскопия с возможным дренированием брюшной полости или пункция жидкости под контролем УЗИ с последующим её биохимическим и бактериологическим исследованием);

- Острый холецистит (выполняется холецистэктомия с дренированием холедоха видеолaparоскопическим или лапаротомным доступом);

- Острый билиарный панкреатит (выполняется эндоскопическая папиллосфинктеротомия, при неэффективности либо отсутствии возможности эндоскопического устранения протоковой гипертензии и санации холедоха показана открытая лапаротомия с ревизией билиарной системы);

- При наличии ЖКБ рекомендована лапароскопическая холецистэктомия после купирования острого приступа болезни.

Стационарное лечение в течение 10-18 суток.

После выписки из стационара: соблюдение режима питания с исключением жирной, соленой, острой пищи и алкоголя. Наблюдение у гастроэнтеролога или терапевта. Контрольное УЗИ через 1 месяц после выписки.

3. Острый асептический панкреонекроз.

Диагностическая программа:

- Дополнительные методы исследования: УЗИ печени, желчного пузыря и поджелудочной железы ежедневно и при выписке из стационара; обзорная рентгенография органов грудной и брюшной полости при госпитализации и в последующем по показаниям; ФЭГДС, электрокардиография в покое; КТ с контрастным усилением является обязательным методом исследования (для определения объема некроза поджелудочной железы, выявления парапанкреатических осложнений, динамики процесса), оптимальным сроком проведения является 7-10 сутки с момента начала заболевания и далее по показаниям;

- Лабораторные данные: клинический анализ крови и мочи; определение группы крови по системе АВО и резус-принадлежности; определение в сыворотке крови альфа-амилазы, калия, натрия, глюкозы, кальция, общего и прямого билирубина, общего белка, определение альфа-амилазы в моче; показатели системы свертывания крови. Динамический контроль данных показателей.

Лечебная программа:

На 2-3 сутки госпитализации эндоскопическое проведение зонда ЗКС№21 за связку Трейтца. Последующая энтеральная терапия (внутризондовое введение 0,9% раствора натрия хлорида или раствора Рингера с глутамином, антиоксидантом, пробиотиком, зубиотиком) и раннее энтеральное питание (со 2-3 суток после установления зонда, начиная с минимальных доз и последующим увеличением объема из расчета 30-35 ккал/кг массы тела с обязательным добавлением препаратов, содержащих ферменты поджелудочной железы). После восстановления функции ЖКТ переход на оральный прием пищи (в среднем 7-12 сутки).

Профилактика тромбоэмболических осложнений (гепарин, клексан, фраксипарин).

Купирование боли (анальгетики и спазмолитики, эпидуральная анальгезия – при условии гемодинамической стабильности и коррекции дегидратации, с целью купирования болевого син-

дрома, улучшения гепатоспланхнитической микроциркуляции и стимуляции перистальтики кишечника).

Коррекция дегидратации; угнетение секреции поджелудочной железы и желудка (сандостатин, квамател, проксиум); инактивация ферментов поджелудочной железы (апротинин); дезинтоксикационная терапия (форсированный диурез, плазмоферрез); стимуляции ЖКТ (метоклопрамид, неостигмин, очистительные клизмы); частичное парентеральное питание (комбинированные препараты растворов аминокислот и жировых эмульсий).

Антибиотикопрофилактика: меропенем (меропенем) + орнидазол или метранидазол или клиндамицин; фторхинолоны (левофлоксацин или гатифлоксацин или ципрофлоксацин или пefлоксацин) + орнидазол или орнидазол или метранидазол или клиндамицин; аминогликозиды (амикацин или тобрамицин) + орнидазол или метронидазол или цефипим или клиндамицин; цефепим или цефтазидим + орнидазол или метронидазол или клиндамицин.

Симптоматическая коррекция системных осложнений (дыхательная, почечная, сердечно-сосудистая недостаточность; реактивный плеврит; пневмония, эмпиема плевры и др.).

Принципы и показания к оперативным вмешательствам при данной клинко-морфологической форме ОП:

А) Без парапанкреатических осложнений:

- Открытая лапаротомия не проводится. При клинко-лабораторных и инструментальных признаках гнойной инфекции в обязательном порядке проводится УЗИ или КТ с пункцией зон некроза и последующим бактериологическим исследованием материала.

• В) При парапанкреатических осложнениях:

- Пункция острых жидкостных образований с возможным дренированием и последующим биохимическим и бактериологическим исследованием полученной жидкости.

- Видеолапароскопия с дренированием брюшной полости и сальниковой сумки из пяти точек при выявлении жидкости в брюшной полости (подпеченочное пространство, малый таз, левое поддиафрагмальное пространство, левый боковой канал, сальниковая сумка).

- Выявляемые при УЗИ и КТ отечно-инfiltrативные изменения забрюшинной клетчатки не требуют срочного оперативного лечения. Это осложнение имеет три основных исхода: рассасывание с возможным замещением соединительной тканью, формирование жид-

костного образования, образование флегмоны забрюшинного пространства. Данное состояние требует динамического УЗИ и КТ контроля с возможным последующим лечебно-диагностическим пункционным исследованием.

После выписки из стационара: соблюдение режима питания с исключением жирной, соленой, острой пищи и алкоголя. Наблюдение у хирурга. Контрольное УЗИ через 1 месяц и КТ через 2-3 месяца после выписки.

4. Острый инфицированный панкреонекроз.

«Золотым стандартом» для дифференциальной диагностики асептического и инфицированного панкреонекроза у больных с клинико-лабораторными и инструментальными данными гнойной инфекции является пункция зоны некроза либо жидкостного образования под контролем УЗИ или КТ с последующим бактериологическим исследованием.

Острый инфицированный панкреонекроз является абсолютным показанием к оперативному лечению:

- При ограниченном гнойном процессе (абсцесс, нагноившаяся псевдокиста) производится пункция с дренированием и последующим проточным лаважем, при отсутствии положительного эффекта, раскрытие и дренирование гнойного очага;

- При флегмоне забрюшинного пространства - лапаротомия с вскрытием и активным дренированием брюшной полости и забрюшинного пространства трубчатыми дренажами для обеспечения постоянного проточного лаважа растворами антисептиков, с ушиванием раны до дренажей;

- При наличии секвестров – некрсеквестрэктомия, формирование центральной или боковой оментопанкреатобурсостомы.

В послеоперационном периоде показан «закрытый», проточный лаваж гнойных очагов через дренажные трубки растворами антисептиков.

Мы являемся сторонниками релапаротомий «по требованию», при этом показанием к проведению повторных этапных операций служат:

- Ранняя спаечная кишечная непроходимость;
- Абсцесс брюшной полости и/или забрюшинного пространства;
- Недренируемые секвестры поджелудочной железы;
- Дигестивный свищ;
- Аррозивное кровотечение.

Лечебная программа в послеоперационном периоде:

Интраоперационно в обязательном порядке устанавливается декомпрессионно-питательный зонд на 30-40 см за связку Трейтца. На 2-3 сутки после операции начинается энтеральная терапия (внутризондовое введение 0,9% раствора натрия хлорида или раствора Рингера с глутамином, антиоксидантом, пробиотиком, эубиотиком). После восстановления функции ЖКТ проводится раннее энтеральное питание (начиная с минимальных доз и последующим увеличением объема из расчета 30-35 ккал/кг массы тела с обязательным добавлением препаратов, содержащих ферменты поджелудочной железы). После полного восстановления функции ЖКТ рекомендуется переход на оральный прием пищи (в среднем 5-8 сутки после операции).

Купирование боли (анальгетики и спазмолитики, эпидуральная анальгезия – при условии гемодинамической стабильности и коррекции дегидратации, с целью купирования болевого синдрома, улучшения гепатоспланхнитической микроциркуляции и стимуляции перистальтики кишечника).

Профилактика тромбоэмболических осложнений (гепарин, клексан, фраксипарин).

Адекватная инфузионная и заместительная терапия; угнетение секреции поджелудочной железы и желудка (сандостатин, квамател, проксиум); дезинтоксикационная терапия (форсированный диурез, плазмоферрез); стимуляции ЖКТ (метоклопрамид, неостигмин, очистительные клизмы); частичное парентеральное питание (комбинированные препараты растворов аминокислот и жировых эмульсий).

Системная этиотропная антибактериальная или антигрибковая терапия проводится после идентификации микроорганизмов и определения чувствительности их к антибиотикам.

Симптоматическая коррекция системных осложнений (дыхательная, почечная, сердечно-сосудистая недостаточность; реактивный плеврит; пневмония, эмпиема плевры и др.).

Диагностическая программа:

Пациенты с данной клинико-морфологической формой требуют постоянного инструментального контроля за состоянием патологического процесса: через каждые 2-3-е суток проводится УЗИ; по показаниям выполняется КТ с контрастным в/в усилением; выполняется чрездренажная фистулография для определения динамики заживления остаточной гнойной полости.

После выписки из стационара: соблюдение режима питания с исключением жирной, соленой, острой пищи и алкоголя. Наблюдение у

хирурга. Контрольная КТ через 2-3 месяца после выписки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клінічні протоколи надання медичної допомоги хворим з гострими запальними захворюваннями черевної порожнини: наказ МОЗ України 02.04.2010, № 297.

2. JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: medical management of acute pancreatitis / T. Kazunori, T. Tadahi, K. Yoshifumi [et al.] // J. Hepatobiliary Pancreat Surg. – 2006. – N 13. – P42-47.

3. Peter A. Practice guidelines in Acute Pancreatitis

and the Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology / A. Peter, L. Martin // Am. J. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 101. – P.2379-2400.

4. Surgical treatment strategy for acute necrotizing pancreatitis (in Japanese) / S. Isaji, T. Kinai, T. Nagamura [et al.] // ICU CCU. – 2000. – N 24. – P.665-672.

5. UK guidelines for the management of acute pancreatitis / UK Working Party on Acute Pancreatitis // Gut. – 2005. – N 5. – P.1-9.



УДК 616.37-002-036.1-089

**Я.С. Березницький,
Р.В. Дука,
И.Л. Верхолаз,
С.В. Гринюк,
Д.П. Чухриенко,
М.Ю. Сердюк**

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
КУ «Шестая городская клиническая больница» ДОР

Ключевые слова: острый панкреатит, диагностика, консервативное, оперативное лечение

Key words: acute pancreatitis, diagnosis, conservative, surgical treatment

Резюме. У роботі проаналізовані результати діагностики, консервативного та оперативного лікування хворих на різні форми гострого панкреатиту. Оптимізована тактика лікування хворих на гострий панкреатит в умовах багатопрофільного хірургічного стаціонару.

Summary. In this paper we analyzed the results of diagnosis, conservative and surgical treatment of patients with various forms of acute pancreatitis. Treatment tactics of patients with acute pancreatitis in a multidisciplinary surgical hospital was grounded.

Острый панкреатит остается одной из наиболее сложных проблем абдоминальной хирургии. Отмечается неуклонный рост количества пациентов с острым панкреатитом в хирургических стационарах, и в неотложной хирургии острый панкреатит занимает уже второе место после острого аппендицита. Заболеваемость острым панкреатитом в Украине составляет 67 на 100000 населения [1,3].

Тактика лечения острого панкреатита постоянно претерпевает изменения: от активной хирургической до выжидательной консервативной. Тяжелый острый панкреатит, несмотря на успехи диагностики и интенсивной терапии, внедрение стандартов оказания помощи, освоение миниинвазивных хирургических методов, остается грозным заболеванием и большого прогресса в

улучшении результатов его лечения не наблюдается. Общая летальность при остром панкреатите остается достаточно высокой и колеблется от 4% до 15%, при некротической форме она составляет 24-60%, а послеоперационная летальность достигает 70% [4,5].

Существование некоторой закономерности при анализе летальности больных при ОП дает возможности выделить два ее вида: ранняя и поздняя смерть. На ранней стадии заболевания (в течение первой недели) смерть чаще наступает от панкреатогенного шока и острой полиорганной недостаточности. Поздняя смерть (через 3-4 недели от начала болезни) наступает, как правило, от тяжелого местного или системного инфицирования и полиорганной недостаточности. Все это обуславливает актуальность

вопросов разработки тактики лечения пациентов с острым панкреатитом [2,5].

Существенным резервом улучшения оказания помощи является четкая организация ведения таких больных на всех этапах пребывания в клинике. С этой целью на основании многолетнего опыта и данных литературы разработаны протоколы оказания неотложной помощи больным с острым панкреатитом [6].

Цель работы: провести анализ результатов лечения больных острым панкреатитом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В КУ «Шестая городская клиническая больница» ДОР, которая является клинической базой кафедры хирургии №1, за период с 2008 по 2012 г. находилось на лечении 632 пациента с острым панкреатитом, мужчин было 372 (58,9%), женщин – 260 (41,1%), средний возраст пациентов составил 45,8 лет. Легкое течение острого панкреатита диагностировано у 317 (50,2%) пациентов, тяжелое - у 315 (49,8%) пациентов.

С целью оптимизации и повышения качества лечения в больнице из трех хирургических отделений определено одно, где концентрируются все пациенты с острым панкреатитом. Данный подход позволяет поддерживать навыки и опыт медицинского персонала на достаточно высоком уровне и приводит к унификации и строгому соблюдению протоколов лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Первичный протокол диагностики и лечения осуществлялся в приемном отделении. При поступлении пациента с острым панкреатитом в дневное время обязательно проводился осмотр не только врачом приемного отделения и анестезиологом, но и заведующим хирургического отделения. В случае поступления в ночное время обязательно проводился осмотр ответственным хирургом бригады. Основными задачами на данном этапе являлись подтверждение диагноза острого панкреатита и определение тяжести течения. Особое внимание акцентировалось на том, чтобы исключить диагноз острого панкреатита у пациентов с другой патологией. В клинике категорически не рекомендуется устанавливать диагноз «острый панкреатит» как диагноз «внедрения». Основанием для установления диагноза острого панкреатита (после исключения другой хирургической патологии) являлось сочетание нескольких признаков: типичная клиническая картина (интенсивная некупируемая спазмолитиками боль опоясывающего характера, неукротимая рвота, вздутие живота; употребление алкоголя, острой пищи

или наличие ЖКБ в анамнезе и др.); данные УЗИ (увеличение размеров, снижение эхогенности, нечеткость контуров поджелудочной железы; наличие свободной жидкости в брюшной полости); лабораторные показатели (гиперамилаземия, гиперамилазурия). Следующим и наиболее важным вопросом было определение тяжести течения заболевания. Для этого использовались следующие клинические признаки: перитонеальный синдром; нестабильная гемодинамика - тахи- (>120 в 1 мин) или брадикардия (<60 в 1 мин); снижение систолического АД ниже 100 мм рт.ст.; олигурия (менее 250 мл за последние 12 часов); энцефалопатия; наличие "кожных" симптомов. А также лабораторные: гемоглобин выше 150 г/л; лейкоцитоз выше 14×10^9 /л; глюкоза выше 10 ммоль/л. Все пациенты с тяжелым течением госпитализировались в ОРИТ. Учитывая, что в первые часы от момента поступления определение тяжести состояния представляет непростую задачу и возможна недооценка, пациенты, у которых имелись затруднения в оценке тяжести течения заболевания, также госпитализировались в ОРИТ. Мы сознательно пользовались данным подходом, считая, что лучше в первые часы провести интенсивную терапию пациентам с легким течением, чем не провести пациентам с тяжелым течением. Данная тактика привела к тому, что 86,6% пациентов с острым панкреатитом были госпитализированы в ОРИТ.

Основным методом лечения острого панкреатита являлась консервативная терапия, которая начиналась с интенсивной инфузионной терапии и дополнялась антисекреторной терапией. Всем пациентам с тяжелым течением острого панкреатита назначалась антибактериальная терапия с использованием антибактериальных препаратов широкого спектра действия, обладающих высокой проникаемостью в ткань поджелудочной железы.

Оперировано 198 (31,3%) больных. У 145 (22,9%) пациентов в первые 48 часов отмечались проявления ферментативного перитонита, которые подтверждались клинически и данными УЗИ. В таких случаях проводилась лапароскопия у 122 (84,1%) пациентов, которая позволяла подтвердить диагноз, оценить характер выпота и распространенность воспаления, а также санировать и дренировать брюшную полость. У 23 (15,9%) пациентов, несмотря на проводимую интенсивную терапию в течение 12 часов, не удалось стабилизировать показатели гемодинамики на фоне эндотоксического шока, выполнялось дренирование брюшной полости под местной анестезией.

Пациентам с сохраняющейся органной недостаточностью, признаками сепсиса или ухудшением клинического статуса спустя 6-10 дней после поступления выполнялась компьютерная томография.

По данным компьютерной томографии и динамического УЗИ определялось нарастание в процессе наблюдения жидкостных образований, выявление девитализированных тканей и/или наличие пузырьков газа, распространение некроза. По данным клинической картины и компьютерной томографии у 65 (10,3%) пациентов в связи с прогрессированием инфицированного панкреонекроза были определены показания для оперативного вмешательства. У 53 (81,5%) больных это была первичная операция, а у 12 (18,5%) пациентов ранее было проведено дренирование брюшной полости по поводу ферментативного перитонита. Необходимо отметить, что возникновение инфицирования очагов некроза произошло только у 8,3% больных, которым было произведено дренирование брюшной полости в связи с ферментативным перитонитом. Наличие нагноившихся жидкостных образований выявлено у 28 (43,1%) пациентов, прогрессирующий некроз - у 26 (40%) пациентов, наличие гнойного расплавления забрюшинной клетчатки - у 11 (16,9%) пациентов. Пациентам с инфицированным панкреонекрозом выполнены следующие оперативные вмешательства: вскрытие и дренирование абсцесса поджелудочной железы - у 23 (35,4%) больных (в том числе у 17 произведено чрезкожное дренирование полости абсцесса под УЗИ контролем); секвестрэктомия, дренирование сальниковой сумки с формированием оментопанкреатобурсостомы произведено у 31 (47,7%) пациента; вскрытие и дренирование гнойных затеков в забрюшинной клетчатке - у 11 (16,9%) больных.

Повторно оперированы 29 (14,6%) пациентов, у которых выполнены 74 операции (от 2 до 5 операций) в связи с прогрессированием панкреонекроза, развитием гнойных затеков в парапанкреатической клетчатке, образованием кишечных свищей, кровотечением.

При использовании подобного подхода общая летальность составила 2,7%, послеоперационная - 5,6%. Основными причинами летальных исходов у 6 неоперированных пациентов (все умерли в первые двое суток после поступления) было развитие массивного панкреонекроза с прогрессированием полиорганной недостаточности и панкреатогенного шока. Из 11 пациентов, умерших после операции, 2 (18,2%) умерли в первые двое суток с момента поступления, после дренирования брюшной полости при ферментативном перитоните от панкреатогенного шока и острой полиорганной недостаточности. Прогрессирование гнойного процесса и полиорганная недостаточность стали причиной смерти 9 (81,8%) больных при инфицированном панкреонекрозе. Таким образом, послеоперационная летальность при инфицированном панкреонекрозе составила 13,8%.

ВЫВОДЫ

1. Лечение пациентов с острым панкреатитом должно начинаться с интенсивной консервативной терапии, а при появлении признаков ферментативного перитонита операцией выбора является лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости.

2. Проведение адекватного полноценного комплексного лечения (консервативного, а при показаниях - оперативного) согласно стандартам оказания неотложной медицинской помощи обеспечивает снижение летальности при остром панкреатите.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Березницький Я.С. Лікувальна тактика при важкій формі гострого панкреатиту та її результати / Я.С. Березницький, Н.А. Яльченко, М.А. Кутовий // Хірургія України. – 2005. - №3. – С. 17 – 19.
2. Бобров О.Е. Эволюция лечебной тактики при остром панкреатите / О.Е. Бобров, Н.А. Мендель, И.Н. Игнатов // Архив клинич. и эксперим. медицины. – 2007. – Т.16, №1. – С15 – 16.
3. Васильев А.А. Роль и место лапаротомии в хирургическом лечении больных с некротическим панкреатитом / А.А. Васильев // Укр. журнал хірургії. – 2011. - №6 (15). – С. 50 – 54

4. Кравец В.П. Диагностика и лечение больных с острым панкреатитом / В.П. Кравец, А.В. Кравец, В.В. Кравец // Вісник СумДУ. Серія «Медицина». – 2009. – Т.1, №2. – С. 83 – 86.
5. Миронов В.И. Хирургическое лечение острого панкреатита. Спорные и нерешенные вопросы / В.И. Миронов, П.В. Шелест // Сибирский мед. журнал. – 2008. - №2. – С. 95 – 101.
6. Стандарти організації та професійно орієнтовані протоколи надання невідкладної допомоги хворим з хірургічною патологією живота та грудної клітки: відомча інструкція / [упоряд. Я.С. Березницький]. – К., 2008. – 307с.

**Т.И. Тамм,
С.Г. Белов,
И.Н. Мамонтов,
А.Я. Бардюк,
К.А. Крамаренко,
В.В. Непомнящий**

*Харьковская медицинская академия последипломного образования
кафедра хирургии и проктологии*

Ключевые слова: острый панкреатит, синдром системной воспалительной реакции, пункция, оперативное лечение

Key words: acute pancreatitis, systemic inflammatory response syndrome, percutaneous drainage, surgical treatment

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Резюме. Проведено порівняльне вивчення результатів лікування 143 хворих на гострий панкреатит різної етіології. В основній групі (75 хворих) хірургічне лікування здійснювалося на підставі даних інструментального дослідження (УЗІ, КТ) з врахуванням проявів системної запальної реакції. Пункції виконували хворим з рідинними скупченнями й синдромом системної запальної реакції. Оперували лише за наявності секвестрів або гнійних ускладнень. У групі порівняння (68 хворих) пункції виконували при всіх рідинних скупченнях; показанням для операції було також погіршення стану хворого (збереження синдрому системної запальної реакції) без врахування особливостей місцевих змін у залозі. В основній групі відзначено зниження післяопераційної летальності, кількості релапаротомій і частоти післяопераційних ускладнень.

Summary. The paper compares the results of two approaches in surgical treatment of 143 patients with acute pancreatitis of different etiology. Basing on instrumental study (US, CT) in the study group (75 patients) percutaneous drainage of fluid collections was performed in patients with systemic inflammatory response syndrome, surgical treatment - only in case of sequestrums or septic complications. In the comparison group (68 patients) percutaneous drainage was performed in all patients with fluid collections; surgery was used after failure of conservative therapy, development of degenerative and septic complications. In the study group a lowered total and postoperative mortality, number of relaparotomy and postoperative complications was noted.

В последние десятилетия заболеваемость острым панкреатитом (ОП) неуклонно возрастает [4,8-11,16,20]. На сегодняшний день ОП занимает 3-е место в структуре ургентной абдоминальной патологии, уступая лишь острому аппендициту и холециститу [4,8,9]. В 60-90% случаях развивается нетяжелый ОП, требующий минимальной поддерживающей терапии [1-3,6,8,9,12,14,16,19,20,22]. У 10-40% больных развиваются системные или местные осложнения, что соответствует тяжелому ОП [1-6,8-11,14,15,19-22]. В течении ОП выделяют две фазы – фаза развития панкреонекроза и фаза присоединения гнойных осложнений [14,16,17-19,21]. В каждой из них возможно развитие синдрома системной воспалительной реакции (ССВР), которая в последующем приводит к полиорганной недостаточности [9,12, 17-19,21].

Наличие секвестрации жидкости у больных тяжелым ОП, возникающее в начальной фазе заболевания, может являться источником ССВР [3,5,6,12,21]. В этой связи возникает необходимость в удалении жидкостных скоплений в более

ранние сроки, а иногда и в первые сутки заболевания. Однако среди хирургов нет единого мнения в отношении выбора сроков и метода эвакуации воспалительного экссудата у больных ОП. Одни авторы предлагают чрезкожные пункции под контролем УЗИ или КТ, другие – лапароскопические вмешательства. Дискутабельным также остается вопрос выбора сроков и объема открытых вмешательств [3,5,10,17,22].

Целью исследования является улучшение результатов лечения больных ОП путем определения объективных критериев, которые послужат показанием для выбора сроков и объема хирургического лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Были проанализированы результаты лечения 143 больных острым панкреатитом. Мужчин было 90 (63%), женщин – 53 (37%). Возраст больных был от 19 до 83 лет и в среднем составил $49,98 \pm 1,5$. Основными причинами заболевания были алиментарный фактор у 69 (48,2%) больных и желчнокаменная болезнь – у 53

(37,1%) больных. В 21(14,7%) случае достоверно причину заболевания установить не удалось.

Все больные разделены на две группы. Основную группу составили 75 больных, у которых наличие жидкостных скоплений с проявлениями ССВР было показанием для их дренирования под контролем УЗИ. При наличии скоплений и отсутствии ССВР продолжали консервативное лечение. В случаях развития ССВР, но отсутствии жидкостных скоплений, продолжали интенсивную консервативную терапию. При переходе воспалительного процесса в фазу появления секвестров или гнойных очагов больным выполняли открытые вмешательства.

В группу сравнения вошли 68 пациентов, которым осуществляли дренирование всех жидкостных скоплений независимо от наличия ССВР. Показанием к открытому вмешательству служили не только появление секвестров и гнойных осложнений, но и сохранение ССВР, на фоне проводимой терапии.

Исследуемые группы больных были однородными по полу, возрасту, причине и тяжести заболевания, а также количеству сопутствующей патологии ($p>0,05$).

Наряду с общеклиническим обследованием больным ОП выполняли ультразвуковой мониторинг. При неинформативности УЗИ, а также для уточнения взаимоотношения жидкостных скоплений с магистральными сосудами использовали компьютерную томографию (КТ).

Больные ОП получали консервативную тера-

пию, включающую коррекцию водноэлектролитных нарушений, адекватное обезболивание, препараты, подавляющие экзокринную функцию ПЖ (октрестатин, 5-фторурацил), спазмолитики, дезагреганты и др. Антибактериальную терапию начинали с 3-5 суток у больных ОП алиментарного генеза, а при ОП билиарного генеза – с первого дня. Препаратами выбора были цефалоспорины 3-4 поколений, фторхинолоны в сочетании с метронидазолом. У больных с панкреатитом билиарного генеза и нарушением пассажа желчи в течение первых суток после госпитализации проводили папиллоскопию, и, при необходимости, вмешательства на большом сосочке двенадцатиперстной кишки.

Синдром системной воспалительной реакции оценивали по наличию ≥ 2 признаков из следующих: температура тела $>38^{\circ}\text{C}$ или $<36^{\circ}\text{C}$; ЧСС >90 уд./мин.; ЧДД >20 или гиповентиляция ($\text{PaCO}_2 <32$ мм рт.ст.); лейкоциты крови $>12 \cdot 10^9$ или $<4 \cdot 10^9$, или наличие незрелых форм $>10\%$ [10].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Тяжелая форма ОП была у 38 (50,7%) больных основной группы и у 37 (54,4%) больных группы сравнения. Критерием оценки тяжести ОП явилось развитие системных и наличие местных осложнений.

Необходимость использования хирургических вмешательств в основной группе возникла у 30 (40,0%) больных и у 29 (42,7%) – в группе сравнения (табл.).

Характер лечения и вид вмешательств у больных острым панкреатитом

Вид вмешательства	Основная группа, n=75	Группа сравнения, n=68
Только консервативное лечение	45 (60%)	37 (54,4%)
Пункция под контролем УЗИ	6(8%)	11(16,2%)
Пункция под контролем УЗИ + некрсеквестрэктомия	7(9,3%)	3(4,4%)
Пункция под контролем УЗИ + вскрытие абсцесса, некрсеквестрэктомия	5(6,7%)	1(1,5%)
Пункция под контролем УЗИ + вскрытие абсцесса	2(2,7%)	3(4,4%)
Некрсеквестрэктомия	10(13,3%)	13(19,1%)
Всего	75(100%)	68(100%)

Наличие секвестрированной жидкости обнаружено у 36 больных основной группы. Из них в 9 случаях жидкостные скопления не сопровождались развитием ССВР. Под воздействием консервативной терапии уменьшение количества

жидкости происходило со 2 суток и полностью исчезло у 6 больных на 5-7 суток.

Пункция жидкостных скоплений у больных с наличием ССВР в основной группе выполнена в 20 случаях. Из них в 17 случаях эвакуация

жидкости позволила снять явления ССВР. У 4 больных, с отсутствием цитологических и бактериологических признаков инфицирования полученной жидкости, пункционное дренирование являлось единственным хирургическим вмешательством.

Исследование воспалительного экссудата, полученного во время пункции, позволило выявить признаки гнойного воспаления в 9 случаях. Подтверждением этому явилось наличие в пунктате большого количества скоплений лейкоцитов. Из 9 больных у 2 пункция абсцесса с местным лечением раствором октенисепта привела к выздоровлению; в 7 случаях в последующем были выполнены открытые вмешательства.

У 3 больных с отсутствием улучшения после пункции продолжали интенсивное консервативное лечение. Появление при УЗИ или КТ секвестров или развитие гнойных осложнений, что было выявлено при повторной пункции, явились показаниями к открытым вмешательствам.

В 10 случаях в связи с появлением секвестров было выполнено открытое вмешательство без предшествующей пункции.

В группе сравнения пункционное дренирование жидкостных скоплений выполнено у 18 больных (26,5%). Из них у 11 (61,1%) пункция являлась единственным хирургическим вмешательством. Гнойные очаги обнаружены во время пункции у 6 больных. Из них открытое вмешательство выполнено 5 больным. У одного пациента адекватное лечение панкреатогенного абсцесса было достигнуто при помощи пункции под контролем УЗИ с последующим промыванием гнойной полости октенисептом.

Открытые вмешательства ввиду ухудшения состояния и сохранения ССВР, несмотря на проводимое консервативное лечение, были выполнены в 9 случаях. У 5 больных операция принята в связи с появлением секвестров, среди них у двух больных операции предшествовало пункционное дренирование жидкостных скоплений.

Среди больных тяжелым ОП консервативное лечение, без хирургических вмешательств, проведено у 8 (21,1%) больных основной группы и у 8 (22%) больных группы сравнения. Из них в основной группе умер один пациент, а в группе сравнения – 3 больных. Во всех случаях летальный исход наступил в течение первых 2-3 суток заболевания и был связан с эндогенной интоксикацией и полиорганной недостаточностью. По данным визуализирующих методов исследования (УЗИ, КТ), в этих случаях жидкостных скоп-

лений и секвестров обнаружено не было, что было подтверждено результатами аутопсии. Во всех случаях отмечен обширный панкреонекроз с поражением забрюшинной клетчатки. Непосредственной причиной смерти в 3 случаях послужила интоксикационная кардиомиопатия и в одном – отек головного мозга.

У 4-х из 24 (16,67%) оперированных больных основной группы зафиксирован летальный исход. В группе сравнения - у 5-х из 20 (25%) – на 8,33% больше. Повторные вмешательства в основной группе выполнялись у 5-х из 24-х больных (20,83 %), а в группе сравнения на 9,17% чаще (у 6-х их 20-ти больных; 30%). Однако эти различия не носили достоверный характер.

Достоверные отличия между группами выявлены в отношении повторных релапаротомий. При этом, если в основной группе эта необходимость в повторной релапаротомии возникла в одном случае из 5-ти (20%), то в группе сравнения - в 2,5 раза чаще – у 3-х больных из 6-ти (50%; $p < 0,05$).

Различия в частоте повторных операций и их количестве могут объясняться тем, что в группе сравнения у части больных показанием для оперативного вмешательства было сохранение ССВР, несмотря на проводимое лечение до появления секвестров. Это создавало предпосылки для неадекватной некрэктомии и дополнительной травматизации потенциально здоровых тканей.

Анализ частоты послеоперационных осложнений показал, что в основной группе (16,67%) они были в два раза реже, чем в группе сравнения (35%). Однако эти различия не достигали порога достоверности ($p > 0,05$). Более высокое число послеоперационных осложнений в группе сравнения можно объяснить большим количеством больных, подвергшихся повторным вмешательствам.

Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о том, что лечебная тактика, используемая у больных основной группы, выявила существенные преимущества по сравнению с тактикой, использованной в группе сравнения при лечении больных тяжелым ОП.

Дренирование жидкостных скоплений у больных ОП необходимо выполнять в первые сутки при наличии системной воспалительной реакции. В этих случаях пункция преследует две цели: лечебную – удаление субстрата, поддерживающего системную воспалительную реакцию, и диагностическую – исследование пунктата позволяет диагностировать наличие гнойных очагов.

Операции у больных ОП, выполняемые в связи с ухудшением состояния без признаков секвестрирования некротизированной ткани, как правило, сопровождаются большим количеством повторных вмешательств и послеоперационных осложнений. Адекватная некрсеквестрэктомия у пациентов с осложненным ОП является залогом успеха лечения этой тяжелой категории больных.

ВЫВОДЫ

1. Выбор объема, метода и срока хирургического лечения у больных ОП определяется

местными изменениями в ПЖ и окружающих тканях с учетом наличия ССВР.

2. Пункционное дренирование жидкостных скоплений при ССВР у больных ОП позволяет уменьшить проявления системной воспалительной реакции и своевременно определить наличие гнойных осложнений.

3. Оперативное вмешательство, выполненное в адекватном объеме в фазе сформированных секвестров, позволяет уменьшить число повторных вмешательств и послеоперационных осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Березницький Я.С. Лікувальна тактика при важкій формі гострого панкреатиту та її результати / Я.С. Березницький, Н.А. Яльченко, М.А. Кутовий // Хірургія України. – 2005. – №3. – С. 17-19.
2. Воронов А.Н. Опыт лечения осложненных форм панкреонекроза / А.Н. Воронов, Н.И. Стаценко // Укр. журнал хірургії. – 2009. – №2. – С. 35-37.
3. Дзюбановський І.Я. Діагностика і лікування панкреатогенного панкреатиту / І.Я. Дзюбановський, Р.В. Свистун, К.Г. Луговий // Клініч. анатомія та оперативна хірургія. – 2007. – №3. – С. 72-74.
4. Диагностика и хирургическое лечение панкреонекроза / Э.И. Гальперин, Т.Г. Дюжева, К.В. Докучаев [и др.] // Хирургия. – 2003. – №3. – С. 50-54.
5. Застосування пункційно-дренуючих втручань під ультразвуковим контролем в лікуванні гострого некротичного панкреатиту / О.І. Дронов, І.О. Ковальська, С.І. Пахолук [та ін.] // Укр. журнал хірургії. – 2009. – №5. – С. 87-89.
6. Кондратенко П.Г. Лікувальна тактика у хворих на гострий панкреатит / П.Г. Кондратенко, О.О. Васильєв // Львів. мед. часопис. – 2006 – №1 – С. 41-44.
7. Конькова М.В. Пункционно-дренирующие операции при осложненных формах панкреонекроза / М.В. Конькова, Н.Л. Смирнов, А.А. Юдин // Харків. хірургічна школа – 2007. – №4. – С. 121-124.
8. Нестеренко Ю.А. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита / Ю.А. Нестеренко, В.В. Лаптев, С.В. Михайлуков. – М.: БИНОМ, 2004. – 304 с.
9. Пугаев А.В. Острый панкреатит / А.В. Пугаев, Е.Е. Ачкасов. – М.: ПРОФИЛЬ, 2007. – 336 с.
10. Результати впровадження сучасної тактики лікування хворих на гострий панкреатит / В.І. Десятерик, В.В. Шаповалюк, С.П. Міхно [та ін.] // Харків. хірургічна школа – 2007. – №4. – С. 68-69.
11. Хірургічне лікування гострого некротичного панкреатиту / В.М. Копчак, І.В. Хомяк, О.В. Дувалко, К.В. Копчак // Клініч. хірургія. – 2006. – № 11-12 С. 18-19.
12. Чуклін С.М. Панкреатогенний асцит, парапанкреатичні скупчення рідини і органа дисфункція у хворих на гострий панкреатит / С.М. Чуклін, Т.М. Іванків, О.Б. Гранат // Укр. журнал хірургії. – 2009. – №5. – С. 162-166.
13. CT-guided aspiration of suspected pancreatic infection: bacteriology and clinical outcome / P.A. Banks, S.G. Gerzof, R.E. Langevin [et al.] // Int. J. Pancreatol. – 1995. – N18. – С. 265-270.
14. Incidence and reversibility of organ failure in the course of sterile or infected necrotizing pancreatitis / J. Le Mee, F. Paye, A. Sauvanet [et al.] // Arch. Surg. – 2001. – Vol. 136. – P. 1386-1390.
15. Isenmann R. Bacterial infection and extent of necrosis are determinants of organ failure in patients with acute necrotizing pancreatitis / R. Isenmann, B. Rau, H.G. Beger // Br. J. Surg. – 1999. – Vol. 86. – P. 1020-1024.
16. Isenmann R Natural history of acute pancreatitis and the role of infection / R. Isenmann, H.G. Beger // Baillieres Best Pract Res Clin Gastroenterol. – 1999. – N 13. – P. 291-301.
17. Percutaneous CT-guided catheter drainage of infected acute necrotizing pancreatitis / P.C. Freeny, E. Hauptmann, S.J. Altbau [et al.] // Am. J. Roentgenol. – 1998. – Vol. 170. – P. 969-975.
18. Septic complication of acute pancreatitis / A. Mifkovic, D. Pindak, I. Daniel [et al.] // Bratisl Lek Listy. – 2006. – Vol. 107, N 8. – P. 296-313.
19. Surgical management of acute necrotizing Pancreatitis: a 13-year experience and a Systematic Review / V.B. Neiuwenhuijs, M.G.H. Besselink, L.P. van Minnen [et al.] – 2003. – Vol. 239. – P. 111-116.
20. Surgical Treatment of Severe Acute Pancreatitis: Timing of Operation is Crucial for Survival / P. Gotzinger, P. Wamser, R. Exner [et al.] // Surg Infect. – 2004. – Vol. 4, N 2. – P. 205-211.
21. The lethal toxicity of pancreatic ascites fluid in severe acute necrotizing pancreatitis. Hepato-Gastroenterology / M. Sugimoto, T. Takada, H. Yasuda [et al.] // – 2006. – Vol. 53. – P. 442-446.
22. Werner J. Managment of Acute Pancreatitis: From Surgery to Interventional Intensive Care / J. Werner, S. Feuerbach, W. Uhl, M.W. Buchler // Gut. – 2005. – N 54. – P. 426-436.

**П.Г. Кондратенко,
И.В. Ширшов,
Е.Д. Быстрова**

ЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО НЕБИЛИАРНОГО ИНФИЦИРОВАННОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: *острый небилиарный инфицированный некротический панкреатит, этапное хирургическое лечение*
Key words: *acute nonbiliary infected necrotizing pancreatitis, staged surgical treatment*

Резюме. Проанализованы результаты хирургического лечения 206 пациентов с острым небилиарным инфицированным некротическим панкреатитом у віці від 18 до 82 років. Встановлено, що операцією вибору при розлитому гнійному перитоніті є середина лапаротомія, санація та адекватне дренирування черевної порожнини, в т.ч. сальникової сумки й заочеревинної клітковини, лапаростомія з подальшим виконанням програмованих санацій черевної порожнини. Операцією вибору при абсцесі підшлункової залози та/або сальникової сумки, а також флегмоні заочеревинної клітковини у вигляді невідмежованого рідинного скупчення, що містить як гній, так і некротизовані тканини (детрит, дрібні секвестри), є пункційно-дренуючі хирургічні втручання під контролем ультразвуку. При флегмоні заочеревинної клітковини у вигляді гнійного розповсюдження на клітинні простори за типом «сот», перевагу слід віддавати безпосереднім хирургічним втручанням на підшлунковій залозі й заочеревинної клітковині з мінідostępів (позаочеревинний доступ). Для видалення секвестрів досить великих розмірів, розташованих в ділянці тіла і хвоста підшлункової залози, доцільне застосування люмботомії, а в ділянці головки підшлункової залози – лапаротомії, оментобурсостомії. Встановлено, що у більшості пацієнтів (79,2%) для лікування гострого інфікованого некротичного панкреатиту достатнім виявилось застосування одного оперативного втручання, проте у 20,8% пацієнтів виникла необхідність застосування етапної тактики хирургічного лікування. Застосування такої тактики лікування дозволило знизити післяопераційну летальність з 27,2% до 11,2%.

Summary. The results of surgical treatment of 206 patients with acute nonbiliary infected necrotizing pancreatitis were analyzed. It was found that the operation of choice at diffuse purulent peritonitis is median laparotomy with lavaging and adequate draining of abdominal cavity (including omental bursa and retroperitoneal fat) and laparostomy with further lavaging of the abdominal cavity by program. Puncture-draining surgery under ultrasound control is the operation of choice for abscesses of the pancreas and/or omental bursa and phlegmon of retroperitoneal fat as liquid formation with pus and necrotic tissues (detritus, small sequestrers). Surgical procedures from minimal approaches (extraperitoneal approach) directly on pancreas and retroperitoneal fatty are preferred for retroperitoneal phlegmon with purulent impregnation of cellular spaces like «pus cells». Lumbotomy is advisable for removing of sufficiently large sequestrers around the body and the tail of pancreas, and laparotomy with omentobursostomy – for sequestrers around of pancreatic head. It was found that in majority of patients (79,2%) single surgical procedure was sufficient, for treatment of the acute infected necrotizing pancreatitis but 20,8% of patients required staged surgical treatment. The application of this treatment strategy enabled to reduce postoperative lethality from 27,2 to 11,2%.

Острый панкреатит относится к наиболее распространенным острым хирургическим заболеваниям органов брюшной полости, уступая по частоте лишь острому аппендициту. Наибольшие сложности представляет лечение острого инфицированного некротического панкреатита,

летальность при котором достигает 50-70%. Рост числа больных, в большинстве своем молодого и работоспособного возраста, высокая летальность и обуславливает актуальность проблемы лечения данной патологии [1, 2, 5, 7].

Дискуссионными и не до конца решенными являются вопросы хирургической тактики, объема оперативного пособия, медикаментозной и нутритивной поддержки на этапах лечения инфицированного панкреонекроза [3, 4, 8].

Острый инфицированный некротический панкреатит проявляется в основном образованием постнекротических инфицированных панкреатических и парапанкреатических жидкостных скоплений в сальниковой сумке (абсцесс поджелудочной железы или сальниковой сумки), в забрюшинной клетчатке (флегмона забрюшинной клетчатки – парапанкреальной, паракольной, паранефральной, тазовой) и отграниченных инфицированных участков некротизированной паренхимы поджелудочной железы и/или забрюшинной клетчатки (секвестры), которые возникают в результате инфицирования (эндогенной транслокации микроорганизмов) острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в сальниковой сумке (оментобурсит) и забрюшинной клетчатке (парапанкреальной, паракольной, паранефральной, тазовой) [1,2,6,9,10].

Распространенность некроза поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки, характеристика гнойно-некротического очага (соотношение гнойно-экссудативного компонента и некротических масс, гнойное пропитывание клетчаточных пространств по типу «сот»), клиническая форма (абсцесс, флегмона, гнойный перитонит), определяют многообразие хирургической тактики. Целью хирургического лечения гнойных осложнений некротического панкреатита является адекватная санация очага инфекции (постнекротических инфицированных панкреатических и/или парапанкреатических жидкостных скоплений), в т.ч. некротизированных участков поджелудочной железы и/или забрюшинной клетчатки (секвестры, детрит), из сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки [2-5].

Разнообразие гнойно-некротического поражения поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки, различная распространенность воспалительного процесса, тяжесть состояния пациентов диктуют необходимость разработки показаний к этапному лечению острого инфицированного некротического панкреатита, которое, по мнению ряда исследователей, и определяет эффективность всего комплекса лечебных мероприятий [2, 4, 6, 7].

В связи с этим целью данного исследования явилось совершенствование этапного лечения пациентов с острым небилиарным инфицированным некротическим панкреатитом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

С 2000 по 2011 год в клинике хирургии Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького на базе городской клинической больницы №16 г. Донецка прооперировано 206 пациентов по поводу острого небилиарного инфицированного некротического панкреатита. Причинами его явились: одностороннее питание (избыточный прием преимущественно жирной пищи) – у 119 (57,8%) больных и прием алкоголя (алкогольный эксцесс) или его суррогатов – у 87 (42,2%). Все пациенты после поступления были госпитализированы в отделение интенсивной терапии в связи с тяжелым течением заболевания, критерием которого явились: наличие у больного 8 и более баллов по шкале АРАСНЕ II, а также 2 и более признаков синдрома системного воспалительного ответа.

Мужчин было 127 (61,7%), женщин – 79 (38,3%). Возраст пациентов колебался от 18 до 82 лет, в т.ч. пациенты в возрасте до 50 лет составили 55%. Длительность заболевания до 24 ч. отмечена у 71 (34,4%) больного, от 25 до 72 ч. – у 43 (20,9%), более 72 ч. – у 92 (44,7%).

Ограниченный некроз поджелудочной железы (менее 30% некроза паренхимы поджелудочной железы) выявлен у 20 (9,7%) пациентов, распространенный (от 30% до 50% некроза паренхимы поджелудочной железы) – у 127 (61,7%) пациентов, субтотально-тотальный (более 50% некроза паренхимы поджелудочной железы) – у 59 (28,6%).

Верификация форм и осложнений инфицированного некротического панкреатита осуществлялась на основании клинических, лабораторных и сонографических данных, включая бактериологическое исследование материала, полученного во время хирургического вмешательства.

Постнекротические инфицированные панкреатические и парапанкреатические жидкостные скопления в сальниковой сумке (инфицированная острая псевдокиста, абсцесс поджелудочной железы или сальниковой сумки) и забрюшинной клетчатке (флегмона забрюшинной клетчатки) выявлены у 101 (49%) и 71 (34,5%) пациентов соответственно, а их сочетание – у 12 (5,8%).

Разлитой гнойный перитонит отмечен у 22 (10,7%) пациентов, источником которого у 6 (27,3%) пациентов явилась флегмона забрюшинной клетчатки с вовлечением в воспалительный процесс париетальной брюшины, у 15 (68,2%) – вскрывшийся в брюшную полость абсцесс поджелудочной железы или сальниковой сумки и у 1 (4,5%) – вскрывшийся в брюшную полость меж-

петлевой абсцесс после дренирования брюшной полости по поводу ферментативного перитонита на начальном этапе лечения и чрезмерно длительного стояния дренажа (вторичное инфицирование).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Все пациенты с острым небилиарным инфицированным некротическим панкреатитом разделены на две группы в зависимости от тактики лечения.

Первую группу составил 81 пациент, находившийся на лечении в клинике с 2000 по 2005 г. В этой группе основным методом хирургического лечения острого инфицированного некротического панкреатита была лапаротомия, вскрытие и дренирование гнойника.

Во вторую группу включено 125 пациентов, находившихся на лечении в клинике с 2006 по 2011 г. В этой группе предпочтение отдавали миниинвазивным пункционно-дренирующим хирургическим вмешательствам под контролем ультразвука, непосредственным хирургическим вмешательствам на поджелудочной железе из минидоступов (внебрюшинный доступ) при флегмоне забрюшинной клетчатки и отграниченных участках некротизированной паренхимы поджелудочной железы и/или забрюшинной клетчатки (секвестрах) – при расположении секвестров в области тела и хвоста поджелудочной железы и лапаротомии, оментобурсостомии – при необходимости удаления секвестров больших размеров, расположенных в области головки поджелудочной железы.

При этом во второй группе выделено две подгруппы: в первую вошло 99 пациентов, у которых хирургическое вмешательство выполнялось в один этап, во вторую – 26 пациентов, у которых в связи особенностями распространения и течения воспалительного процесса мы вынуждены были сочетать применение различных оперативных вмешательств (этапное хирургическое лечение).

В первой группе по поводу разлитого гнойного перитонита оперировано 12 пациентов, умерли – 6, летальность составила 50%. По поводу абсцесса поджелудочной железы и/или сальниковой сумки оперировано 28 пациентов, умерли – 2, летальность составила 7,1%. По поводу флегмоны забрюшинной клетчатки хирургические вмешательства выполнены 36 пациентам, умерли – 11, летальность составила 30,6%. По поводу сочетания абсцесса поджелудочной железы и/или сальниковой сумки и флегмоны забрюшинной клетчатки оперировано

5 пациентов, умерли – 3, летальность составила 60%.

Таким образом, в первой группе пациентов послеоперационная летальность составила 27,2% (умерли 22 пациента). Причиной смерти у 21 пациента явился сепсис и полиорганная недостаточность, а у 1 – множественные кишечные свищи на фоне сепсиса.

В первой подгруппе второй группы 72 пациента оперированы по поводу абсцесса поджелудочной железы и/или сальниковой сумки. Миниинвазивные пункционно-дренирующие хирургические вмешательства под контролем ультразвука выполнены 70 пациентам, умерли 2, летальность составила 2,9%. Лапаротомия, некрсеквестрэктомия и оментобурсостомия выполнены 2 пациентам без летальных исходов. По поводу флегмоны забрюшинной клетчатки оперировано 27 пациентов. Пункционно-дренирующие хирургические вмешательства под контролем ультразвука выполнены 11 пациентам, умерли 2, летальность составила 18,2%. Люмботомия и дренирование забрюшинной клетчатки произведена 16 пациентам, умерли 2, летальность составила 12,5%.

В целом в первой подгруппе летальность составила 6,1% (умерли 6 пациентов). Причиной смерти у 5 пациентов явился сепсис и полиорганная недостаточность и у 1 – тромбоэмболия легочной артерии.

Во второй подгруппе 10 пациентам по поводу разлитого гнойного перитонита выполнена лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости, лапаростомия с последующими программированными санациями брюшной полости. После операции умерли 4 пациента, летальность составила 40%. По поводу абсцесса поджелудочной железы и/или сальниковой сумки 1 пациенту на первом этапе лечения выполнена пункция и дренирование гнойника под контролем ультразвука. В дальнейшем в связи с необходимостью удаления секвестра достаточно больших размеров, располагающегося в области головки поджелудочной железы, выполнена лапаротомия, некрсеквестрэктомия, оментобурсостомия. По поводу флегмоны забрюшинной клетчатки оперировано 8 пациентов. На первом этапе лечения пункция и дренирование гнойника под ультразвуковым контролем выполнена 7 пациентам. В связи с дальнейшим распространением флегмоны забрюшинной клетчатки в виде «гнойных сот» 3 пациентам выполнено вскрытие и дренирование флегмоны поясничным (внебрюшинным) доступом. Образование отграниченных участков некротизированной

(инфицированной) паренхимы поджелудочной железы и/или забрюшинной клетчатки (секвестров) достаточно больших размеров потребовало выполнения у 2 пациентов люмботомии, некрсеквестрэктомии (при локализации секвестров в области тела и хвоста поджелудочной железы) и у 2 пациентов – лапаротомии, некрсеквестрэктомии и оментобурсостомии (при локализации секвестров в области головки поджелудочной железы). У 1 пациента на первом этапе лечения выполнено вскрытие и дренирование флегмоны забрюшинной клетчатки поясничным (внебрюшинным) доступом. В дальнейшем, в связи с формированием секвестра достаточно больших размеров в области головки поджелудочной железы ему выполнена лапаротомия, некрсеквестрэктомия и оментобурсостомия. После операции умер 1 пациент, летальность составила 12,5%. По поводу сочетания абсцесса поджелудочной железы и/или сальниковой сумки и флегмоны забрюшинной клетчатки оперировано 7 пациентов. На первом этапе выполняли пункционно-дренирующие хирургические вмешательства под контролем ультразвука по поводу абсцесса с последующими (в более поздние сроки) внебрюшинными хирургическими вмешательствами на забрюшинной клетчатке (люмботомия, некрсеквестрэктомия, дренирование забрюшинной клетчатки). Кроме того, у 1 пациента третьим этапом выполнена лапаротомия с целью удаления секвестров больших размеров, располагающихся в области головки поджелудочной железы. После операций умерли 3 пациента, летальность составила 42,9%. Данная категория пациентов является наиболее тяжелой и требует как активной хирургической тактики, так и адекватной интенсивной терапии.

В целом во второй подгруппе летальность составила 30,6% (умерли 8 пациентов). Причинами смерти у 7 пациентов явился сепсис и полиорганная недостаточность, а у 1 – кровотечение из аррозивной селезеночной артерии.

Анализ приведенных данных свидетельствует о том, что наиболее высокие показатели летальности отмечены у пациентов, у которых в качестве основного хирургического пособия при остром инфицированном некротическом панкреатите применялась лапаротомия, вскрытие и дренирование гнояника.

Установлено, что при разлитом гнойном перитоните несколько более эффективным оказалось применение лапаростомии с программированными санациями брюшной полости. Кроме того, при желчной гипертензии целесообразно наложение наружной холецистос-

томы, а при признаках высокой кишечной непроходимости, обусловленной выраженным парапанкреатическим инфильтратом, распространяющимся на брыжейку ободочной и тонкой кишок, – питательной энтеростомы.

При абсцессах поджелудочной железы и/или сальниковой сумки, а также флегмоне забрюшинной клетчатки в виде неотграниченного жидкостного образования, содержащего как гной, так и некротизированные ткани (детрит, мелкие секвестры), достаточно эффективными являются пункционно-дренирующие хирургические вмешательства под контролем ультразвука. Чрездренажная санация гнойной полости растворами антисептиков в большинстве случаев позволяет «размыть» и в последующем удалить через дренажные трубки мелкие секвестры (чрездренажная секвестрэктомия).

При флегмоне забрюшинной клетчатки в виде гнойного пропитывания клетчаточных пространств по типу «сот» применение пункционно-дренирующих хирургических вмешательств под контролем ультразвука недостаточно эффективно. В связи с этим у данной категории пациентов целесообразно применять непосредственные хирургические вмешательства на поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке из минидоступов (внебрюшинного доступа).

При наличии секвестров достаточно больших размеров, располагающихся в области тела и хвоста поджелудочной железы, предпочтение следует отдавать люмботомии, а в области головки поджелудочной железы – лапаротомии, оментобурсостомии.

У большинства пациентов (79,2%) для лечения острого инфицированного некротического панкреатита достаточным оказалось применение одного оперативного вмешательства, однако у 20,8% пациентов возникла необходимость применения этапной тактики хирургического лечения.

Применение данной тактики лечения позволило снизить послеоперационную летальность с 27,2% в первой группе до 11,2% во второй, в т.ч. в первой подгруппе она составила 6,1%, а во второй – 30,8%.

ВЫВОДЫ

1. Операцией выбора при разлитом гнойном перитоните является срединная лапаротомия, санация и адекватное дренирование брюшной полости, в т.ч. сальниковой сумки (при абсцессе сальниковой сумки) и забрюшинной клетчатки (при флегмоне забрюшинной клетчатки), лапа-

ростомия с последующим выполнением программных санаций брюшной полости.

2. Операцией выбора при абсцессах поджелудочной железы и/или сальниковой сумки, а также флегмоне забрюшинной клетчатки в виде неотграниченного жидкостного образования, содержащего как гной, так и некротизированные ткани (детрит, мелкие секвестры), являются пункционно-дренирующие хирургические вмешательства под контролем ультразвука.

3. При флегмоне забрюшинной клетчатки в виде гнойного пропитывания клетчаточных про-

странств по типу «сот» предпочтение следует отдавать непосредственным хирургическим вмешательствам на поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке из минидоступов (внебрюшинный доступ).

4. Для удаления секвестров достаточно больших размеров, располагающихся в области тела и хвоста поджелудочной железы, целесообразно применение люмботомии, а в области головки поджелудочной железы – лапаротомии, оментобурсостомии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бойко В.В. Этапное хирургическое лечение больных некротическим панкреатитом в фазе гнойных осложнений / В.В. Бойков, А.М. Тищенко, Ю.В. Иванова // Укр. журнал хірургії. – 2011. – № 2. – С. 98-102.

2. Дронов О.І. Особливості застосування динамічної лапароскопії та етапної некретомії заочеревинного простору у хворих, оперованих з приводу гострого некротичного панкреатиту / О.І. Дронов // Клініч. хірургія. – 2009. – № 7-8. – С. 21-22.

3. Кебало А.Б. Синдром кишкової недостатності при некротичному панкреатиті / А.Б. Кебало // Шпитальна хірургія. – 2010. – № 2. – С. 10-13.

4. Криворучко И.А. Хирургическое лечение вторичной панкреатической инфекции / И.А. Криворучко, С.Н. Тесленко // Клініч. хірургія. – 2008. – № 4-5. – С. 51.

5. Ничитайло М.Ю. Панкреонекроз. Профілактика інфікування та лікування інфекційних ускладнень / М.Ю. Ничитайло, О.П. Кондратюк, Ю.В. Снопко // Укр. журнал хірургії. – 2009. – № 4. – С. 104-108.

6. Свищи желудочно-кишечного тракта при панкреонекрозе / В.И. Белоконев, М.В. Катасонов, В.А. Качанов, В.М. Катасонов // Хирургия. – 2009. – № 3. – С. 61-64.

7. Хом'як І.В. Хірургічне лікування гострого некротичного панкреатиту. Сучасний стан проблеми / І.В. Хом'як // Клініч. хірургія. – 2009. – № 3. – С. 57-59.

8. Acute pancreatitis occurring in gastric aberrant pancreas treated with surgery and proved by histological examination / S. Hirasaki, M. Tanimizu, T. Moriwaki [et al.] // Intern. Med. – 2005. – Vol. 44, N 11. – P. 1169-1173.

9. Early antibiotic treatment for severe acute necrotizing pancreatitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled study / E.P. Dellinger, J.M. Tellado, N.E. Soto [et al.] // Ann. Surg. – 2007. – Vol. 245. – P. 674-683.

10. Surgical management of acute necrotizing pancreatitis: a 13-year experience and a systematic review / V.B. Nieuwenhuijs, M.G. Besselink, L.P. van Minnen [et al.] // Scand. J. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 239. – P. 111-116.



УДК 616.37-002.3/4-072.1-089

**В.В. Бойко,
Е.В. Мушенко,
А.М. Тищенко,
Р.М. Смачило,
Ю.В. Иванова,
Н.Н. Брицкая,
М.А. Клесова**

*ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины»
г. Харьков*

Ключевые слова: панкреонекроз, видеоскопические технологии, хирургическая тактика

Key words: pancreatic necrosis, videoscapy technologies surgical tactics

РОЛЬ ВИДЕОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЭТАПНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ В ФАЗЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Резюме. За період з 2007 по 2011 р. на базі відділення хірургії печінки і жовчовивідних шляхів та відділення хірургічних інфекцій ДУ «ІЗНХ НАМН України» перебували на лікуванні 50 хворих на панкреонекроз у фазі гнійних ускладнень. У роботі показано, що застосування відеоскопічних технологій є досить ефективним у лікуванні хворих на інфікований панкреонекроз, що дозволяє не тільки зробити візуальну оцінку

патологічних вогнищ, але й виконати повний комплекс санаційних і дренажних маніпуляцій як під час первинних, так і повторних оперативних втручань.

Summary. Over the period from 2007 till 2011 at the unit of surgery of liver and bile ducts and unit of surgical infections of SE of "IGES NAMS of Ukraine" 50 patients with pancreatic neurosis in the phase of purulent complications were treated. The purpose of the present work was to study possibilities of videoscropy technologies in surgical treatment of patients with pancreonecrosis in a phase of purulent complications. Thus, application of videoscropy technologies is effective enough, it allows not only to make a visual estimation of the pathological centers, but also to execute a full complex of sanation and drainage manipulations both during primary and repeated operative interventions.

Постоянно растущий уровень заболеваемости острым панкреатитом, частое развитие деструктивных форм его с высокой вероятностью инфицирования очагов некроза, а также неудовлетворительные результаты лечения заставляют хирургов совершенствовать методы хирургического лечения данного заболевания [1, 2]. В последние годы наметилась четкая тенденция к преимущественному использованию мининвазивных технологий в лечении больных некротическим панкреатитом в фазе гнойных осложнений [3]. При этом в настоящее время разрабатывается концепция этапного хирургического лечения указанной категории пациентов [4]. Вместе с тем, показания к выбору того или иного метода вмешательства до настоящего времени четко не сформулированы [5].

Целью настоящей работы явилось изучение возможностей видеоскопических технологий в этапном хирургическом лечении больных панкреонекрозом в фазе гнойных осложнений (ПНФГО).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

За период с 2007 по 2011 г. на базе отделения хирургии печени и желчевыводящих путей и отделения хирургических инфекций ГУ «ИОНХ НАМН Украины» находились на лечении 50 больных ПНФГО. Мужчин было 37 (74%), женщин – 13 (26%). Средний возраст больных составил $42,7 \pm 7,3$ года (варьировал от 18 до 79 лет), в возрасте до 60 лет было 35 пациентов (70%). Среди этиологических факторов преобладал алкогольный и алиментарный панкреатит, выявленный соответственно у 23 (46%) и 19 (38%) больных, реже встречался билиарный и идиопатический панкреатит – соответственно в 5 (10%) и 3 (6%) наблюдениях. Первичное инфицирование очагов некротической деструкции выявлено в 13 (26%) случаях, вторичное – у 37 (74%) пациентов. По распространенности преобладали субтотальные и тотальные формы поражения

поджелудочной железы, выявленные соответственно у 24 (48%) и 18 (36%) больных, в 8 (16%) наблюдениях отмечен крупноочаговый некроз. Тяжесть состояния больных, оцененная по шкале АРСНЕ II, не превышала 20 баллов у 39 больных (78%). Причем уровень прогнозируемой летальности не превышал 10% у 40% больных, при количестве баллов <10; и 10-22% у 38% пациентов, при количестве баллов ≥ 10 , но <20 по шкале АРСНЕ II. При количестве баллов ≥ 20 уровень прогнозируемой летальности был от 30% до 50%.

Всем больным при поступлении, а также в процессе лечения выполнялись общеклинические, биохимические, коагулологические исследования. С целью оценки состояния поджелудочной железы, брюшной полости, забрюшинных клетчаточных пространств, сальниковой сумки, а также в процессе динамического наблюдения проводились ультразвуковые исследования и/или компьютерная томография. При необходимости в послеоперационном периоде выполнялась фистулография.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ

Все больные были оперированы при установлении факта инфицирования очагов некротической деструкции, доказанного путем бактериологического исследования содержимого патологических очагов, полученного при тонкоигольной аспирации выпота [24 пациента (48%)], либо результатами положительного прокальцитонинового теста – набора "Прокальцитонин-ЛюмиТест®" (LUMI® test) производства компании «BRAHMS Diagnostica GmbH» (Германия) для количественного анализа [26 пациентов (52%)]. Характер выполненных первичных оперативных вмешательств в соответствии с классификацией А.Г. Бебурушвили и соавт. [6] представлен в таблице 1.

Характер первичных оперативных вмешательств, выполненных у больных ПНФГО

Характер оперативного вмешательства	Количество больных	
	абс.	%
<i>Монотехнологичные:</i>	41	82
Пункционно-дренирующие под УЗ-навигацией	19	38
Видеоскопические операции (лапаро- и люмбоскопические)	7	14
Операции из проекционного минидоступа под УЗ-контролем	12	24
«Полуоткрытые» операции	3	6
<i>Политехнологичные:</i>	9	18
Мануально-ассистированные (hand-, finger-assisted)	5	10
Видеоскопически дополненные	4	8
<i>Всего:</i>	50	100

При этом видеолaparоскопические операции выполнены у 7 пациентов (14%). Показаниями к выполнению данного типа операций считали наличие инфицированных жидкостных скоплений сальниковой сумки, парапанкреатической клетчатки, абсцессов поджелудочной железы, при неэффективности их санации после пункционно-дренирующих операций, наличие крупных секвестров, более 2 см, которые требовали установки дренажей большого диаметра, а также наличие признаков гнойного перитонита неясного генеза, когда диагностическая лапароскопия переходила в лечебное мероприятие. Лапароскопический метод, по нашему мнению, является методом выбора у данной тяжелой категории пациентов, позволяет получить необходимую визуальную оценку патологических очагов в брюшной полости, поджелудочной железе, сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке, произвести адекватную некрсеквестрэктомию, а также санацию и дренирование гнойных полостей. При преимущественном панкреатогенном поражении забрюшинной клетчатки возможно также выполнение видеолуэмоскопических операций, которые позволяют, на наш взгляд, произвести достаточную ревизию забрюшинной клетчатки с выполнением последующих необходимых лечебных манипуляций. Необходимо отметить, что использование люмбоскопических операций при гнойных осложнениях ПН препятствует микробной контаминации свободной брюшной полости, тем самым снижая вероятность развития гнойных осложнений в перитонеальном пространстве.

Однако необходимо отметить, что люмбоскопический доступ сопряжен с определенными трудностями, связанными с отсутствием свободного пространства в забрюшинном пространстве

даже при использовании ретропневмоперитонеума, что значительно затрудняет визуализацию. Эти трудности могут быть решены с помощью мануальной ассистенции (hand-, finger assistance), которая максимально полезна на этапе создания доступа. При этом основной этап, направленный на выполнение некрсеквестрэктомии, адекватной санации гнойников и правильное позиционирование дренажных конструкций, осуществляется преимущественно с помощью видеоскопических технологий. Данный тип оперативного лечения, как первый этап хирургического лечения, применен нами у 5 больных (10%).

Кроме того, при недостаточной визуализации патологических очагов, рядом расположенных органов и сосудов вследствие массивного спячного или инфильтративного процессов, недостаточного раскрытия раны операционными ретракторами вследствие больших размеров патологических полостей у больных, оперированных из минидоступа, для улучшения обзора и четкого контроля за проводимыми манипуляциями, а также для контроля эффективности санационных мероприятий нами были использованы видеоскопически дополненные операции. Данный тип хирургического пособия предусматривал мануальное выполнение основного оперативного приема из минидоступа с дополнительным видеоконтролем зоны операции, что было применено у 4 больных (8%).

Необходимость выполнения повторных оперативных вмешательств возникла у 25 (50%) больных, что связано с одновременным нагноением очагов некротической деструкции, отсутствием естественных тканевых барьеров в забрюшинной клетчатке, способных остановить распространение гнойно-некротического процесса, а

также отсутствием стремления к тотальному удалению всех нежизнеспособных тканей во время первого этапа хирургического лечения (табл. 2).

В послеоперационном периоде видеоскопические методики использовались у больных с целью динамического контроля за состоянием гнойно-некротических полостей. При этом у 6 пациентов (24%) видеоскопические операции выполнены как окончательный этап хирургического лечения. Динамическая лапаро- и ретроперитонеоскопия, на наш взгляд, является наиболее информативным способом послеопера-

ционного контроля, который позволяет не только оценить динамику изменения патологических полостей, но также дает возможность провести дополнительные санационные мероприятия и скорректировать позицию дренажных конструкций. При этом у ряда больных с извитым ходом дренажного канала выполнялось его выпрямление с помощью корнцанга, что было необходимо для введения лапароскопа. У больных, оперированных при помощи пункционно-дренирующих методик, послеоперационный видеоскопический контроль не выполнялся ввиду малого диаметра дренажного канала.

Таблица 2

Характеристика повторных хирургических вмешательств у пациентов основной группы

Оперативное вмешательство	Количество пациентов
Повторные пункционно-дренирующие вмешательства	11
Повторные видеоскопические операции	4
Видеоскопические вмешательства + дополнительные операции из минидоступа по УЗ-метке	3
Повторные вмешательства по УЗ-метке из минидоступа	4
Операции по УЗ-метке из минидоступа + пункционно-дренирующие вмешательства	1
Операции по УЗ-метке из минидоступа + дополнительная видеолумбоскопическая санация	2
Всего	25

Интраоперационные осложнения возникли у 3 (6%) больных, причем у пациентов, оперированных при помощи видеоскопических методик, интраоперационных осложнений отмечено не было. Послеоперационные осложнения выявлены у 23 (46%) пациентов, однако они не были связаны с применением миниинвазивных технологий, а возникали в результате особенностей течения заболевания. Наиболее грозными послеоперационными осложнениями явилось аррозивное кровотечение, возникшее у 2 (4%) больных, которое было остановлено с помощью рентгенэндоваскулярной окклюзии поврежденных сосудов спиралями Гиантурко и/или поролоновыми эмболами, а также поздняя полиорганная недостаточность, развившаяся у 8 (16%) пациентов. У больных, у которых использованы видеоскопические технологии, аррозивных кровотечений в послеоперационном периоде отмечено не было, полиорганная дисфункция воз-

никла в 3 (6%) наблюдениях. Общая летальность в группе составила 22% (умерло 11 больных), из них 2 (4%) умерли после видеоскопических операций.

Таким образом, применение видеоскопических технологий является достаточно эффективным лечением больных ПНФГО, позволяющим не только произвести визуальную оценку патологических очагов, но и выполнить полный комплекс санационных и дренирующих манипуляций как во время первичных, так и повторных оперативных вмешательств. Концепция этапной хирургической тактики подразумевает стабилизацию состояния пациента на первом этапе оперативного лечения, путем ликвидации основных гнойно-некротических очагов, что в дальнейшем дает возможность выполнить радикальное санационное вмешательство, что может быть максимально реализовано при использовании видеоскопических технологий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ничитайло М.Ю. Мініінвазивні технології й ендоскопічні втручання у лікуванні деструктивних форм гострого панкреатиту / М.Ю. Ничитайло, О.П. Кондратюк, В.А. Кондратюк // Здоров'я України. – 2011. - №2(5). – С. 15.

2. Specific aspects of acute pancreatitis / A. Mifkovic, J. Skultely, D. Pindak [et al.] // Bratisl Lek. Listy. 2009. – Vol. 110, N 9. – P. 544 – 552.

3. Варианты течения панкреонекроза, определяющие выбор оптимальной тактики хирургического

лечения / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, С.З. Бурневич [и др.] // *Анналы хирургии* – 2006. - №1. – С. 41 – 44.

4. Миниинвазивные технологии в лечении острого панкреатита / В.В. Дарвин, С.В. Онищенко, А.Я. Ильканич [и др.] // *Хирургия*. - 2009. - №1. - С.29-32.

5. Миронов В.И. Хирургическое лечение острого

панкреатита. Спорные и нерешенные вопросы / В.И. Миронов, П.В. Шелест // *Сибирский мед. журнал*. - 2008. - №2. – С. 95 – 101.

6. Бебурушвили А.Г. «Технологическая» классификация миниинвазивных операций / А.Г. Бебурушвили, С.И. Панин, П.А. Пироженко // *Хирургия*. – 2009. - №7. – с. 29 – 32.



УДК 616.37-002-06-089

**Б.С. Запорожченко,
П.Т. Муравйов,
А.А. Горбунов,
І.Є. Бородаєв,
О.Б. Зубков,
Г.Ю. Коритна,
К.П. Кірпічнікова**

*Одеський обласний центр хірургії печінки та підшлункової залози
Одеський національний медичний університет
кафедра хірургії №2*

Ключові слова: *гострий деструктивний панкреатит, ентеральне харчування, метаболічні порушення*

Key words: *acute destructive pancreatitis, enteral feeding, metabolic disturbances*

МЕТАБОЛІЗМ-КОРЕГУЮЧІ ПІДХОДИ В КОМПЛЕКСНОМУ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА УСКЛАДНЕНИЙ ГОСТРИЙ ДЕСТРУКТИВНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Резюме. *Проведен анализ комплексного хирургического лечения 137 больных с осложненным ГДП, находившихся на лечении в хирургическом стационаре Одесского областного центра хирургии печени и поджелудочной железы с 2000 по 2011 г. Применение заявленного способа энтеральной коррекции белково-энергетической недостаточности на фоне селективного внутриартериального (внутриаортального) введения препаратов, мембранного плазмафереза и своевременного адекватного хирургического лечения и интенсивной внутривенной терапии позволяет снизить общую послеоперационную летальность с 32,4% (группа ретроспективного анализа) до 11,3% (основная группа).*

Summary. *Analysis of a complex surgical treatment of 137 patients with complicated acute destructive pancreatitis undergoing treatment in a hospital of Odessa regional center of liver and pancreas surgery over the period from 2000 till 2011 is presented. Usage of means of enteral correction of protein-energy insufficiency on the background of selective intraarterial (intraaortal) introduction, membrane plasmapheresis and timely adequate surgery and intensive intravenous therapy allows to reduce total postoperative lethality from 32,4% (retrospective analysis group) to 11,3% (basic group).*

Незважаючи на значні успіхи, досягнуті за останні роки щодо діагностики, прогнозування перебігу та вибору адекватного обсягу лікування, гострий панкреатит (ГП) і його ускладнення залишаються складною задачею сучасної гострої хірургічної панкреатології. У структурі смертності від гострої хірургічної патології органів черевної порожнини ГП стабільно посідає перше місце, що пов'язано з неухильним зростанням числа поширених форм панкреонекрозу, які супроводжуються високою частотою розвитку тяжкого панкреатогенного шоку, поліорганної

недостатності й виражених гнійно-септичних ускладнень.

Доведено, що однією з основних ланок розвитку гнійно-септичних ускладнень гострого деструктивного панкреатиту в умовах прогресуючої ендогенної інтоксикації є недостатність слизової оболонки кишечника з розвитком синдрому ендогенної бактерійної транслокації. За умов прогресування гнійно-некротичних змін у підшлунковій залозі й парапанкреатичній клітковині істотно зростає потреба організму в енергії, білку й мікроелементах. Дисфункція кишеч-

нику, у свою чергу, виконує важливу роль у формуванні білково-енергетичного дисбалансу, основними причинами якого є прогресуючий на етапах перебігу ГП синдром гіперметаболізму - гіперкатаболізму, неадекватне (за умови харчової депривації) надходження й засвоєння поживних речовин організмом і недостатність білоксинтезуючої функції печінки на фоні інтоксикації.

Метою дослідження було порівняння ефективності існуючих методів корекції білково-енергетичної недостатності в комбінованому хірургічному лікуванні хворих на ускладнений гострий деструктивний панкреатит.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проведено аналіз комплексного хірургічного лікування 137 хворих з ускладненим ГДП, які знаходилися на лікуванні в хірургічному стаціонарі Одеського обласного центру хірургії печінки й підшлункової залози з 2000 по 2011 р. Основну групу спостереження - 53 (38,7%) особи - склали хворі, яким оперативне лікування і в/в інфузійна терапія доповнювалася внутрішньоартеріальним введенням препаратів і ранньою ентеральною корекцією білково-енергетичного дисбалансу за розробленою на кафедрі методикою. У контрольній групі - 47 хворих (34,3%) оперативне лікування і в/в терапія доповнювалася внутрішньоартеріальним введенням препаратів і загальноприйнятим ентеральним зондовим харчуванням. Ретроспективно проаналізовано й об'єднано в групу ретроспективного аналізу результати обстеження й лікування 37 (27,0%) хворих, яким корекція білково-енергетичного дисбалансу проводилася виключно за рахунок повного парентерального харчування. Всі групи співвідносяться за віком, статтю, ступенем ураження паренхіми підшлункової залози.

Вік хворих становив від 26 до 70 років. Чоловіків було 84 (61,3%), жінок - 53 (38,7%).

Верифікація ГДП і його ускладнень здійснювалася на підставі даних комплексного обстеження, що включає застосування клінічних, лабораторних (загальноклінічний і біохімічний аналізи крові, сечі, визначення в плазмі крові маркерів системної запальної реакції, коагулограма) й інструментальних методів (ультразвукове дослідження (УЗД), рентгенографія, мультишарова спіральна комп'ютерна томографія (МСКТ) і селективна КТ-ангіографія судинного русла панкреатобіліарної зони з подальшою 3D-розмірною реконструкцією зображення, мініінвазивні лапароскопічні (діагностична лапароскопія) і УЗД-контрольовані пункційні (пункційно-аспіраційні біопсії з подальшим бактеріологічним, біохімічним і цитологічним дослідженням

отриманого матеріалу), стандартні методи ендоскопічного дослідження-ФЕГДС, ЕРХПГ). Оцінка трофологічного статусу проводилася з урахуванням показників нутритивної недостатності (антропометричних, лабораторних, імунологічних і клінічних). Всі діагностичні заходи повторювалися в динаміці з урахуванням первинної діагностичної знахідки.

У пацієнтів основної і контрольної груп під час надходження до стаціонару виконували селективну катетеризацію черевної аорти за Сельдінгером.

Обмежений (дрібновогнищевий - до 30% паренхіми органу) панкреонекроз був виявлений у 46 (33,6%) хворих, поширений (середньо- і крупновогнищевий - від 30 до 50%) - у 78 (56,9%) хворих, субтотальний - у 9 (6,6%) хворих і тотальний - у 4 (2,9%) хворих. Ізольоване ураження паранефральної клітковини праворуч виявлено у 15 (10,9%) хворих, ліворуч - у 19 (13,9%) хворих, ураження параколярної і паранефральної клітковини ліворуч - у 39 (28,5%) пацієнтів, праворуч - у 17 (12,4%) хворих і у 9 (6,6%) хворих - з двох боків.

У 70 (51,1%) хворих діагностовано асептичний панкреонекроз, постнекротичні псевдокісти виявлені у 11 (8,0%) хворих, постнекротичний парапанкреатичний інфільтрат (ППІ) - у 20 (14,6%), інфікований панкреонекроз - у 36 (26,3%) пацієнтів. Результатом ППІ була регресія інфільтрата - 4 хворі, асептична секвестрація - 9 хворих і септична секвестрація - 7 хворих.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Всім хворим з моменту надходження комплексне хірургічне лікування починалося з інтенсивної консервативної терапії, яка проводилася з урахуванням часу від початку захворювання й передбачала корекцію всіх патогенетичних ланок перебігу патологічного процесу.

Селективне внутрішньоартеріальне (внутрішньоаортальне) введення препаратів починалося на першу - другу добу з моменту надходження й проводилося у пацієнтів з тяжким станом на фоні центрального внутрішньовенного введення препаратів.

З метою детоксикації в основній групі здійснювали мембранний плазмаферез за допомогою апарату «Гемофенікс», використовуючи плазмафільтри ПФМ-01-ТТ, згідно з розробленою в клініці методикою (патент України від 25.08.2011). Антикоагулянтна тактика - комбіноване застосування гепарину 1000 ОД до початку сеансу внутрішньовенно та 150 мл розчину глюцициру фракційно, крапельно в екстракорпоральний контур під час сеансу. При тяжкому

перебігу кількість сеансів досягала 4. В основній групі спостерігалось більш швидке зменшення больового синдрому, покращення загального стану. Рівень амілази зменшився на 53% до кінця другої доби. При застосуванні мембранного плазмаферезу на другу добу лікування спостерігалось зниження рівней сечовини та креатиніну на 62% та 56% порівняно з вихідними значеннями. У контрольній групі значної динаміки рівней амілази, сечовини, креатиніну протягом 48 годин не спостерігалось.

При асептичному панкреонекрозі й наявності рідинних утворень виконували мініінвазивні оперативні втручання. У хворих з асептичним панкреонекрозом діагностична лапароскопія переводилася в лікувальну. Виконувалася санація й дренажування черевної порожнини й чепцевої сумки у 70 (51,1%) хворих, дренажування параколярних просторів у 29 (21,2%) хворих. За умови наявності біліарної гіпертензії і деструктивного процесу в жовчному міхурі лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) виконана 27 хворим (37,3%), ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) - 19 (13,9%) хворих.

У разі діагностики рідинних скупчень здійснювали діагностичні й лікувальні мініінвазивні втручання під УЗ-контролем у вигляді пункційно-аспіраційних біопсій з подальшим бактеріологічним і цитологічним дослідженням матеріалу - у 11 (8,0%) хворих.

У 9 (6,6%) хворих з результатом ППІ у вигляді асептичної секвестрації виконувалися мініасистовані мініінвазивні хірургічні втручання у вигляді зовнішнього дренажування за «напіввідкритим» типом. У 7 (5,1%) хворих з результатом ППІ у вигляді гнійно-септичної секвестрації (з контрольної групи) були виконані мініасистовані мініінвазивні хірургічні втручання в режимі програмованої некретомії із «закритим» (1 хворий) і «напіввідкритим» (6 хворих) варіантами дренажування заочеревинного простору. Лише у 4 (2,9%) хворих спостерігалася регресія ППІ на фоні внутрішньоартеріального введення препаратів і проведення раннього ентерального харчування (1 хворий у контрольній групі і 3 в основній).

Завдяки комплексному хірургічному лікуванню із залученням парентеральної й ентеральної корекції білково-енергетичного дисбалансу «обриву» перебігу й подальшої регресії патологічного процесу в паренхімі ПЗ і ЗК в основній групі вдалося досягти у 49 (86,7%) хворих, у контрольній групі - у 42 (78,3%) хворих і в групі ретроспективного аналізу - у 28 (47,1%) хворих.

У 36 (26,3%) хворих з гнійним панкреатитом, ускладненим гнійним парапанкреатитом і заочеревинною флегмоною, виконані «відкриті» хірургічні втручання. У стадії гнійно-некротичних ускладнень (флегмона заочеревинного простору, гнійний парапанкреатит, абсцес чепцевої сумки) обсяг оперативного втручання полягав в широкій лапаротомії, холецистектомії з дренажуною холедох операцією (при біліарній гіпертензії), абдоміналізації ПЗ, розкритті абсцесів, первинній некрсеквестрктотомії ПЗ і заочеревинної клітковини (ЗК), дренажуванні чепцевої сумки, черевної порожнини, заочеревинного простору, формуванні оментобурсостоми і люмбостоми (за необхідності) для подальших програмованих релапаротомій і санацій заочеревинного простору.

У групі ретроспективного аналізу метаболічна корекція проводилася за допомогою повного парентерального харчування з розрахунку 35 - 47 ккал/кг/доб з використанням амінокислот - містких препаратів у кількості 0,7 - 2,0 г/кг/доб (інфезол 40, 100, аміносол, аміноплазмаль), ліпідів у кількості 0,5 - 1 г/кг/доб (ліпофундін) і розчинів глюкози у кількості 3 - 5 г/кг/доб. З метою надання обміну речовин анаболічного характеру й перешкоди втратам азоту з сечею вводили ретаболіл (з розрахунку по 50 мг в/м кожні 3 - 4 тижні). Померло 12 хворих. Основними причинами смерті були прогресуючий септичний стан, арозивні кровотечі, поліорганна (ПОН) і гостра серцево - легенева недостатність. Інфікування вогнищ панкреонекрозу відмічено у 18 (52,9%) хворих. Післяопераційна летальність становила 32,4%.

Враховуючи думки більшості авторів на користь проведення раннього ентерального (зондового) харчування для корекції метаболічних порушень в організмі й профілактики ентеральної недостатності, хворим основної і контрольної груп з метою підготовки ШКТ до початку ентерального годування через назоінтестинальний зонд, встановлений ендоскопічно за зв'язку Трейца або інтраопераційно за запропонованою кафедрою методикою (Патент № 57249 від 10.02.2011), з перших годин після операції здійснювали декомпресію і кишковий лаваж ізосмолярним глюкозо-електролітним розчином з додаванням аскорбінової кислоти й сорбілакта. Разом з цим протягом декількох діб проводили ентеросорбцію (ентеросгель, смекта) до появи перистальтичної активності. У міру відновлення функціональної активності тонкої кишки (зміна й зменшення кількості відокремлюваного по інтестинальному зонду, поява

кишкової перистальтики) збільшували об'єм внутрішньокишкового введення глюкозо-електролітного розчину, а потім напівелементної живильної суміші, починаючи з 10% розчину й поступово підвищуючи її концентрацію до 20%, з подальшим переходом на введення стандартних сумішей 20% концентрації. В основній групі застосовувалася запропонована нами живильна суміш, основу якої становить «Берламін» з додаванням глутаміна, як умовно незамінної амінокислоти, і аскорбінової кислоти із зеленим чаєм, як природних антиоксидантів, у відповідних пропорціях за розробленою схемою (Патент № 56515 від 10.01.2011). Померло 6 хворих: 3 хворих від прогресуючого гнійно-септичного шоку і ПОН, 2 - від гострої серцевої недостатності і прогресуючого респіраторного дистрес-синдрому дорослих (РДСД), 1 - від арозивної кровотечі. Інфікування вогнищ панкреонекрозу відмічено у 7 (13,2%) хворих. Летальність становила 11,3%.

У контрольній групі як основна суміш використовувався «Берламін» в початковому об'ємі 50 - 70 мл 4 - 6 разів на добу. Померло 7 хворих: 5 хворих від прогресуючих гнійно-септичних ускладнень і поліорганної недостатності, 1 хворий від гострої серцево-легеневої недостатності й 1 хворий від інфаркту міокарда. Летальність становила 14,9%. Інфікування вогнищ панкреонекрозу спостерігалось у 10 (21,3%) хворих.

При проведенні корекції метаболічних порушень серед ускладнень у групі ретроспективного аналізу можна відзначити розвиток алергічних реакцій на препарати, що вводилися - у 14 (37,8%) хворих, розвиток катетерного флебіту настав у 7 (18,9%) хворих, у групі контролю у 8 (17,0%) пацієнтів спостерігалася нудота після початку введення суміші, у 3 (6,4%) після введення нудота супроводжувалася блювотою, в основній групі на нудоту після введення поскаржилися 5 (9,4%) хворих.

ВИСНОВКИ

1. Застосування селективного внутрішньоартеріального (внутрішньоаортального) введення

препаратів на фоні корекції синдрому гіперметаболізму - гіперкатаболізму із залученням раннього ентерального (зондового) харчування в умовах екстракорпоральної детоксикації у хворих із стерильними формами панкреонекрозу дозволяє досягти «обриву» і подальшої регресії патологічного процесу в паренхімі ПЗ і ЗК, знизити кількість випадків розвитку гнійно-септичних ускладнень на 39,7% і 31,6% в основній і контрольній групах відповідно, порівняно з таким у групі ретроспективного аналізу.

2. У хворих, яким за запропованою методикою проводилася рання корекція метаболічних порушень за рахунок проведення раннього ентерального (зондового) харчування, відмічено більш ранню появу перистальтичної активності кишечника, усунення больового синдрому й нормалізацію лабораторних показників порівняно з рештою груп. У хворих основної групи з інфікованим панкреонекрозом при виконанні програмованих релaparотомій і некрсеквестрeктомій відбувалось більш раннє очищення некротично-змінених ділянок паренхіми залози й парапанкреатичної клітковини, їх заміщення грануляційною тканиною. Прогресування запально-дегенеративних процесів, системної запальної реакції і розвитку вторинного імунodefіциту набувало abortивного характеру, тоді як у решті груп подібні зрушення спостерігалися набагато пізніше.

3. Застосування заявленого способу ентеральної корекції білково-енергетичної недостатності на фоні селективного внутрішньоартеріального (внутрішньоаортального) введення препаратів, мембранного плазмаферезу та своєчасного адекватного хірургічного лікування й інтенсивної внутрішньовенної терапії з щоденним моніторингом стану пацієнтів і основних параметрів перебігу патологічного процесу й білково-енергетичних зрушень дозволяє знизити загальну післяопераційну летальність з 32,4% (група ретроспективного аналізу) до 11,3% (основна група).



**В.П. Андрющенко,
Ю.С. Лисюк,
В.А. Магльований**

СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИБІОТИКІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Ключові слова: *гострий панкреатит, мікробіологічні дослідження, антибіотикотерапія.*

Key words: *acute pancreatitis, microbiologic studies, antibiotic therapy*

Резюме. *Проанализированы результаты лечения 2429 пациентов с различными формами острого панкреатита за период времени с 2000 по 2011 г. На основании изучения особенностей клинического течения и результатов микробиологических исследований очерчены принципы применения антибактериальных препаратов в лечении острого панкреатита.*

Summary. *Treatment results of 2429 patients with various forms of acute pancreatitis over the period from 2000 till 2011 have been analyzed. Basing on studies of clinical course peculiarities and results of microbiologic studies, principles of usage of antibacterial medicines in the treatment of acute pancreatitis have been outlined.*

Позитивні тенденції в терапії гострого панкреатиту (ГП) пов'язані, в основному, з можливостями інтенсивної інфузійної та медикаментозної терапії. Однак при виникненні й прогресуванні інфекційних ускладнень з боку залози й парапанкреатичної клітковини результати лікування, у тому числі хірургічного, є далекими від задовільних. Водночас місце антибактерійних препаратів при ГП, зокрема антибіотиків, з чіткою регламентацією режимів їх застосування залишається остаточно невизначеним [1,2,5,6].

Мета дослідження – оптимізувати принципи антибіотикопрофілактики та терапії при ГП та його ускладненнях на підставі вивчення особливостей мікробного чинника та оцінки результатів лікування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проаналізовано результати лікування 2429 пацієнтів із різними формами ГП за період часу з 2000 по 2011р., які знаходилися в клініці загальної хірургії, міському центрі лікування хворих на гострий панкреатит. Для характеристики клінічних форм захворювання застосовувалися визнані класифікаційні дефініції: набряковий (інтерстиціальний) та некротичний панкреатит, панкреатичний абсцес, постнекротична псевдокіста (Атланта, 1992). Діагноз захворювання підтверджувався на підставі оцінки клініко-лабораторних показників, результатів додаткових методів обстеження (ультрасонографії, комп'ютерної томографії, відеолапароскопії), а також даних інтраопераційної ревізії та патоморфологічних досліджень. Вивчення мікробного чинника проводилося із застосуванням методик ідентифікації аеробних та анаеробних мікроорганізмів із обчисленням бактеріологічних характеристик їх

асоціацій, а саме коефіцієнта Жаккара та індексів асоціаційності [3,7].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Етанольний генез запального ураження підшлункової залози був підтверджений у 1882 (77,4%) хворих, біліарний – у 436 (23,1%). Інтерстиційно-набрякову форму ГП встановлено у 1914 (78,8%) пацієнтів, некротичне ураження – у 359 (14,8%), панкреатичний абсцес – у 51 (2,1%), неускладнені/ускладнені постнекротичні кісти – у 105 (4,3%) осіб. Хірургічне лікування в різні терміни госпіталізації виконано 422 (17,4%) хворим.

На підставі вивчення особливостей клінічного перебігу та результатів мікробіологічних досліджень окреслено принципи застосування антибактерійних препаратів у лікуванні ГП. Так, при інтерстиційно-набряковій формі захворювання (78,8%) з метою профілактики інфекційних ускладнень антибіотики не призначалися. Внаслідок спрямованої медикаментозної терапії відбувався абортивний розвиток запального процесу в залозі впродовж декількох діб. Жодного випадку приєднання бактерійного чинника в цій групі хворих не спостерігалось.

При гострому некротизуючому панкреатиті (асептичному панкреонекрозі) використовувалися антибіотики з метою попередження інфікування зон некрозу залози та парапанкреатичної/параколярної клітковини незалежно від об'єму (розповсюдженості) ураження. Подібний режим застосування антибіотиків відповідав принципу антибіотикопрофілактики або превентивної антибіотикотерапії [4,6,8,9]. Однак зазначений режим призначення антибіотиків далеко не завжди попереджував інфікування й нагноєн-

ня ділянок некрозу. Так, у 18% хворих внаслідок виникнення гнійно-некротичних ускладнень виникла необхідність виконання операційних втручань з використанням мініінвазивних (інтервенційна ультрасонографія, санаційна відеолапароскопія) традиційних відкритих технологій, а також з їх поєднанням.

Етіотропний підхід до вибору різних антибіотиків ґрунтувався на результатах бактеріологічних досліджень рідинного й тканинного матеріалу, отриманого при використанні мініінвазивних методик із верифікацією мікробного чинника та оцінкою сучасних його характеристик (коефіцієнта Жаккара та індексів асоціативності).

За результатами вивчення бактерійного фактору при інфікованому панкреонекрозі констатовано, що в структурі верифікованих збудників домінували аеробні ентеробактерії (51,1%) – *Enterobacter aerogenes*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Enterococcus* spp., а також анаеробні збудники (45,5%) – *Peptostreptococcus* spp., *Staphylococcus* spp., *Bacteroides* spp. та *Veillonella* spp., у тому числі в аеробно-анаеробних асоціаціях (38,8%) та аеробній монокультурі (36,7%). Найвищі показники чутливості аеробної мікрофлори констатовано до рифампіцину (55,5%) та фторхінолонів (39,1%), анаеробні збудники були чутливими до захищених пеніцилінів, цефалоспоринів II покоління, кліндаміцину та імепенему (від 91,2% до 100%). Тому обґрунтованим виявлялося поєднане призначення цефалоспоринів III генерації, фторхінолонів та метронідазолу, або ж відразу карбапенемів у режимі монотерапії.

При визначенні тривалості та особливостей використання антибіотиків спиралися на результати мікробіологічних досліджень щодо термінів приєднання бактерійного фактора до первинно асептичного запалення підшлункової залози. Так, було встановлено, що інфікування зон некрозу

анаеробними збудниками відбувалося переважно (68,2%) в перший тиждень, а аеробно-анаеробною мікрофлорою – в період понад 2 тижні (70,6%) перебігу захворювання, що визначало строки антибактерійного режиму профілактики нагнійних ускладнень. Констатовано також, що використання антибіотиків у доопераційному періоді нерідко призводило до виникнення явища полірезистентності мікрофлори, яка в аеробних збудників проявлялася в 53,9%, а в анаеробних – в 52,2% спостережень. Це зумовлювало доцільність корекції схем призначення антибіотиків у післяопераційному періоді. Зокрема, в останній період часу при наявності полірезистентної мікрофлори в поєднанні з антибіотиками застосовувався пробіотик *Sacharomyces Boulardii* з позитивним клінічним ефектом.

При панкреатичних абсцесах та нагноєних псевдокістах підшлункової залози доцільність призначення антибактерійних засобів апіорі детермінувалася власне характером патологічного процесу та результатами мікробіологічних досліджень отриманого матеріалу.

ВИСНОВКИ

1. Застосування антибактерійних препаратів – антибіотиків у режимі профілактики при гострому асептичному некротизуючому панкреатиті є обґрунтованим і має на меті попередження інфікування ділянок некрозу залози та парапанкреатичної клітковини.

2. Вибір конкретних антибіотиків повинен ґрунтуватися на результатах бактеріологічних досліджень рідинного та тканинного матеріалу, отриманого при використанні мініінвазивних технологій.

3. Після операційних втручань з приводу інфікованого панкреонекрозу показана зміна схеми антибіотикотерапії з огляду на розвиток полірезистентності мікрофлори.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Антибиотикотерапия при остром некротическом панкреатите / А.И. Дронов, И.А. Ковальская, Т.В. Лубенец, А.П. Коваленко // Укр. журнал хірургії .- 2009 .- №1 .- С.164-165.

2. Бобров О.Е. Мифы и реальности панкреатологии: целесообразно ли использование антибиотиков в лечении больных острым панкреатитом? / О.Е. Бобров // Укр. журнал хірургії .- 2008. – №3. – С.78-85.

3. Мікробіологічні аспекти в хірургічному лікуванні гострого некротичного панкреатиту / В.А. Магльований, В.П. Андрющенко, Ю.С. Лисюк, А.О. Гар-

бузов // Буковин. мед. вісник .- 2006 .- Т.10, №1 .- С.133-136.

4. Шапринський В.О. Ефективність антибіотиків у лікуванні панкреонекрозу / В.О. Шапринський, В.В. Петрушенко // Шпитальна хірургія .- 2009 .- №1 .- С.14-16.

5. AGA Institute Technical Review on Acute Pancreatitis // Gastroenterology .- 2007. – Vol. 132. – P.2022-2044.

6. Antibiotic Prophylaxis in Severe Acute Pancreatitis / H.G. Beger, B. Rau, R. Isenmann [et al.] // Pancreatology. – 2005. – N 5. – P.10-19.

7. Banks P.A. Practice Guidelines in Acute Pancreatitis / P.A. Banks, M.L. Freeman // Am. J. Gastroenterology. – 2006. – Vol. 101. – P. 2379-2400.

8. Randomized Controlled Trials of Antibiotic Prophylaxis in Severe Acute Pancreatitis: Relationship between Methodological Quality and Outcome / A. De Vries,

M. Besselink, E. Buskens [et al.] // Pancreatology. – 2007. – N 7. – P. 531-538.

9. De Campos T. Question about the use of antibiotics in acute pancreatitis / T. De Campos, J. Cesar Assaf, S. Rasslan // World J. Emergency Surgery. – 2006. – N 1. – P.20.



УДК 616.37-002-08:618.2

**Е.Н. Клигуненко,
В.А. Сединкин,
Д.М. Станин,
Г.Д. Мариноха**

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
кафедра анестезиологии, интенсивной терапии и медицины неотложных состояний ФПО

Ключевые слова: острый панкреатит, беременные, интенсивная терапия
Key words: acute pancreatitis, pregnancy, intensive therapy

ОСОБЕННОСТИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Резюме. Проведено аналіз результатів діагностики й інтенсивної терапії гострого панкреатиту у 21 вагітної. Труднощі вибору оптимальної програми лікування були пов'язані з намаганням зберегти й пролонгувати вагітність, забезпечити мінімальний негативний вплив медикаментозної терапії на плід. Для покращення результатів лікування гострого панкреатиту при вагітності оптимальну тактику терапії необхідно розробляти лише у тісній співпраці хірургів, акушерів-гінекологів і анестезіологів.

Summary. Results of diagnostics and intensive therapy of acute pancreatitis in 21 pregnant are analysed. Difficulties of choice of the optimal program of treatment were related to the desire to save and prolong pregnancy, provide minimal negative influence of medicament therapy. To improve treatment results of acute pancreatitis on the background of pregnancy, optimal tactics of therapy must be developed only in the close joint collaboration of surgeons, obstetricians and anaesthesiologists.

Частота острого панкреатита у беременных составляет 1:3000-1:10000. Заболевание, как правило, связано с желчнокаменной болезнью, чаще развивается в III триместре беременности и сопровождается высокой материнской (до 39%) и перинатальной (до 38%) смертностью (М.М. Шехтман, 2005).

Цель исследования: анализ и обобщение особенностей клинической картины и принципов интенсивной терапии острого панкреатита при беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

За период 2005-2011 гг. на базе ГКБ №9 г. Днепропетровска в ОИТ была обследована и пролечена 21 беременная с диагнозом острый панкреатит. Средний возраст женщин составил 27,3±4,7 года. Из них у 10% острый панкреатит развился в 1 половине беременности, у 50% - во второй половине, у 40% - после родов. При-

чинами развития острого панкреатита служили алиментарный фактор (острая, жирная пища) в 65% случаях, желчнокаменная болезнь – в 35%.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В клинической картине острого панкреатита у беременных преобладали тошнота, рвота, острая, интенсивная и продолжительная боль в эпигастрии, иррадирующая в спину, вздутие живота, гиперемия лица. Безболевая форма острого панкреатита, как одна из особенностей его клиники при беременности (Г.С.Радугина, Э.В.Яковлева, 1988), отмечалась лишь у 5 пациенток.

Решающее значение в диагностике острого панкреатита у беременных имел лабораторный скрининг: повышение уровня амилазы в крови (в 3 и более раз), лейкоцитоз, умеренная гипербилирубинемия, гипокальциемия, гипоальбуминемия, умеренная гипергликемия. Верификации диагноза способствовало УЗИ, при котором

выявлялось увеличение размеров и нечёткость контуров поджелудочной железы, снижение эхогенности, наличие свободной жидкости в брюшной полости. Со второй половины беременности ультразвуковая визуализация поджелудочной железы, как правило, была затруднена.

Базисная терапия острого панкреатита включала голод, зондирование и аспирацию желудочного содержимого, анальгетики, спазмолитики, инфузионную терапию кристаллоидами (до 30-35 мл на 1 кг массы тела) с последующим форсированием диуреза в течение 24-48 часов. Специфическая терапия состояла из антисекреторной терапии (сандостатин, октреотид 100 мкг 3 р/сут подкожно) в течение первых 3 суток; антиферментной терапии (контрикал - не менее 50 тыс. ед. внутривенно) в первые 5 суток заболевания; антибактериальной (цефалоспорины III-IV поколений до родоразрешения и/или фторхинолоны II-III поколений в сочетании с метронидазолом после родоразрешения) и антикоагулянтной терапии (при отсутствии угрозы отслойки плаценты) - фраксипарин по 0,3 мл подкожно 1 р/сут в течение 7 дней. Для снижения гипертензии в протоках поджелудочной железы и устранения их дискинезии, стимуляции моторики кишечника применяли метаклопрамид по 10 мг 3 р/сут внутримышечно. Парентеральное питание в течение первых 3 суток включало растворы аминокислот. Для купирования выраженного болевого синдрома у 4 пациенток

использовали продленную эпидуральную анальгезию.

В случаях нетяжелого течения панкреатита на фоне беременности интенсивную терапию проводили с учетом минимального отрицательного влияния компонентов терапии на плод. Так, блокаторы протонной помпы (омепразол) могут приводить к эмбриональным брадикардиям, поэтому необходим постоянный контроль токограммы (S.Pian-Smith, C.M.May, 2007). Назначения H₂-блокаторов в первый триместр беременности следует избегать, так как препараты легко проходят через плаценту и могут повышать уровень сывороточных трансаминаз у плода и нарушать окислительное фосфорилирование (А.П.Зильбер, 2006). Фторхинолоны при беременности могут воздействовать на формирование хрящей и костного аппарата плода (Э.Четли, 2003). Метронидазол не рекомендуется для применения в первом триместре беременности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лечение беременных с острым панкреатитом необходимо проводить только в условиях отделения интенсивной терапии. Интенсивная терапия острого панкреатита у беременных включает те же принципы, что и у небеременных, но при отсутствии абсолютных жизненных показаний и нетяжелого течения заболевания должна оказывать минимальное отрицательное воздействие препаратов на плод.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – 5-е изд. / М.М. Шехтман. – М.: Изд-во Триада X, 2011. – 896 с.
2. Acute pancreatitis and pregnancy: a 10-year single center experience / A. Hernandez, M.S. Petrov, D.C. Brooks [et al.] // J. Gastrointest. Surg. – 2007. - Vol.11. – P.1623–1627.
3. Pancreatitis in Pregnancy: a 10 year retrospective of 15 Midwest hospitals /J.J. Eddy, M.D. Gideonsen, J.Y. Song [et al.] // Obstet. Gynecol. – 2008. – Vol. 112, N 5. – P. 1075-1081.
4. Pitchumoni C.S. Acute pancreatitis in pregnancy / C.S. Pitchumoni, B. Yegneswaran // World. J. Gastroenterol. – 2009. – Vol.15, N 45. – P.5641-5646.



**В.О. Сипливий,
В.І. Робак,
К.В. Конь,
Д.В. Євтушенко,
В.В. Доценко**

*Харківський національний медичний університет
кафедра загальної хірургії №2*

Ключові слова: *гострий панкреатит, гематологічні індекси, показник інтоксикації*
Key words: *acute pancreatitis, hematological indexes, intoxication indicator*

ГЕМАТОЛОГІЧНІ ІНДЕКСИ В ДІАГНОСТИЦІ ІНФІКОВАНОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗУ

Резюме. *Проведен анализ лечения 125 больных с тяжелыми формами острого панкреатита. Все больные прооперированы. В зависимости от характера поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки больные разделены на группы. У 80 (64%) больных выявлен инфицированный панкреонекроз, у 45 (36%) больных – стерильный панкреонекроз. При поступлении в стационар в группах изучены показатели клинического анализа крови и определены 24 гематологических индекса, один из которых – показатель интоксикации – был предложен нами для выявления острого воспалительного процесса. Доказано, что показатель интоксикации является информативным индексом в диагностике инфицированного панкреонекроза. При значении показателя интоксикации более 1,2 вероятность выявления у больного инфицированного панкреонекроза составляет 71,43% и увеличивается пропорционально увеличению значения показателя интоксикации.*

Summary. *Analysis of treatment of 125 patients with severe acute pancreatitis was made. All patients were operated. Patients were divided into two groups considering affection of the pancreas and parapancreatic fat. Infected pancreonecrosis was found out in 80 (64,0%) of patients, sterile pancreonecrosis - in 45 (36,0%) of patients. At admission to the hospital clinical blood tests and 24 hematological indexes of patients were studied. One of these hematological indexes – intoxication indicator was offered by us to reveal an acute inflammatory process. It was proved, that intoxication indicator is an informative index in diagnosis of infected pancreonecrosis. At the value of intoxication indicator of more than 1,2 the probability of infected pancreonecrosis revealing is 71,43%. The probability of infected pancreonecrosis is increasing with increasing of values of intoxication indicator.*

У загальній структурі гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини гострий панкреатит (ГП) посідає третє місце після гострого апендициту та гострого холецистити. Протягом останніх років результати лікування гострого панкреатиту дещо покращились, але загальна летальність при його деструктивних формах та ураженні заочеревинної клітковини і на сьогодні становить від 30% до 70% [3].

Оперативні прийоми, спрямовані на видалення некрозів та секвестрів, санацію та дренивання заочеревинного простору і черевної порожнини, консервативна терапія в доопераційному та післяопераційному періодах у сучасній літературі висвітлюються досить широко. У той же час проблема визначення показань, термінів та обсягів оперативних втручань при лікуванні хворих на тяжкі форми гострого панкреатиту, особливо ускладненого парапанкре-

атитом, є суперечливою і залишається вельми актуальною в науково-практичному сенсі [2,4].

За даними сучасних авторів, оптимізація лікувальної тактики пов'язана з проблемами своєчасного визначення ступеня і характеру ураження заочеревинної клітковини та оцінки рівня ендогенної інтоксикації [6]. Вирішення цих проблем дозволить швидко оцінити ефективність комплексів лікувальних заходів та провести їх своєчасну корекцію.

Мета роботи: визначення діагностичних клініко-лабораторних критеріїв інфікування осередків панкреатичної та парапанкреатичної деструкції для оптимізації лікувальної тактики у хворих на тяжкі форми ГП.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проведено аналіз результатів лікування 125 хворих на тяжкі форми ГП. У роботі використано класифікацію робочої групи з перегляду

класифікації Атланта, 2007. Згідно з цією класифікацією, тяжкі форми ГП визначають як такі, що супроводжуються органною недостатністю та/або ускладненнями з боку черевної порожнини.

Критеріями включення до дослідження були наявність у хворого гострого некротичного панкреатиту з недостатністю органів та ускладненнями з боку черевної порожнини. Критерії виключення з дослідження – наявність у хворого нетяжкого гострого панкреатиту.

Вік хворих коливався від 19 до 90 років. Чоловіків було 80 (64%), жінок - 45 (36%) відповідно.

Усіх хворих було прооперовано. Показаннями до операції були: клініка перитоніту у 117 хворих (93,6%), арозивна кровотеча із судин у ділянці некрозів та секвестрів у 4 хворих (3,2%), наростання жовтяниці у 4 хворих (3,2%).

Для реалізації мети дослідження нами було проведено розподіл хворих на дві групи на підставі характеру ураження підшлункової залози: першу групу складала 80 (64,0%) хворих на інфікований ПН, другу – 45 (36,0%) хворих на стерильний ПН.

При надходженні до стаціонару в виділених групах хворих вивчено показники клінічного аналізу крові та, на підставі отриманих даних, пораховані значення 24 гематологічних індексів: гематологічного показника інтоксикації за В.С. Васильєвим (ГПІ), гематологічного показника інтоксикації за В.С. Васильєвим з доповненнями П.І. Потейко (ГПІ ВП), індексу алергізації (ІА), індексу Гаркаві (ІГ), індексу імунореактивності (ІР), індексу співвідношення лейкоцитів і ШОЕ (ІЛШОЕ), індексу резистентності організму (ІРО), індексу зсуву лейкоцитів (ІЗЛ), індексу співвідношення лімфоцитів і моноцитів (ІСЛМ), індексу співвідношення агранулоцитів і ШОЕ (ІСЛМШОЕ), індексу співвідношення лімфоцитів і еозинофілів (ІСЛЕ), індексу співвідношення нейтрофілів і моноцитів (ІСНМ), індексу співвідношення еозинофілів і лімфоцитів (ІСЕЛ), лімфоцитарно-гранулоцитарного індексу (ЛГІ), лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ), ЛІІ в модифікації Б.А. Рейса (ЛІІ Рейса), ЛІІ в модифікації А.Я. Фіщенко та С.Д. Хіміча (ЛІІ ФХ), ЛІІ в модифікації С.Д. Хіміча та А.Л. Костюченко (ЛІІ ХК), нейтрофільно-лімфоцитарного коефіцієнту (НЛК), загального індексу (ЗІ), реактивної відповіді нейтрофілів (РВН), ядерного індексу зсуву (ЯІЗ), ядерного індексу ступеня ендотоксикозу (ЯІСЕ).

Крім того, у хворих на тяжкі форми гострого панкреатиту було визначено показник інтокси-

кації (ПІ), запропонований нами [5], який дозволяє виявити наявність гострого запального процесу. Показник інтоксикації визначається за формулою: $ПІ = ЛІІ \times лей \times ШОЕ / 100$. Нормальні значення ПІ - до 0,1 у чоловіків та до 0,2 у жінок. Підвищення значень ПІ більше ніж 0,1 у чоловіків та більше ніж 0,2 у жінок свідчать про системну імунну відповідь на гострий запальний процес.

Статистична обробка даних включала обчислення середнього арифметичного значення (М) та його похибки (m). Параметричні й непараметричні дані подавали як $M \pm m$. Порівняння ознак проведено з використанням U-тесту Манна-Уїтні. Визначення критичних значень проведено методом CART. Для оцінки дискримінуючої спроможності був застосований метод ROC – аналізу [1].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У хворих на тяжкі форми ГП при надходженні до стаціонару показники червоної крові були в межах норми без статистичних відмінностей ($p > 0,05$). При аналізі лейкоцитарної ланки гемопоезу виявлено, що для хворих на інфікований ПН був характерний більш високий лейкоцитоз як універсальна реакція на гнійний процес. При інфікованому ПН рівень лейкоцитів досягав $12,68 \pm 0,68 \times 10^9 / л$, а при стерильному - $10,77 \pm 0,57 \times 10^9 / л$ ($p = 0,046$).

Спостерігалися також статистичні відмінності кількості субпопуляцій лейкоцитів. Зокрема, кількість еозинофільних гранулоцитів у хворих на інфікований ПН становила $0,94 \pm 0,20\%$, а у хворих на стерильний ПН - $1,68 \pm 0,29\%$ ($p = 0,009$). Отже, для хворих на інфікований ПН характерна еозинопенія, що є ознакою тяжкого запалення.

Крім того, у хворих на інфікований ПН спостерігалась дещо більша кількість паличкоядерних нейтрофільних гранулоцитів - $10,55 \pm 1,14\%$. У хворих на стерильний ПН кількість паличкоядерних нейтрофільних гранулоцитів становила $7,95 \pm 1,19\%$. Проте різниця між даними показниками недостовірна ($p = 0,277$).

Для більш детального аналізу реакції периферичної крові хворих на тяжкі форми гострого панкреатиту було вивчено 24 гематологічні індекси, один з яких – показник інтоксикації – запропонований нами для визначення ступеня відповіді організму на запальний процес.

Виявлено, що в обох групах хворих були вищі за норму ГПІ, ГПІ ВП, ІРО, ІЗЛ, ІСЛМ, ІСЛЕ, ІСНМ, ЛІІ, ЛІІ Рейса, ЛІІ ФХ, ЛІІ ХК, НЛК, РВН, ЯІСЕ та ПІ. Ці індекси відбивають системну відповідь організму на запалення.

В обох групах хворих були нижчі за норму ІА, ЛГІ та ІСЛМШОЕ, що вказує на пригнічення імунної системи у хворих на тяжкі форми ГП.

У хворих першої групи ІЛШОЕ був підвищений до $3,1 \pm 0,43$. У хворих другої групи значення цього індексу не виходили за межі норми й становили в середньому $1,89 \pm 0,37$. У значеннях лейкоцитів відмінності були статистично значущі, а в значеннях ШОЕ - ні, але простежувалась тенденція до вищих значень ШОЕ у хворих на інфікований ПН. Оскільки ІЛШОЕ є множенням двох величин - вмісту лейкоцитів і ШОЕ, цей індекс краще відбиває спільний рівень зміни показників.

У межах норми як у першій, так і в другій групі хворих залишились ПР, ІСЕЛ, ЗІ та ЯЗ, що, на нашу думку, не дає підстав розглядати вищезазначені індекси як провідні для оцінки рівня інтоксикації при тяжкій формі ГП.

Суттєвого значення набуває той факт, що у хворих на інфікований ПН виявлено достовірно вищі ($p < 0,05$) значення індексів, які характеризують вираженість синдрому ендогенної інтоксикації – ПІ, ГПІ, ІСЛШОЕ, ІСНМ, ЛПІ, ЛПІ ФХ, РВН.

Найбільш високі рівні достовірності при порівняльному аналізі гематологічних індексів виявилися у ГПІ ($11,57 \pm 1,79$ у хворих на інфікований ПН та $7,35 \pm 3,07$ у хворих на стерильний ПН, $p = 0,010$) та ПІ ($1,53 \pm 0,32$ у хворих на інфікований ПН та $1,15 \pm 0,66$ у хворих на стерильний ПН, $p = 0,012$). Наведені індекси відбивають зміни співвідношення субпопуляцій лейкоцитів, що підкреслює зсув нейтрофільної формули до незрілих форм, зміну рівня лімфоцитів, моноцитів і еозинофілів (шляхом обчислення ЛПІ), а також підвищення рівня лейкоцитів і ШОЕ.

З нашої точки зору, у практичній роботі показник інтоксикації, запропонований нами, зручніший за ГПІ, оскільки не вимагає застосування спеціальних таблиць для розрахунку коефіцієнтів, що відповідають підвищенню лейкоцитів і

ШОЕ. Більш за те, зниження рівня достовірності усього на 0,002 порівняно з ГПІ свідчить про те, що показник інтоксикації може бути альтернативою ГПІ.

З метою більш точного розподілу хворих на групи з різною вірогідністю інфікування осередків панкреатичної та парапанкреатичної деструкції в передопераційному періоді, методом CART з визначенням площі під ROC-кривою (AUC) нами було визначено критичне значення ПІ, що найбільш точно виділяє хворих на інфікований панкреонекроз – 1,2 (AUC=0,814). При значеннях показника інтоксикації менше за 1,2 вірогідність наявності у хворого інфікованого панкреонекрозу становила 7,69%, при перевищенні критичного значення - 71,43%.

ВИСНОВКИ

1. При розвитку тяжких форм ГП виникають глибокі зміни в картині периферичної крові. Глибина патофізіологічних змін залежить від характеру ураження підшлункової залози та наявності ураження заочеревинної клітковини. Найбільш виражені патофізіологічні зміни - у хворих на інфікований ПН з ураженням заочеревинної клітковини.

2. Показники периферичної крові хворих на тяжкі форми гострого панкреатиту можуть бути маркерами інфікованого ПН.

3. У хворих на інфікований ПН порівняно з хворими на стерильний ПН виявлено більш високі значення індексів, що відбивають системну відповідь організму на запалення та більш низькі - що вказують на активність імунної системи.

4. Гематологічний індекс - показник інтоксикації, запропонований нами, можна розглядати як об'єктивний для виявлення хворих на інфікований ПН. При значеннях ПІ більше за 1,2 вірогідність наявності у хворого інфікованого панкреонекрозу становить 71,43% та підвищується пропорційно збільшенню значення показника інтоксикації.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Боровиков В. STATISTICA. Искусство анализа данных на компьютере: для профессионалов / В. Боровиков. – [2-е изд.]. – СПб.: Питер, 2003. – 688 с.

2. Лупальцов В.И. Панкреатология 50 лет спустя: достижения, состояние, перспективы / В.И. Лупальцов // Харків. хірургічна школа. – 2009. – №3.1 (35). – С.10-12.

3. Острый панкреатит: Патофизиология и лечение / В.В. Бойко, И.А. Криворучко, Р.С. Шевченко [и др.]. – Харьков: Торнадо, 2002. – 288с.

4. Парапанкреатит. Этиология, патогенез, диагностика, лечение / А.Д. Толстой, В.П. Панов, В.Б. Краснорогов [и др.]. – С.Петербург, 2003. – 256с.

5. Пат. 43305 Україна, МПК (2009) G01N 33/92. Спосіб діагностики наявності гострого запального процесу / Сипливий В.О., Конь К.В., Робак В.І [та ін.], заявл. 24.03.2009, опубл. 10.08.2009, Бюл. № 15.

6. Inflammatory mediators in human acute pancreatitis: clinical and pathophysiological implications / J. Mayer, B. Rau, F. Gansauge [et al.] // Gut.-2000.-Vol.47. – P.546-552.

УДК 616.37-002.1-008.6-036

**О.И. Миминошвили,
О.С. Антонюк,
В.В. Украинский,
С.В. Яроцак,
А.Ф. Нестеренко**

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака»
г. Донецк

Ключевые слова: панкреатит, полиорганная недостаточность
Key words: pancreatitis, multiorgan insufficiency

ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ДИСФУНКЦИИ И НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ОРГАНОВ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Резюме. В основу работы покладено анализ результатов лікування 46 хворих на гострий панкреатит, які перебували на лікуванні в Інституті невідкладної і відновної хірургії ім. В.К. Гусака АМН України м. Донецька з 2009 по 2011 рік. Проведено вивчення частоти виникнення та клінічного перебігу дисфункції і недостатності різних органів при гострому панкреатиті. Рання діагностика та контроль недостатності органу в динаміці дозволили стандартизувати підходи до лікувальної тактики при гострому панкреатиті.

Summary. Analysis of treatment results of 46 patients with acute pancreatitis treated at the Institute of emergency and restorative surgery named after V.K. Husak, AMS of Ukraine in Donetsk over the period from 2009 till 2011 is presented. Incidence of complications development and clinical course of dysfunction and insufficiency of various organs in case of acute pancreatitis was studied. Timely diagnostics and control over insufficiency of an organ in dynamics made it possible to standardize approaches to treatment tactics in acute pancreatitis.

Понятие «полиорганная недостаточность» (ПОН) появилось в 70-х годах, когда в отделениях интенсивной терапии значительно была снижена смертность при шоке. При этом у некоторых пациентов постшоковый период протекал в виде однотипной реакции, названной «синдром системного воспалительного ответа», который при неблагоприятном течении переходил в сепсис, далее к синдрому множественной органной дисфункции и в последующем – к полиорганной недостаточности [2, 8].

В настоящее время синдром системного воспалительного ответа (SIRS-Systemic Inflammatory Response Syndrome), синдром полиорганной дисфункции (MODS-Multiple Organ Dysfunction Syndrome), полиорганная недостаточность (MOF-Multiple Organ Failure) рассматриваются как терминальная стадия заболевания. Причем данный процесс не является специфическим и не зависит от этиологии критического состояния [7, 9, 13].

Летальность при этом зависит от стадии процесса и числа вовлеченных органов: при недостаточности одной системы достигает 40%, с недостаточностью двух систем – 60%, а при недостаточности трех систем достигает 90% [2, 3, 5, 10].

Общепринятой является терминология, принятая на согласительной конференции по определению септического процесса в 1992 году, состоявшейся в Чикаго, когда было рекомен-

довано два термина: синдром системного воспалительного ответа (SIRS-Systemic Inflammatory Response Syndrome) и синдром полиорганной дисфункции (MODS-Multiple Organ Dysfunction Syndrome) – при котором гомеостаз не может поддерживаться без вмешательства извне [2, 8].

К развитию синдрома системного воспалительного ответа, а в дальнейшем полиорганной недостаточности предрасполагает множество факторов: инфекция, травма, гипоперфузия, гиперперфузия, воспаление. При этом каждый орган может стать медиатором или мишенью этого синдрома, запускающего порочный круг полиорганной недостаточности [3, 4, 7, 11].

При остром панкреатите полиорганная недостаточность развивается приблизительно у 25% пациентов. При этом полиорганная недостаточность развивается в разные сроки с момента начала заболевания, в течении первых нескольких суток – ранняя полиорганная недостаточность, и поздняя - развивающаяся после 10 суток от начала болезни [1, 6, 8, 12].

Целью работы было изучение частоты возникновения и клинического течения дисфункции и недостаточности различных органов при остром панкреатите.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

В основу работы положен анализ результатов лечения 46 больных с острым панкреатитом, находившихся на лечении в Институте неотложной

и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака АМН Украины г. Донецка с 2009 по 2011 год.

Придерживались классификации, принятой в Атланте в 1992 году, согласно которой больные разделены на две группы: в первую группу вошли 24 (52,17%) пациента с легким панкреатитом и во вторую группу 22 (47,83%) пациента с тяжелой формой панкреатита, осложнившейся панкреонекрозом и воспалением перипанкреатической клетчатки.

Проведя анализ, можно сказать, что мужчин было несколько меньше - 45,65%, женщин - 54,35%. Средний возраст больных составил 46,93 года, мужчины - 47,21 года, женщины - 46,66

года. Все больные госпитализированы в ургентном порядке в первые сутки от начала заболевания, с этим диагнозом в данном году впервые.

Острый панкреатит сопровождается синдромом эндогенной интоксикации. Для диагностики степени эндогенной интоксикации нами был использован лейкоцитарный индекс интоксикации или индекс Кальф-Калифа. Данные представлены в таблице 1.

Согласно данным Шуркалина Б.К., имеется три степени тяжести эндогенной интоксикации: легкая степень, при которой лейкоцитарный индекс составляет - 1,5-3,0, средняя степень - 3,0-6,0 и тяжелая степень - индекс более 6,0.

Таблица 1

Распределение больных по степени тяжести эндогенной интоксикации

Форма панкреатита	Степень эндогенной интоксикации по ЛИИ		
	легкая	средняя	тяжелая
Легкий панкреатит (n=24)	11 (45,87%)	13 (54,13%)	0 (0)
Тяжелый панкреатит (n=22)	6 (27,27%)	10 (45,46%)	6 (27,27%)
Всего (n=46)	17 (37%)	23 (50%)	6 (13%)

По нашим данным, с тяжелой степенью эндогенной интоксикации было 6 человек - 13%, со средней степенью 23 пациента (50%) и с легкой степенью 17 больных - 37%.

Больные с острым панкреатитом обследовались по общепринятой методике. Тщательное

изучение анамнеза заболевания с последующим проведением общеклинических, биохимических и специальных исследований являлось обязательным для всех больных.

Распределение больных по этиологическому фактору представлено в таблице 2.

Таблица 2

Распределение больных по тяжести панкреатита и количеству операций

Этиология	Вид панкреатита			
	легкий (n=24)	прооперировано из них n=8 (33,3%)	тяжелый (n=22)	прооперировано из них n=20 (90,9%)
алкогольный	14 (58,3%)	1 (7,14%)	17 (77,28%)	15 (88,2%)
билиарный	7 (29,2%)	7 (100%)	5 (22,72%)	5 (100%)
послеоперационный	3 (12,5%)	0 (0%)	0	0

Оценка полиорганных нарушений осуществлялась по критериям шкалы SOFA (Sequential Organ Failure Assessment - динамическая оценка органной недостаточности), которая позволяет в динамике оценивать состояние каждого органа отдельно.

Все полученные результаты статистически обрабатывались на персональном компьютере с использованием лицензированного пакета прикладной статистики StatSoft Inc. (1999) "Statistica for Windows".

Для обработки статистических данных применяли классические методы вариационной статистики (расчет средних величин, оценка их достоверности). Для оценки достоверности различия средних величин использовали критерий Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В обеих обследуемых группах статистически значимых отличий по полу, возрасту, длительности от начала заболевания, характеру сопутствующей патологии не было. В группе больных

с легкой формой панкреатита было прооперировано 33,3% больных. При билиарном панкреатите производились: холецистэктомия, дренирование холедоха, дренирование салъниковой сумки и парапанкреатической клетчатки. При алкогольном панкреатите произведено дренирование салъниковой сумки и парапанкреатической клетчатки.

При тяжелой форме панкреатита производились операции у 90,9% пациентов. Выполнялись некрсеквестрэктомия с дренированием парапанкреатической клетчатки по нижнему и верхнему краю железы, дренирование салъниковой сумки. Холецистэктомия с дренированием

холедоха выполнялись по показаниям. В некоторых случаях требовалась релапаротомия для дополнительного дренирования и некрсеквестрэктомии.

В динамике лечения были изучены особенности возникновения и развития дисфункции различных органов, типичные варианты сочетания недостаточности органов и систем в организме при остром панкреатите.

Анализ полученных данных показал, что начальные проявления полиорганной дисфункции уже имеют место при легких формах острого панкреатита (табл.3).

Таблица 3

Частота недостаточности органа или системы у больных панкреатитом

Форма панкреатита	Недостаточность или дисфункция органа						
	ЦН	НЦНС	РН	НГ	ПоН	ПеН	НЖКТ
Легкий (n=24)	5 (20,83%)	7 (29,16%)	3 (12,5%)	3 (12,5%)	1 (4,16%)	1 (4,16%)	2 (8,32%)
Тяжелый (n=22)	14 (63,63%)	16 (72,72%)	11 (50%)	13 (59,09%)	6 (27,27%)	5 (22,72%)	9 (40,9%)

Примечания: ЦН - циркуляторная недостаточность, НЦНС - недостаточность центральной нервной системы, РН - респираторная недостаточность, НГ - недостаточность гомеостаза, ПоН - почечная недостаточность, ПеН - печеночная недостаточность, НЖКТ - недостаточность желудочно-кишечного тракта.

При анализе данных таблицы 3 видно, что циркуляторная недостаточность наблюдалась у 20,83% пациентов с легкой формой панкреатита, а недостаточность центральной нервной системы у 29,16%. Недостаточность гомеостаза, печени, почек и легочной системы наблюдалась у 4,16% - 12,5%. Недостаточность органов и систем при легкой форме панкреатита наблюдалась у 37,5% пациентов этой группы. Проявления недостаточности данных органов и систем наблюдались в легкой форме и в течение 1-3 суток.

У пациентов с тяжелой формой панкреатита органная и системная недостаточность наблюдалась значительно чаще - у 77,28% пациентов. Наиболее часто были дисфункции центральной нервной системы - n=16 (72,72%) и недостаточность сердечно-сосудистой системы n=14 (63,63%), реже наблюдалась респираторная недостаточность n=11 (50%) и недостаточность желудочно-кишечного тракта - 9 (40,9%). Еще реже была почечная недостаточность n=6 (27,27%) и печеночная недостаточность n=5 (22,72%). При этом явления недостаточности органа или сис-

темы были более длительными (3-7 суток) и протекали в более тяжелой форме.

Интересным является анализ данных сочетания недостаточности различных органов и систем организма (табл. 4).

Циркуляторная недостаточность в сочетании с недостаточностью центральной нервной системы наблюдались наиболее часто, а в случае присоединения легочной, почечной и/или печеночной недостаточности двое из трех пациентов погибли. У пациентов с циркуляторной недостаточностью в сочетании с легочной или при присоединении недостаточности желудочно-кишечного тракта и/или при присоединении недостаточности гомеостаза состояние больных постепенно стабилизировалось и восстанавливалось в течение 5-6 суток. При этом летальных исходов не наблюдалось.

Важно отметить, что контроль функционального состояния органов и систем организма в динамике позволяет оптимизировать тактику лечения, раньше с профилактической целью использовать активные методы детоксикации и повторные оперативные вмешательства.

Сочетание недостаточности органов при остром панкреатите

Сочетание синдромов	Количество больных (n=22)	
	тяжелая форма панкреатита, выжившие (n=17) 77,28%	тяжелая форма панкреатита, умершие (n=5) 22,72%
ЦН+НЦНС+РН	5 (22,72%)	
НЦНС+ПоН+НГ	2 (9,09%)	
ЦН+НЦНС+НЖКТ	2 (9,09%)	
НГ+НЖКТ	5 (22,72%)	
ЦН+НЖКТ+ПеН	1 (4,54%)	
ЦН+РН+НГ+ПоН+НЦНС	1 (4,54%)	2 (9,09%)
ЦН+РН+НГ+ПеН+НЦНС	1 (4,54%)	2 (9,09%)
НЖКТ+ПеН+ПоН+НЦНС		1 (4,54%)

ВЫВОДЫ

1. Полиорганная дисфункция определяется при легких формах панкреатита у n=8 (33,3%) пациентов.

2. При тяжелых формах острого панкреатита полиорганная недостаточность наблюдается у 17 пациентов (77,28%). Наиболее часто характерны дисфункции центральной нервной системы (n=16; 72,72%) и недостаточность сердечно-сосудистой системы (n=14; 63,63%), реже наблюдалась респираторная недостаточность (n=11; 50%) и недостаточность желудочно-кишечного тракта (n=9; 40,9%), еще реже почечная недостаточ-

ность (n=6; 27,27%) и печеночная недостаточность (n=5; 22,72%),

3. У всех умерших пациентов (5 человек или 10,87%) развилась недостаточность более чем по трем системам.

4. Определение степени полиорганной недостаточности в динамике позволило разделить больных по тяжести заболевания и исхода болезни.

5. Ранняя диагностика и контроль недостаточности органа в динамике позволили стандартизировать подходы к лечебной тактике при остром панкреатите.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Брискин Б.С. Этапные операции из малых доступов при гнойных осложнениях панкреонекроза / Б.С. Брискин, Г.С. Брискин, О.Х. Рыбаков // Актуальные проблемы современной хирургии: материалы междунар. хирургического конгресса. – М., 2003. – С. 75.
2. Бурневич С.З. Факторный анализ результатов хирургического лечения больных стерильным панкреонекрозом / С.З. Бурневич // Анналы хирургической гепатологии. – 2004. – Т.9, № 1. – С. 135-141.
3. Галимзянов Ф.В. Диагностика и санация пораженных брюшинной клетчатки при некротизирующем панкреатите / Ф.В. Галимзянов // Актуальные проблемы современной хирургии: материалы междунар. хирургического конгресса. – М., 2003. – С. 32.
4. Клинико-лабораторные критерии деструктивных форм острого панкреатита / В.А. Сиплиный, С.Н. Тесленко, Г.Д. Петренко [и др.] // Вестник Морской медицины. – 2001. – №2 (14). – С. 24-28.
5. Практическая панкреатология: рук-во для врачей / Ю.Г. Боженов, А.Н. Боженов, С.А. Щербюк, Н. Шалин. – Новгород: Изд-во НГМА, 2003. – 211 с.
6. Практические рекомендации по диагностике и лечению острого деструктивного панкреатита / З.А. Дундаров, Г.С. Роголевич, Л.И. Швидлер [и др.] – Гомель, 2000. – 30 с.
7. Руднов В.А. Интенсивная терапия некротизирующего панкреатита: Анализ современного состояния проблемы / В.А. Руднов, А.С. Зубарев // Русский мед. журнал. – 2005. – Т.13, №26. – С. 3-6.
8. 50 лекций по хирургии / под ред. В.С. Савельева. – М.: Медиа Медика, 2003. – 408 с.
9. Черданцев Д.В. Коррекция синдрома системной воспалительной реакции при остром панкреатите (экспериментально-клиническое исследование): автореф. дис. на соискание учен. степени д-ра мед. наук: 14.00.27 / Д.В. Черданцев. -Красноярск, 2002. – 38с.
10. Austrums E. Postoperative enteral stimulation by gut feeding improves outcomes in sever acute pancreatitis / E. Austrums, G. Pupelis, K. Snippe // Nutrition. – 2003. – Vol. 19. – P. 487-491.
11. Hou-Quan, Tao. Clinical characteristics and management of patients with early sever pancreatitis. Experience from a medical center in China / Hou-Quan Tao., Jing-Xia Zhang., Shou-Chun Zou. // World J. Gastroenterol. – 2004. – Vol. 15. – P. 919-921.
12. Isenmann R. Early sever acute pancreatitis characteristics of a new subgroup / R. Isenmann, B. Rau, H.G. Beger // Pancreas.-2001. – Vol. 22. – P.274-278.
13. Wilmer A. ICU management of sever acute pancreatitis / A. Wilmer // Eur. J. Intern. Med. – 2004. – Vol. 15. – P. 274-280.

УДК 616.37-002.1-092:612.114-073-085

**В.В. Максим'юк,
І.Ю. Полянський,
Ф.В. Гринчук,
Р.М. Бесага*,
В.В. Тарабанчук,
О-М.В. Попелюк,
А.В. Тюєв**

*Буковинський державний медичний університет
кафедра хірургії*

(зав. – д.мед.н., проф. І.Ю. Полянський)

*Чернівецький національний університет ім. Юрія Федьковича**

кафедра оптики та спектроскопії

(зав. – д. мед. н., проф. О.Г. Ушенко)

Ключові слова: *гострий панкреатит, діагностика, люмінесценція*

Key words: *acute pancreatitis, diagnostics, photoluminescence*

ЗМІНИ ЛЮМІНЕСЦЕНЦІЇ ПЛАЗМИ ВЕНОЗНОЇ КРОВІ В УМОВАХ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Резюме. *Изучены особенности изменений фотолюминисцентных характеристик плазмы венозной крови у больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Установлено, что при остром деструктивном панкреатите максимальные значения флуоресценции плазмы отмечаются в более коротковолновом диапазоне, чем при остром деструктивном холецистите и перфоративных гастродуоденальных язвах. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности разработки и внедрения новых методов фотолюминисцентной диагностики острого панкреатита.*

Summary. *The features of changes in photoluminescence characteristics of venous blood plasma in patients with acute surgical diseases of the abdominal cavity were studied. It was found that in acute destructive pancreatitis maximum values of plasma fluorescence appear in a short-wave range than in case of acute destructive cholecystitis and perforating gastroduodenal ulcers. Obtained results testify to reasonability of development and realization of new methods of photoluminescence diagnostics in acute pancreatitis.*

Високовірогідна діагностика різних форм гострого панкреатиту та його ускладнень є однією з найбільш складних проблем невідкладної абдомінальної хірургії [1,3,6]. Діагностична вірогідність існуючих на сьогодні лабораторно-інструментальних методів не перевищує 80 %, що у ряді випадків призводить до діагностичних помилок, і, як наслідок, до неадекватного лікування [2-5,7]. Це робить актуальним пошук нових, інформативних діагностичних параметрів.

Мета роботи: вивчити особливості змін спектрів люмінесценції плазми венозної крові у хворих на гострий деструктивний панкреатит, на основі чого розробити нові інформативні методи його діагностики.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Обстежено 25 практично здорових донорів (перша група) та 61 хворий, серед яких на гострий деструктивний холецистит – 15 (друга група), перфораційні гастродуоденальні виразки – 13 (третья група), гострий деструктивний панкреатит – 33 (четверта група).

З метою оцінки інформативності фотолюмінесцентної діагностики проводили визначення

спектрів люмінесценції плазми венозної крові шляхом її опромінення монохроматичним лазерним променем, джерелом якого служив аргонний лазер ЛГН-503, що випромінює на довжині хвилі 458 нм із потужністю 200 мВт. Лазерний промінь піддавався фільтрації фільтром ФС – 1, що усувало випромінювання з довжиною хвилі $\lambda > 460$ нм і створювало опромінення 6×10^{-6} Вт/м² кварцової кювети товщиною 3,01 мм, яку заповнювали плазмою, у кількості 1 мл. Випромінювання лазера, розсіяне плазмою, і регулярна складова фокусувалась на вхідну щілину монохроматора МДР-12, за якою вмонтований світофільтр ЖС – 16. На виході з монохроматора лазерний промінь потрапляв на фотоприймач, з'єднаний з універсальним вольтметром В-7-21А, за допомогою якого визначались вихідні параметри випромінювання. Похибки по інтенсивності при вимірах на цій установці становили 2-3 %. Для розшифрування спектра люмінесценції плазми крові людини як еталонне джерело випромінювання використовували температурну лампу ТРШ 2850-3000. Дослідження люмінесцентних власти-

востей плазми проводили на кафедрі оптики та спектроскопії Чернівецького національного університету ім. Юрія Федьковича (зав. – проф. О.Г. Ушенко).

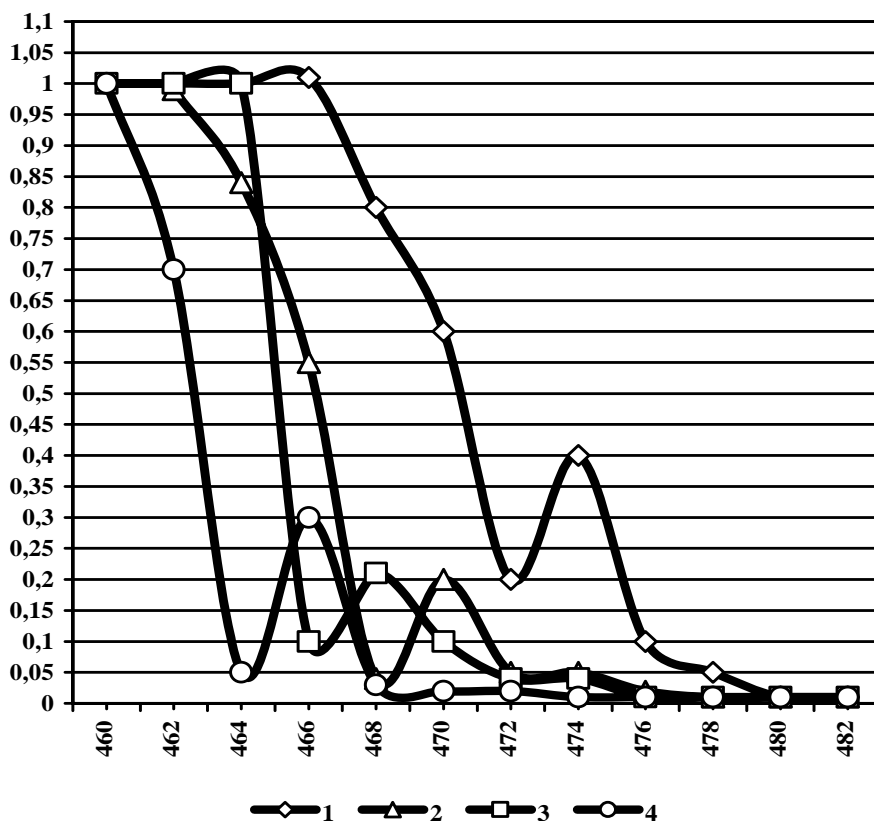
При виконанні роботи дотримувались загальноприйнятих світових та вітчизняних норм здійснення досліджень у галузі біології та медицини, а саме: положеннями Гельсінської декларації з прав людини, Ванкуверської конвенції про біомедичні дослідження (1979, 1994) та інших законодавчих актів, що діють на території України.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Встановлено, що плазма крові людини люмінесцює в області довжин хвиль $\lambda = 460 - 800$ нм. При цьому, у спектрах флуоресценції здорових людей спостерігався характерний максимум інтенсивності на довжинах хвиль $\lambda = 474 - 475$ нм (рис.). У той же час, в обстежених хворих максимальні показники потужності флуоресценції в

цій області зсувалися у короткохвильовий діапазон, починаючи з довжини хвилі $\lambda = 471$ нм, а їхні абсолютні параметри були значно нижчими (рис.).

У результаті проведення порівняльного аналізу у хворих другої, третьої та четвертої груп виявлено характерні відмінності спектрального розподілу пікових значень інтенсивності флуоресценції. Зокрема, при гострому деструктивному холециститі максимальні параметри спостерігались на довжині хвилі $\lambda = 470$ нм, при перфораційних гастродуоденальних виразках – на довжині хвилі $\lambda = 468$ нм, а при гострому деструктивному панкреатиті - на довжині хвилі $\lambda = 466$ нм (рис.). Тобто у хворих четвертої групи найбільша інтенсивність флуоресценції зміщувалась у більш короткохвильовий діапазон, порівняно з такою у пацієнтів хворих другої та третьої груп, а також осіб першої групи.



Спектри люмінесценції плазми венозної крові: 1 – донори; 2 – гострий холецистит; 3 – перфораційна виразка; 4 – гострий панкреатит

Одержані результати створили підґрунтя для напрацювання нового способу люмінесцентної діагностики гострого деструктивного панкреатиту (заявка на корисну модель № у 2011 01328), діагностична чутливість якого у нашому

дослідженні становила 90,1%, діагностична специфічність – 83,3%, діагностична точність – 88,2%, діагностична ефективність – 86,7%.

Отже, проведені дослідження свідчать, що в умовах гострого деструктивного панкреатиту

відзначаються специфічні зміни фотолюмінесцентних параметрів плазми венозної крові. Це вказує на перспективність проведення подальших поглиблених досліджень у цьому напрямку.

ВИСНОВКИ

1. Пікові значення інтенсивності флюоресценції плазми крові здорових донорів відзначаються на довжинах хвиль $\lambda=474-475$ нм.

2. У хворих на гострі хірургічні захворювання органів черевної порожнини максимальні значення інтенсивності флюоресценції плазми зміщується у короткохвильовий діапазон.

3. При гострому деструктивному панкреатиті визначається характерний пік значень інтенсивності флюоресценції на довжині хвилі $\lambda=466$ нм.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Агаев Б.А. Комплексное лечение острого панкреатита / Б.А. Агаев, З.Е. Джафарли // Хирургия. – 2010. – № 4. – С. 63-66.
2. Газдюк П. В. Діагностика гнійно-некротичних ускладнень псевдокіст підшлункової залози / П.В. Газдюк // Клініч. хірургія. – 2009. – № 9. – С. 18-20.
3. Застосування експрес-тесту actimtm pancreatitis для діагностики гострого панкреатиту / П.Д. Фомін, В.М. Сидоренко, С.М. Михальчишин, О.І. Ліссов // АВС-діагностики. – 2010. – № 3. – С. 80.
4. Chang JWY. Diagnosing acute pancreatitis: amylase or lipase? / JWY. Chang, CH. Chung // Hong

- Kong J. Emerg. Med. – 2011. – Vol. 18, N 1. – P. 20-25.
5. Etiology and diagnosis of acute biliary pancreatitis / J. M. Erwin, L. Donald, P. Bhagirath, J. Chris [et al.] // Nature Reviews Gastroenterology and Hepatology. – 2010. – Vol. 7. – P. 495-502.
6. Lowenfels A. The changing character of acute pancreatitis: epidemiology, etiology and prognosis / A. Lowenfels, P. Maisonneuve, T. Sullivan // Curr. Gastroenterol. Rep. – 2009. – Vol. 11, N 2. – P. 97-103.
7. Rickes S. Advances in the diagnosis of acute pancreatitis / S. Rickes, C. Uhle // Postgrad Med. J. – 2009. – Vol. 85. – P. 208-212.



УДК 616.37-006.2-073-089

И.В. Криворучко

РЕЗУЛЬТАТЫ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Запорожская медицинская академия последипломного образования
кафедра хирургии с курсом гнойно-септической хирургии*

Ключевые слова: псевдокисты поджелудочной железы, ультразвуковое исследование, пункционно-дренажные методы
Key words: pseudocysts of pancreas, ultrasonography, minimal invasive surgery

Резюме. Вивчені результати можливостей ультразвукового дослідження в діагностиці та лікуванні псевдокіст підшлункової залози у 170 хворих. Втручання під контролем ультразвуку виконано 152 (89,41 %) хворим, ендоскопічні – у 7 (4,12 %), лапароскопічні – у 3 (1,79 %) хворих. Лапаротомні операції проведені 43 (25,29 %) хворим, з них у 24 (14,12 %) другим етапом після дренивання під контролем УЗС. Загальна ефективність пункційно-дренажних методів становила 83,2 %, ускладнення спостерігалися в 1,7 %. При формуванні зовнішніх панкреатичних норниць після втручання під контролем УЗД на тлі хронічних форм панкреатиту проводились консервативні, ендоскопічні методи лікування, а при їх неефективності – прямі втручання на підшлунковій залозі.

Summary. The results of possibilities of ultrasonic research in diagnostics and treatment of pseudocysts of pancreas in 170 patients were studied. Interferences under control of ultrasound were executed in 152 (89,41 %) of patients, endoscopic – in 7 (4,12 %), laparoscopic – in 3 (1,79 %) patients. Opened operations were performed in 43 (25,29 %) of patients, of them in 24 (14,12 %) after US-guided drainage procedure. General efficiency of small-access surgical methods was 83,2 %, complications are marked in 1,7 %. In conditions of outward pancreatic fistula accompanied with chronic pancreatitis, we used conservatived, endoscopic management, in their inefficacy we employed direct approach on the pancreas.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) используется в клинической практике более 30 лет. Важным этапом в развитии метода было создание приборов, дающих изображение "серой шкалы", т.е. отражающих действительное соотношение плотностей визуализируемых тканей, а также конвертера цифрового высокоскоростного сканирования, посредством которого возможно получение высококачественного изображения в реальном масштабе времени [2]. В результате дальнейших усовершенствований УЗИ стало достаточно надежным методом, возможности которого уже приближаются к пределу, ограниченному лишь законами физики. Компьютерная томография (КТ) не заменила УЗИ, а, скорее, дала новый импульс его развитию, так как признаки, используемые обоими методами, во многом схожи и, следовательно, их разработка и исследование идут параллельно [1,2].

При УЗИ органов пищеварительной системы визуализация поджелудочной железы (ПЖ) занимает одно из важнейших мест [1]. Использование современного оборудования с датчиком, обеспечивающим широкое поле обзора и высокую разрешающую способность, в большинстве случаев оказывается достаточным для качественной визуализации всех отделов ПЖ, ее паренхимы и протоковой системы. Возможности современной диагностической аппаратуры позволяют использовать принципы традиционной хирургии для выполнения менее травматичных, но достаточно эффективных процедур превентивного или окончательного характера при лечении больных с кистами ПЖ [3,6]. Выявление кистозного поражения ПЖ в большинстве случаев определяет и показания к оперативному лечению, которое зависит от причины образования, локализации, срока существования кисты, ее размеров и содержимого, связи с панкреатическим протоком, возникших осложнений, наличия сопутствующих поражений органов, смежных с ПЖ и др.[5]. Диапазон оперативных вмешательств, выполняемых по поводу панкреатических псевдокист, достаточно широк, однако наружное дренирование – один из основных и нередко единственно возможный способ хирургического лечения псевдокист ПЖ [4]. В таких случаях преимущества применения пункционно-дренирующих вмешательств под контролем УЗИ очевидны [3,6].

Целью настоящего исследования явилось изучение обоснованности применения и клинической эффективности ультразвукового сканирования в диагностике и лечении псевдокист ПЖ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

В клинике кафедры хирургии с курсом гнойно-септической хирургии Запорожской медицинской академии последипломного образования на базе Запорожского областного центра хирургии печени, поджелудочной железы и желчных протоков проведен анализ результатов комплексного обследования и хирургического лечения 170 больных с псевдокистами ПЖ за период с 2000 по 2010 г.

Мужчин было – 122 (71,76 %), женщин – 48 (28,24 %). Возраст пациентов варьировал от 21 до 79 лет и в среднем составил – 44,20±0,39.

Диагностическая программа включала общеизвестные клинические и биохимические лабораторные исследования, УЗИ органов брюшной полости, компьютерную томографию, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию, чрездренажные рентгеноконтрастные исследования.

Тактика лечения определялась количеством, размерами и локализацией кист, изменениями в паренхиме и протоковой системе ПЖ, характером осложнений, общим состоянием больного. УЗИ органов брюшной полости выполняли всем пациентам. Особое внимание уделяли локализации кисты, размерам, характеру ее содержимого, наличию и толщине капсулы, состоянию внепеченочных желчных протоков, паренхимы железы и протоковой системы, наличию расширения сосудов портальной системы. Для уточнения топографии кистозного образования и структуры ПЖ использовали КТ с болюсным контрастным усилением. В лечении больных применялись как открытые оперативные вмешательства, так и малоинвазивные (интервенционная сонография, лапароскопические и эндоскопические).

Всего выполнено 195 оперативных вмешательств у 170 больных. При этом малоинвазивные методики использованы у 152 больных: 13 пункций полости кисты с эвакуацией содержимого без дренирования и 139 дренирований с эвакуацией содержимого кисты и исследованием последнего. Трём больным выполнена лапароскопическая цистэктомия (ЛЦ). 43 больным выполнена лапаротомия (резекционных оперативных вмешательств – 13, дренирующих – 19, цистэктомий – 6 и других - 5), из них 24 – вторым этапом после дренирования под контролем УЗИ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Основным и ведущим методом в диагностике псевдокист ПЖ являлось УЗИ. Ультразвуковая диагностика псевдокист обычно не представляет

значительных трудностей. Они определяются как овальные или округлые гипэхогенные образования с четкими контурами, с наличием в различной степени выраженной капсулы. Характерным для кист является сонографический эффект дистального псевдоусиления и боковых акустических теней. Минимальный размер кисты, которая может быть выявлена с помощью эхографии, составляет 0,6—0,8 см в головке и теле ПЖ и 1,0—1,5 см — в хвосте. Однако при размерах кисты 10 см и более возникают трудности в определении ее источника в связи с изменениями топографии близлежащих органов.

Размеры кист варьировали в пределах от 2,0 до 20,0 см (средний размер $9,44 \pm 1,50$ см).

По данным ультразвукового сканирования кисты локализовались в разных отделах ПЖ, а также за её пределами. В головке ПЖ находилось 64 (37,65 %) кисты, в теле – 28 (16,47 %), а в хвосте – 61 (35,88 %). У 26 больных кисты локализовались сразу в двух отделах железы, а именно в головке и теле – 6 (3,53 %), головке и хвосте 8 (4,7 %), теле и хвосте – 12 (7,06 %). У одного больного кисты находились сразу в трёх отделах ПЖ. У 42 (24,71 %) больных кисты находились за пределами ПЖ, или из-за слишком большого размера (некоторые кисты достигали более 20 см и занимали весь верхний этаж брюшной полости) невозможно было установить их принадлежность к какому-то отделу железы (рис. 1).

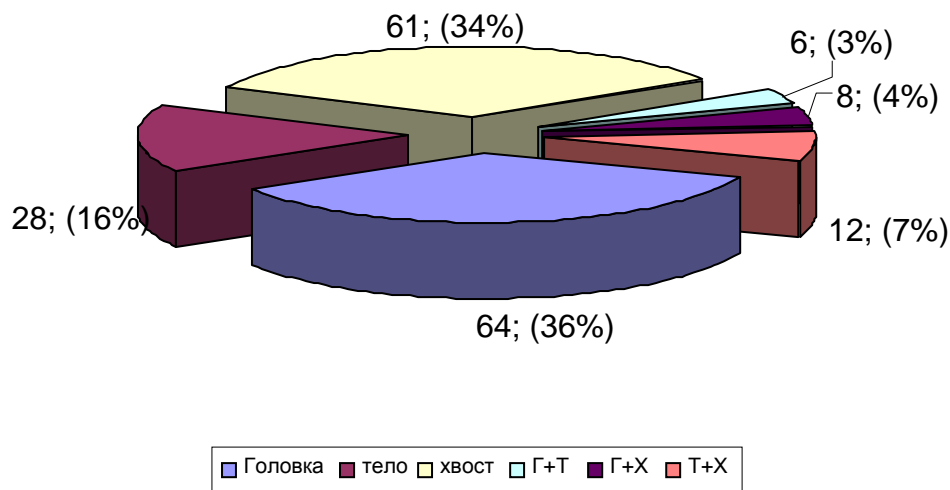


Рис. 1. Частота локализации кист в поджелудочной железе

В 9 случаях данных УЗИ было достаточно для диагностики связи псевдокисты с главным панкреатическим протоком, что позволяло прогнозировать и определять дальнейшую тактику лечения без использования других методов диагностики (рис. 2).

Чувствительность и специфичность УЗИ в диагностике кист ПЖ составила 98,00 и 99,00 %, соответственно.

Подавляющее большинство больных прооперировано с помощью малоинвазивных методик, а именно пункционно-дренажным методом – 152 (89,41%) больных. Наш опыт показал, что чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства под УЗ-контролем могут выполняться независимо от сроков существования кисты, толщины капсулы, локализации кисты, возраста больного и сопутствующих заболеваний. Показанием к чрескожному дренированию считали

любые солитарные отграниченные по данным УЗИ жидкостные образования при отсутствии противопоказаний и при возможности установки дренажа. Абсолютным противопоказанием к дренированию считали интерпозицию селезенки, кишки, почки, крупных сосудов.

При небольших кистах (от 1,0-3,0см) без структурных изменений ПЖ и связи с протоками применялась однократная пункция с аспирацией содержимого кисты и склеротерапией 96° раствором этанола под УЗ-контролем. Данный метод применен у 13 больных (7,00 %). У 11 (84,66 %) больных достигнут положительный клинический эффект. У 2 (15,34 %) больных в ранние сроки (до 3 мес.) наблюдался рецидив кисты, что в 1 случае потребовало дренирования под УЗС, а 1 больному выполнена эндоскопическая цистодуоденостомия.

При кистах размерами более 5,0 см наружное дренирование под контролем УЗИ выполнено 139 больным.

В послеоперационном периоде полость кисты санировалась растворами антисептиков, а после исключения сообщения ее с протоками железы проводились сеансы склеротерапии 96° этанолом. Объективные доказательства уменьшения размеров кисты и улучшение состояния больного позволяли нам выписать больного из стационара на амбулаторное лечение, не удаляя дренаж. Также снижение уровня амилазы в содержимом кисты является положительным прогностическим признаком и указывает на эффективность выполненной операции. Критериями эффективности лечения было уменьшение размеров по-

лости кисты с уменьшением количества отделяемого и ее ферментной активности, что контролировалось данными УЗИ в динамике и чрездренажными фистулографиями. Дренажи удалялись при отсутствии отделяемого и сонографических данных о жидкостном образовании в брюшной полости. При использовании пункционно-дренажного метода у 6 больных образовались неполные наружные панкреатические свищи, 4 закрылись на фоне консервативной терапии с однократным введением соматулина в дозировке 30 мг, а двое больных прооперированы – выполнена дистальная резекция ПЖ и иссечение панкреатического свища с наложением панкреатоюноанастомоза.

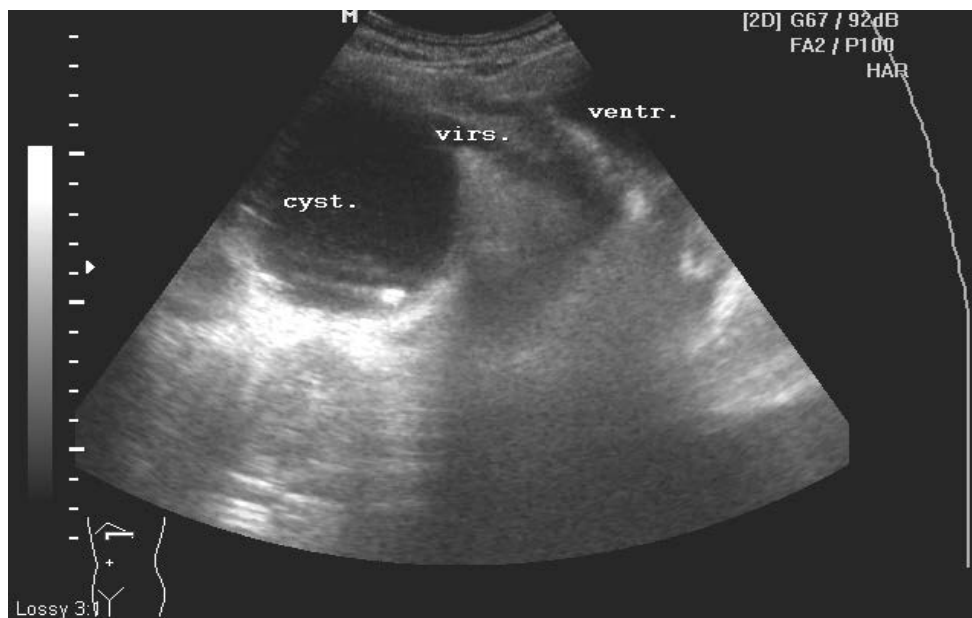


Рис. 2. Сонографическая картина псевдокисты ПЖ, связанной с главным панкреатическим протоком

У 8 (5,26%) пациентов при дренировании кист добиться полного излечения не удалось в виду наличия крупных секвестров в полости кисты и невозможности санации через установленные дренажи, что потребовало открытого оперативного вмешательства – некрсеквестрэктомии.

Основным методом лечения псевдокист, осложнённых механической желтухой у 15 больных, были малоинвазивные вмешательства под контролем УЗИ. Одному больному выполнена пункция кисты с аспирацией содержимого и склеротерапией этанолом. 12 больным произведено дренирование кисты с последующей санацией полости последней. После декомпрессии состояние пациентов улучшилось, явления механической желтухи купированы. Для контроля эффективности лечения использовалось рентгено-

контрастное исследование, при котором определялась полость от 4 до 7,5 см. В 3 случаях отмечалось попадание контраста в желчные протоки – цистобилиарные свищи, что требовало дополнительного дренирования желчных путей (1 – эндоскопическое назобилиарное дренирование, 1 – холедоходуоденоанастомоз, 1 – чрескожная чреспеченочная холангиостомия).

При развитии псевдокист ПЖ на фоне хронического калькулёзно-дегенеративного панкреатита дренирование под УЗ-контролем применялось в качестве первого этапа лечения для стабилизации состояния больного и подготовке для планового вмешательства на поджелудочной железе. Вторым этапом произведено 5 дистальных резекций поджелудочной железы, 3

операції Фрея, 1 – операція Бегера, 2 – цистектомії.

Рецидив набувався у 7 (4,60%) хворих, який усунутий повторним дренируванням під контролем УЗІ.

Летальних ісходів при ліченні псевдокист піджелудочної залози не було, ускладнення після операцій склали 3,29 %. В одному випадку отримано внутрішньочеревне кровотеча, що було пов'язано з вовлеченням в процес *v. mesenterica superior*, в другому – підтекання жовчі в черевну порожнину при наявності цистобіліарного свища. Трьом хворим потрібно було зробити дренирування черевної порожнини по приводу підтекання вмісту кишки, яке набу-

валось у хворих з розмірами кист більше 15,0 см в діаметрі.

ВИВОДИ

1. Ведущим методом діагностики кист ПЖ є УЗІ, яке економічно найбільш обґрунтоване і має високу чутливість і специфічність – 98,00 і 99,00%, відповідно.

2. Пункційно-дренажний метод під контролем УЗІ при ліченні псевдокист піджелудочної залози як самостійний застосовується у 89,41% хворих без летальних ісходів, з ускладненнями 3,29 %.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Губергриц Н.Б. Клиническая панкреатология / Н.Б. Губергриц, Т.Н. Христинич; под ред. Н.Б. Губергрица. – Донецк: ООО «Лебедь», 2000.

2. Митьков В.В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике / В.В. Митьков. – М.: Видар, 1996. – 1503с.

3. Пункційно-дренажні втручання під УЗ-контролем в ліченні ложних кист піджелудочної залози / В.В. Васильєв, Д.Ю. Семенов, А.А. Ребров [и др.] // Анналы. хирургии. – 2005. – №6 – С. 59-62.

4. Формирующиеся ложные кисты поджелудочной железы: ультразвуковая диагностика и лечение с

использованием чрескожных эхоконтролируемых вмешательств / М.Е. Ничитайло, Г.Ю. Мошковский, В.В. Крыжевский [и др.] // Укр. журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2011. – №4. – С.16-21.

5. Юдін О.О. Роль інтервенційної сонографії у лікуванні гострих кист підшлункової залози / О.О. Юдін // Шпитальна хірургія. – 2008 – №4. – С.116-118.

6. Surgical management of complications associated with percutaneous and/or endoscopic management of pseudocyst of the pancreas / Nealon [et al.] // Ann. Surg. – 2005. – Vol. 241, N6. – P. 948-957.



УДК 616.37-002.4-089

**В.Г. Ярешко,
Д.Ю. Рязанов,
В.Н. Антонец**

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»
кафедра хирургии с курсом гнойно-септической хирургии

Ключевые слова: панкреонекроз, хирургическое лечение

Key words: pancreonecrosis, surgery treatment

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Резюме. Проаналізовано результати лікування 110 хворих на панкреонекроз. З 97 оперованих померло 12 хворих. Післяопераційна летальність становила 12,4%. Показано, що у 50% хворих панкреонекрозом летальний результат був зумовлений тяжкістю перебігу захворювання й системними ускладненнями, що виникли, а ще у 50% – його пізніми інфікованими локальними ускладненнями. На підставі отриманих даних обґрунтовано необхідність перегляду принципів профілактики виникнення пізніх інфікованих локальних ускладнень панкреонекрозу, адекватної їх діагностики та хірургічного лікування, спрямованих на зменшення кількості операцій «за потребою» при виникненні життєзагрозливих ускладнень.

Summary. Results of treatment of 110 patients with pancreonecrosis are analyzed. Of 97 operated patients, 12 patients died. Postoperative mortality was 12,4%. It is shown that in 50% of patients with pancreonecrosis death was due to the severity of the disease and systemic complications, and

in other 50% – due to late infected local complications. Basing on these data, the necessity of revising principles of prevention of late infected local complications of pancreonecrosis, adequate diagnosis and surgical treatment aimed at reduce of number of operations "on demand" in life-threatening complications is justified.

Несмотря на очевидные успехи диагностики и лечения острого панкреатита (ОП) и его тяжелых форм, полиэтиологический характер заболевания, его длительное, рецидивное и мало прогнозируемое течение со склонностью к развитию системных и локальных осложнений приводят к созданию многочисленных и неоднозначных тактических подходов, которые рекомендуются к использованию в клинической практике [2, 4, 7, 8]. Однако предлагаемые новые стандарты диагностики и лечения ОП требуют глубокого изучения и анализа доказательности с целью отбора из них наиболее эффективных и надежных [6, 9].

Особого внимания хирургов до операции требует определение глубины изменений самой поджелудочной железы (ПЖ) при панкреонекрозе (ПЗ), семиотика поражения забрюшинного пространства, что является наиболее частой причиной дооперационных диагностических ошибок, неправильного выбора хирургической тактики и, как следствие, высокой летальности [1, 3, 5].

На наш взгляд, успехи в достижении наилучших исходов лечения больных ПЗ невозможны без постоянного качественного мониторинга состояния жизнеспособности паренхимы ПЖ и непрогнозируемых, динамически развивающихся поражений забрюшинного пространства. Решить эту задачу возможно с помощью применения ультразвуковых аппаратов эксперт-класса, компьютерной томографии с контрастным исследованием и соответствующих им целенаправленных хирургических вмешательств в виде малоинвазивных (под ультразвуковой или компьютерной навигацией), а также лапаротомных (селективных мини- или широких транслапаротомных или транслумбальных) доступов.

Кроме того, необходим единый обобщающий научный подход в изучении и трактовке непосредственных результатов лечения больных с ПЗ в отдельных хирургических клиниках и центрах на основе единых клинических стандартов.

Цель исследования: изучить непосредственные результаты диагностики и лечения больных панкреонекрозом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

На стационарном лечении в клинике кафедры хирургии с курсом гнойно-септической хирургии ГУ «ЗМАПО МЗ Украины» г. Запорожья с 2005 по 2011 год находились 110 больных ПЗ, из них мужчин было 74 (67,3%), женщин – 36 (32,7%).

Злоупотребление алкоголем отмечалось у 75 (68,1%) больных.

Для диагностики ПЗ и его осложнений применяли клинико-лабораторное, биохимическое обследование, обзорную рентгенографию органов брюшной полости, рентгенографию желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерную томографию (КТ) с внутривенным контрастным болюсным усилением, фиброгастроуденоскопию, лапароскопию, цитологическое и бактериологическое исследование содержимого брюшной полости с определением вида возбудителя и его чувствительности к антибактериальным препаратам, определение активности амилазы, чрездренажную фистулографию.

У 94 больных (85,4%) имелись осложнения: флегмона забрюшинного пространства (ФЗП) – 37 (39,3%), перитонит – 33 (35,1%), сепсис – 30 (31,9%), панкреатический абсцесс (ПА) – 20 (21,2%), острое жидкостное образование (ОЖО) – 8 (8,4%).

У 47 (42,7%) больных ПЗ был подтвержден при КТ. Степень поражения ПЖ по E.J.Balthazar и E.L.Bradly составила: стадия В-С – 4 (8,5%), D – 21 (44,7%), E – 22 (46,8%) больных.

В стадии В-С оперированы трое больных, все – однократно: у 2 произведено наружное лапароскопическое дренирование брюшной полости, у 1 – наружное дренирование под ультразвуковым контролем (УЗК).

В стадии D оперированы 18 (85,7%) из 21 больного, из них однократно – 3, двукратно – 5, трехкратно – 2, четырехкратно и более – 8 пациентов. Первичные операции заключались в выполнении наружного лапароскопического дренирования брюшной полости у 6, наружного дренирования ОЖО под УЗК – у 8, панкреатсеквестрнекрэктомии (ПСНЭ) – у 2, холецистэктомии – у 1, эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) – у 1 больного. Повторно оперированы 15 больных, у которых произведены этапные вмешательства: ПСНЭ – у 6, наружное редренирование сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки – у 4, остановка аррозивного кровотечения (АК) – у 3, назогастральная интубация тонкого кишечника – у 2 больных.

В стадии E оперированы 20 (90,9%) из 22 больных. Однократно оперировано 10, двукратно – 2, трехкратно – 2, четырехкратно и более – 7 больных. Первичные операции заключались в выполнении наружного лапароскопического дре-

нирования брюшной полости у 3, наружного дренирования ОЖО под УЗК – у 4, ПСНЭ – у 3, санации и дренирования сальниковой сумки и забрюшинного пространства – у 10 больных. Повторно оперированы 10 больных, у которых выполнялись этапные вмешательства: ПСНЭ – у 4, повторное наружное дренирование под УЗК – у 2, назогастральная интубация тонкого кишечника – у 2, остановка АК – у 2 больных.

Абсолютными показаниями к выполнению первичной операции у больных ПЗ являлись: наличие свободной жидкости в брюшной полости, наличие ОЖО, развитие инфицирования очагов некроза ПЖ, возникновение ФЗП, билиарная этиология заболевания.

Традиционные лапаротомные операции выполнены у 42 (38,1%), малоинвазивные – у 55 (50%) больных. К группе малоинвазивных вмешательств относили больных, которым выполнялось наружное лапароскопическое дренирование брюшной полости, наружное дренирование ОЖО под УЗК, ЭПСТ.

У 29 (52,7%) из 55 больных с малоинвазивными вмешательствами первым этапом выполнялось лапароскопическое дренирование брюшной полости: у 13 (44,8%) это был окончательный метод лечения, а у 5 (17,3%) потребовалось выполнение повторной операции без вмешательства на ПЖ – дренирование жидкостных скоплений брюшной полости или забрюшинного пространства. У 11 (37,9%) больных после лапароскопического дренирования брюшной полости производилась ПСНЭ: у 4 (13,7%) выполнена ПСНЭ на 2-3-и сутки, у 5 (17,2%) – 5 и более операций ПСНЭ в сроки от 12 до 30 суток, у 2 (6,8%) – 2 операции ПСНЭ на 19-е сутки от момента выполнения первой операции. Умерло 4 больных, которым выполнены вмешательства на 2-3-и сутки после лапароскопического дренирования брюшной полости.

У 3 (5,4%) больных при вклиненном камне большого сосочка ДПК или его стенозе (билиарная этиология ПЗ) выполнена срочная эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), из них у 2 пациентов выполнена повторная операция без вмешательства на ПЖ. Умер 1 больной на 3-и сутки после вмешательства на фоне синдрома полиорганной недостаточности (СПОН) и разлитого перитонита.

У 23 (41,9%) больных выполнено наружное дренирование ОЖО под УЗК: у 4 (17,3%) это был окончательный метод лечения, а у 8 (34,7%) выполнена повторная операция без вмешательства на ПЖ. У 11 (47,8%) больных выполнена ПСНЭ: у 4 (17,3%) на 2-6-е, у 5 (21,7%) – на 7-18-е, у 2 (8,6%) – на 7-13-е сутки после наружного дренирования под УЗК.

Распространение гнойного процесса на забрюшинную клетчатку, наличие двух и более жидкостных коллекторов, а также образование секвестров ПЖ и/или забрюшинной клетчатки и невозможность их отторжения через дренажные трубки обуславливали необходимость комбинирования закрытых и открытых методов оперативного вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из 13 неоперированных больных консервативная терапия была эффективна у 12 (92,3%). Умер 1 (7,7%) больной, поступивший в поздние сроки заболевания, с тяжёлым сепсисом на фоне декомпенсации сопутствующих заболеваний.

Хирургическое лечение больных было этапным, причём количество вмешательств определялось динамикой течения заболевания, развитием локальных осложнений, состоянием некротического процесса предыдущего вмешательства.

На первом этапе применяли малоинвазивные вмешательства с учётом показаний (ЭПСТ; лапароскопическую санацию и дренирование брюшной полости; дренирование ОЖО, ФЗП под УЗК), что позволяло уменьшить проявления синдрома системного воспалительного ответа, СПОН. В дальнейшем проводилась интенсивная терапия в отделении интенсивной терапии. У 46 (47,4%) больных подобные вмешательства явились окончательным способом хирургического лечения.

При отрицательной динамике заболевания, развитии локальных осложнений и сохранении признаков персистирующей инфекции, а именно, сохранении или ухудшении состояния больного по критериям Ranson, сохранении температурной реакции, гнойного отделяемого по дренажам без тенденции к уменьшению, сохранении размеров остаточной полости или её увеличению, выявлении при УЗИ или КТ нелизированных остаточных секвестров ПЖ и/или забрюшинной клетчатки, выполнялся второй этап лечения – лапаротомия, преимущественно из селективных минидоступов с ПСНЭ, дренированием жидкостных образований и забрюшинного пространства.

Показанием к повторной операции являлись: сохраняющиеся признаки персистирующей инфекции, прогрессирующий перитонит, ранняя спаечная острая кишечная непроходимость, АК, абсцессы брюшной полости.

Всего оперировано 97 (88,2%) больных. Из них одно оперативное вмешательство выполнено у 46 (47,4%), два – у 20 (20,6%), три – у 10 (10,3%), четыре – у 10 (10,3%), пять – у 10 (10,3%), шесть – у 1 (1,1%) больного.

Анализ результатов показал, что тактика этапного лечения инфицированного ПЗ с выполнением повторных операций определялась двумя основными факторами и, как следствие, двумя принципиально разными подходами к выбору показаний и сроков хирургического вмешательства: при наличии объективных признаков персистирующей инфекции выполнялись «плановые» операции, при развитии жизнеугрожающих осложнений (аррозивное кровотечение, перфорация полого органа, перитонит, острая кишечная непроходимость и т.д.) – операции «по необходимости».

Выполнение «плановой» операции санации в сравнении с широко принятой тактикой «программируемой» релапаротомии позволяет уменьшить травматизацию раны передней брюшной стенки, предупреждает ятрогенное повреждение полых органов и сосудов брюшной полости. Предложенная тактика позволяет контролировать динамику течения заболевания на основании объективных критериев, прогнозировать его исход. В результате количество хирургических вмешательств не более 2 раз выполнено у 68% оперированных больных.

Из 97 оперированных больных умерло 12. Послеоперационная летальность составила 12,4%. Из них у 9 (75%) выполнена ранняя ПСНЭ (1-7-е сутки), у 1 (8,3%) – поздняя ПСНЭ (на 21-е сутки). У 2 (16,6%) больных вмешательство на ПЖ не производилось.

Анализ причин летального исхода показал, что непосредственной его причиной были: общий перитонит и тяжёлый сепсис – у 6 (50,0%), ФЗП – у 4 (33,3%), АК – у 2 (16,6%) больных.

Следовательно, из 12 умерших больных у 50% летальный исход был обусловлен тяжестью течения ПЗ и возникшими системными осложнениями, а ещё у 50% – его поздними инфицированными локальными осложнениями.

На наш взгляд, именно та часть больных ПЗ, у которых летальный исход обусловлен непрогнозируемым течением заболевания, возникновением поздних инфицированных локальных осложнений (ФЗП, АК и пр.), может являться потенциальным «резервом» для снижения летальности. Для этого следует минимизировать количество операций, выполняемых «по необходимости», что возможно путём изменения принципов профилактики возникновения поздних инфицированных локальных осложнений, разработки новых стандартов своевременной и адекватной их диагностики и хирургического лечения.

Реализация предложенных принципов диагностики и хирургического лечения позволила снизить послеоперационную летальность при ПЗ до 12,4%.

ВЫВОДЫ

1. Одними из причин неудовлетворительных результатов хирургического лечения панкреонекроза является сложность дооперационной диагностики степени поражения поджелудочной железы, топической диагностики локальных осложнений, своевременность их выявления, достоверность интерпретации данных визуализационных лучевых методов диагностики в динамике заболевания, а также адекватной ревизии при выполнении операции.

2. У 50% больных панкреонекрозом причиной летального исхода являются поздние инфицированные локальные осложнения с развитием СПОН, что обуславливает необходимость разработки новых подходов профилактики их возникновения, адекватной диагностики и хирургического лечения, направленных на уменьшение количества выполнения операций «по необходимости».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Брискин Б.С. Хирургическое лечение панкреонекроза / Б.С. Брискин, О.Х. Халидов, Д.З. Алиев // Тез. докл. первого конгресса московских хирургов. – М., 2005. – С. 88.
2. Березницький Я.С. Алгоритм організації діагностичних та лікувальних дій при гострому панкреатиті / Я.С. Березницький, О.М. Клігуненко, Н.А. Яльченко // Харків. хірургічна школа. – 2005. - №1.1(15). – С. 195-198.
3. Лечение панкреонекроза с поражением забрюшинной клетчатки / А.Г. Кригер, В.Г. Владимиров, И.Л. Андрейцев [и др.] // Хирургия. – 2004. - №2. – С. 18-22.
4. Стандарты диагностики и лечения панкреонекроза / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, Б.Р. Гельфанд, С.З. Бурневич // Тез. докл. первого конгресса московских хирургов. – М., 2005. – С. 112-113.
5. Beger H.G. Natural History of Necrotizing Pan-

- reatitis / H.G. Beger, B. Rau, R.Isenmann // Pancreatology – 2003. – Vol. 3. – P. 93-101.
6. Conservative management of infected necrosis complicating severe acute pancreatitis / D.G. Adler, S.T. Chari, T.J. Dahl [et al.] // Am. J. Gastroenterol. – 2003. – Vol. 98. – P. 98-103.
7. Gurusamy K.S. UK guidelines for management of acute pancreatitis: is it time to change? / K.S. Gurusamy, M. Farouk, G.H. Tweedie // Gut. – 2005. – Vol. 54. – P. 1344-1345.
8. Management of acute pancreatitis: from surgery to interventional intensive care / J. Werner, S. Feuerbach, W. Uhl, M.W. Büchler // Br.Med.J. – 2005. – Vol. 54. – P. 426-436.
9. Mortality in Acute Pancreatitis: Is It an Early or a Late Event? / A. Carnovale, P.G. Rabitti, G. Manes [et al.] // Pancreas. – 2005. – Vol. 6, N 5. – P. 438-444.

УДК 616.37-002-036.1-089

**С.И. Воротынцев,
А.В. Клименко,
В.Н. Клименко,
А.К. Подкорытов,
С.К. Кононенко**

*Запорожский государственный медицинский университет
многопрофильная больница «ВитаЦентр»*

Ключевые слова: хронический панкреатит, тотальная панкреатоюнодуоденопапиллотомия, анестезия, периоперационная интенсивная терапия

Key words: chronic pancreatitis, total pancreatojejuno-
duodenostomy, anesthesia, pre-operative intensive therapy

Продольная тотальная панкреатоюнодуоденопапиллотомия с формированием продольной панкреатикоюнодуоденостомии по Ру является паренхимосохраняющей операцией и может рассматриваться как альтернатива резекционным типам оперативных вмешательств в хирургии хронического панкреатита (ХП) [2]. Среди особенностей данной операции следует отметить ее продолжительность, риск развития кровопотери и послеоперационных осложнений. В связи с этим является актуальным выбор метода анестезии и режима периоперационной инфузионной терапии в комплексном лечении больных. Представляем наш опыт анестезиологического обеспечения и интенсивной терапии 39 таких операций, выполненных в клинике хирургии ЗГМУ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

В исследование были включены 39 пациентов II-III ASA, 34-65 лет, 34 мужчины и 5 женщин, оперированных по поводу ХП: калькулезный – 15 (38,5%), псевдотуморозный – 13 (33,3%), фиброзно-кистозный – 8 (20,5%), фиброзно-дегенеративный – 3 (7,7%). Все больные получали премедикацию накануне вечером (феназепам 0,001 мг, клофелин 0,15 мг, р/ос) и утром в день операции (феназепам 0,001 мг, р/ос). После премедикации на столе (метаклопрамид 10 мг, внутривенно, сибазон 2,5-5 мг, внутривенно) выполняли пункцию и катетеризацию эпидурального пространства (ЭДП) на уровне Т8 –Т12, вводили тест-дозу 2 мл 2% р-ра лидокаина и расчетную дозу бупивакаина 0,125% с фентанилом 0,1мг.

АНЕСТЕЗИЯ И ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Резюме. Представляем опыт анестезиологического обеспечения та интенсивной терапии 39 операций - поздовжніх тотальних панкреатоюнодуоденопапілотомій з формуванням поздовжньої панкреатоюнодуоденостомії по Ру, виконаних у клініці хірургії Запорізького державного медичного університету. Запропоновано вибір методу анестезії та режиму периопераційної інфузійної терапії в комплексному лікуванні хворих.

Summary. Experience of anesthesiologic provision and intensive therapy of 39 surgeries – longitudinal total pancreatojejuno-
duodenopapillotomies with formation of longitudinal pancreatojejuno-
stomy by Rue, performed at surgery clinic of Zaporzhzhia state medical university is presented. Anesthesia method and regimen of post-operative infusion therapy in a complex treatment is proposed.

Индукцию проводили фентанилом 5,0 мкг/кг, пропофолом 1,5-2,0 мг/кг и кетамином 0,15 мг/кг. Миоплегия – атракурия бесилат 0,4 мг/кг. Общий наркоз поддерживали ингаляцией севофлурана (0,5-0,8 МАК) в потоке кислородно-воздушной смеси (0,8-1,2 л/мин) аппаратом Aestiva/5, DatexOhmeda. Режим ИВЛ определялся величинами SaO₂>95% и EtCO₂ 5,0–5,5%. Для поддержания анестезии использовали: внутривенно – фентанил 100-200 мкг/ч, кетамин 10 мг/ч, атракурий 5-10 мг/30 мин; в ЭДП – смесь бупивакаина 1,25 мг/мл и фентанила 2,5 мкг/мл, 6-10 мл/час. Для послеоперационной анальгезии в течение 3-х суток вводили: внутримышечно – НПВС; в ЭДП – смесь бупивакаина 1,25 мг/мл и морфина 0,125 мг/мл, 6-10 мл/3-6 ч.

Периоперационная инфузионная терапия проводилась сбалансированными растворами, учитывая дефицит жидкости, объем патологических потерь и физиологическую потребность (коллоиды: кристаллоиды – 1 : 3). У 27 чел. использовали раствор Рингера и раствор Сода-Буфер в соотношении 20:1, Гелофузин и 10% раствор глюкозы. 12 пациентов получали полностью сбалансированные растворы Стерофундин и Тетраспан (B.Braun, Melsungen, Germany), 10% раствор глюкозы. Внутривенное введение жидкости продолжалось до возобновления энтерального питания. Показанием к использованию эритроцитарной массы было снижение уровня Hb<70 г/л; ПСЗ переливалась при времени свертывания >10 мин, уровне протромбина <60%,

уровне фибриногена <2 г/л; альбумин использовался при гипопроотеинемии <50 г/л.

На этапах анестезии регистрировали АД, ЦВД, ЭКГ, ЧСС, SaO₂, F_IO₂, F_EO₂, F_ICO₂, F_ECO₂, F_IAA, F_EAA с помощью монитора Cardiacap/5, Datex-Ohmeda. Минутный объем дыхания (Q) определяли по монитору параметров вентиляции наркозно-дыхательного аппарата Aestiva/5, Datex-Ohmeda. Потребление кислорода (VO₂) рассчитывали по методике [5]:

$$VO_2 = (Q / (1 - F_{I}O_2)) \times (F_{I}O_2 - F_{E}O_2 - F_{I}O_2 \times (F_{E}CO_2 - F_{I}CO_2))$$

где: F_IO₂, F_EO₂ - инспираторная и экспираторная фракции O₂ в смеси; F_ICO₂, F_ECO₂ - инспираторная и экспираторная фракции CO₂ в смеси.

Параметры КЩС и газовый состав смешанной венозной крови измеряли на анализаторе AVL OMNITM, Nova biomedical. Минутный объем сердца рассчитывали по обратной формуле Фика. Сердечный индекс (СИ), периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС) определяли по стандартным формулам. Электролиты определяли с помощью Microlab-300, Vital scientific.

Измеряли почасовой диурез и гемогидробаланс. С момента пробуждения оценивали интенсивность болевых ощущений по 10-балльной цифровой рейтинговой шкале (ЦРШ). Восстановление перистальтики кишечника определяли аускультативно. Фиксировали послеоперационные осложнения. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы Statistica v. 6.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Продолжительность операций составила в среднем 236±57 мин., послеоперационного пребывания в ОИТ - 2,5±1,25 сут. Операционная кровопотеря - от 500 мл до 1500 мл. Течение анестезии и послеоперационного периода характеризовалось стабильностью гемодинамики без достоверных колебаний АД, ЧСС, СИ и отсутствия изменений ОПСС (табл. 1). Непродолжительные эпизоды снижения АД были обусловлены острым снижением преднагрузки в ходе операции из-за одномоментной кровопотери. В 12 случаях потребовалось болюсное введение небольших доз мезатона (25-250 мг).

Таблица 1

Периоперационные изменения показателей гемодинамики (M±m)

Показатели	Этапы исследования				
	1 час	3 часа	5 часов	1 сут	2 сут
АД _{сред} (мм рт.ст.)	96±12	98±7	95±10	95±14	80±8
ЧСС, уд./мин.	78±9	66±7	68±5	66±10	67±11
СИ, л/мин/м ²	3,35±0,44	3,0±0,52	3,5±0,61	3,7±0,54	3,5±0,42
ОПСС, дин/см×сек ⁻⁵	2868±276	2726±231	2902±255	2622±278	2889±292

Сознание и самостоятельное дыхание восстановились через 20-35 мин. после операции у 24 (61,5%) пациентов, которые были экстубированы в операционной. 15 больных (38,5%) переведены в ОИТ и экстубированы в течение последующих 2 - 6 часов. Посленаркозный озноб отмечен у 21 пациента (53,8%), который был купирован введением клофелина 1-1,3 мкг/кг. Боль через 30 мин. после операции оценена в 0-3 балла у всех пациентов, в послеоперационном периоде интенсивность «динамической» боли не превышала 4-х баллов - границы, рекомендованной (ESRA) [1].

Количественный и качественный состав инфузионной терапии представлен в таблице 2. На 2 - 3 сутки после операции использовали меньшее количество кристаллоидов и коллоидов, ПСЗ и эритроцитарной массы, но большее количество альбумина (p<80,05). Суточный диурез в среднем составил 1587±1181 мл/сут без дополнительной стимуляции, общий гемогидробаланс в первые сутки был умеренно положительным (575±210 мл), в последующие - приближался к 0.

Таблица 2

Состав периоперационной инфузионно-трансфузионной терапии (M±m)

Инфузионные среды	Этапы исследования		
	1 сут	2 сут	3 сут
коллоиды, мл/сут	868±224	464±136*	487±241*
кристаллоиды, мл/сут	3665±1106	1234±867*	1635±985*
эритроцитарная масса (пациенты/мл/сут)	8/486±109	.*	1/397*
ПСЗ (пациенты/мл/сут)	5/424±88	4/346±102	1/486#
альбумин (пациенты/мл/сут)	2/250±50	32/242±106*	34/255±97*

Примечания: * - p<0,05 в сравнении с 1 этапом; # - p<0,05 в сравнении с предыдущим этапом

Уровень рН, плазменная концентрация Cl⁻ и Na⁺ не изменялись в течение исследования. ВЕ ко вторым послеоперационным суткам увеличивался до 4,1±2,1 ммоль/л, подтверждая достаточность мощности гидрокарбонатного буфера (табл.3).

Перистальтика кишечника восстановилась у всех больных в течение первых трех после-

операционных суток. У 2 (5,1%) пациентов развилось осложнение – кровотечение из зоны панкреатоюноанастомоза, потребовавшее релапаротомии. У этих же больных на 3 сутки выявлена пневмония, разрешившаяся в течение 7 дней. Других осложнений не наблюдалось. Летальных исходов после операции не было.

Таблица 3

Изменения кислотно-основного состояния и электролитов венозной крови (M±m)

Показатели	Этапы исследования			
	1 час	5 час	1 сут	2 сут
рН	7,39±0,05	7,36±0,04	7,40±0,05	7,42±0,06
ВЕ, ммоль/л	0,9±1,3	0,5±2,3	1,8±1,6	4,1±2,1*
Na ⁺ , ммоль/л	135±5,1	134±6,2	135±3,9	135±4,6
Cl ⁻ , ммоль/л	107±6,2	106±4,5	107±3,2	106±3,1

Примечание: * - p<0,05 в сравнении между этапами и исходом

Исследование показало, что комбинированная анестезия на основе низкопоточного наркоза севофлюраном и грудной эпидуральной аналгезии бупивакаином обеспечивает гемодинамически устойчивое течение всего периоперационного периода, в том числе в случаях развития кровотечения во время операции. Очевидно, что это является следствием применения мультимодального принципа антиноцицепции с использованием «выгодного» кардиопротективного действия севофлюрана и малых дозировок других препаратов. Примененная методика анестезии

позволяет пробудить больного и восстановить у него самостоятельное дыхание уже через 20-35 мин. после отключения испарителя севофлюрана, избежать напряжения гемодинамики на этапе пробуждения и, возможно, развития пневмоний. Использование эпидурального обезболивания после операции обеспечивает эффективную аналгезию, раннюю активацию пациентов и является наиболее эффективным способом профилактики и лечения пареза кишечника, что подтверждено данными литературы [6].

Для периоперационной инфузионной терапии в большинстве случаев используются растворы на основе 0,9% солевого раствора, которые содержат высокие концентрации Na⁺ (154 ммоль/л) и Cl⁻ (154 ммоль/л) и не отвечают принципу сбалансированности. Назначение большого количества таких растворов ассоциируется с риском развития гиперхлоремического ацидоза [4] с уменьшением органной перфузии [3], снижением почечного кровотока и фильтрации мочи [7]. Использование сбалансированной инфузионной стратегии, как компонента периоперационной интенсивной терапии, обеспечивает модуляцию КЩС, препятствует повышению концентрации хлора, поддерживает достаточный диурез при нулевом гемогидробалансе, подтверждающий также и отсутствие повреждающего действия больших дозировок сбалансированных ГЭК на функцию почек.

ВЫВОДЫ

1. Мультиמודальная комбинированная анестезия на основе низкопоточного наркоза сево-

флюраном и грудной эпидуральной аналгезии обеспечивает надежную, безопасную и управляемую антиноцицептивную защиту при продольной тотальной панкреатоеюнододенопапиллотомии с формированием продольной панкреатикоеюнододеностомии по Ру.

2. Эпидуральная аналгезия низкими концентрациями бупивакаина и морфина является методом выбора для эффективного обезболивания пациентов, которым выполнены паренхимосохраняющие операции на поджелудочной железе, а также технологией, способствующей раннему восстановлению перистальтики кишечника у них.

3. Стратегия полностью сбалансированной жидкостной терапии при хирургическом лечении хронического панкреатита обеспечивает стабильный гемодинамический профиль больных, а также предупреждает развитие нарушений КЩС, электролитного баланса и функции почек.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лечение боли - качественная клиническая практика. Общие рекомендации и принципы успешного лечения боли. Созданы при консультативной поддержке Европейского общества регионарной анестезии и лечения боли / Руководитель проекта проф. N.Rawal. - ©AstraZeneca, 2006. - 55с.

2. Паренхимосохраняющая направленность в хирургии хронического панкреатита / А.В. Клименко, В.Н. Клименко, С.Н. Завгородний [и др.] // Укр. журнал хірургії. - 2011. - №6 (15). - С. 14-18.

3. Hextends, a physiologically balanced plasma expander for large volume use in major surgery: a randomized phase III clinical trial / T.J. Gan, E. Bennett-Guerrero, B. Phillips-Bute [et al.] // Anesth. Analg. - 1999. - Vol. 88. - P. 992-998.

4. Hydroxyethyl starch in balanced electrolyte

solution (Hextends)-pharmacokinetic and pharmacodynamic profiles in healthy volunteers / N.J. Wilkes, R.L. Woolf, M.C. Powanda [et al.] // Anesth. Analg. - 2002. - Vol. 94. - P. 538-544.

5. Measurement of gas exchange in intensive care: laboratory and clinical validation of a new device / J. Takala, O. Keinanen, P. Vaisanen, Kari A. // Crit. Care Med. - 1989. - Vol. 17, N 10. - P. 1041-1047.

6. Moraca R.J. The role of Epidural Anesthesia and Analgesia in Surgical Practice / R.J. Moraca, D.G. Sheldon, R.C. Thirlby // Ann. Surg. 2003. - Vol. 238, N 5. - P. 663-673.

7. Prough D.S. Acidosis associated with perioperative saline administration / D.S. Prough // Anesthesiology. - 2000. - Vol. 93. - P. 1184-1187.



УДК 616.37-006.2-089.819

Я.Г. Колкін,
В.В. Хацко,
О.М. Дудін,
С.О. Шаталов,
О.Є. Кузьменко,
В.М. Фомінов,
В.В. Жжонова

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Ключові слова: псевдокісти, підшлункова залоза, малоінвазивне лікування

Key words: pseudocysts of the pancreas, small-invasivity treatment

ВИБІР ОПТИМАЛЬНОГО МАЛОІНВАЗИВНОГО ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ НА ПСЕВДОКІСТИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Резюме. Проанализированы результаты малоинвазивного лечения псевдокист поджелудочной железы под сонографическим и лапароскопическим контролем у 96 больных (мужчин – 59, женщин – 37) в возрасте 22-63 лет. Лечебные пункции проводились с использованием ультразвукового сканера AJ – 5200 фирмы Dornier, а лапароскопические вмешательства – с помощью приборов и инструментов фирмы «Wolf» (Германия). После малоинвазивного лечения у 78 (81,4%) пациентов отмечено полное выздоровление, у 18 (18,6%) выявлены рецидивы кисты, им сделана радикальная операция. В 14 случаях были различные осложнения, которые ликвидированы консервативно. 4 пациентам со свищом поджелудочной железы выполнена цистостомия с Брауновским анастомозом и заглушкой по Шалимову. Летальных исходов не было.

Summary. The results of minimally-invasive treatment of pseudocysts have been analysed in 96 patients (59 males, 37 females at the age of 22-63) under sonographic and laparoscopic control. Therapeutic punctures have been carried out with the use of the ultrasonic scanner AJ – 5200 Dornier firm while laparoscopic interventions by means of apparatus and instruments (“Wolf” firm, Germany). 78 (81,4%) of patients showed complete recovery after minimally-invasive treatment. Recurrent cysts were revealed in 18 patients (18,6 %). They underwent radical operations. 14 causes developed different complications which were eliminated by conservative treatment. 4 patients with pancreatic fistula underwent cystostomy with Brown anastomosis and Shalimov’s stunner.

Протягом останніх років спостерігається чітка тенденція зростання кількості хворих на ускладнені форми гострого та хронічного панкреатиту. Псевдокісти підшлункової залози (ПКПЗ) виникають у 11-60% хворих на гострий панкреатит, летальність при котрих становить 11-16%, а при ускладнених формах – 37-49%. Питома вага псевдокіст становить 75-80% серед усіх кістозних утворень підшлункової залози (ПЗ) [4, 3, 1].

Питання хірургічної тактики у пацієнтів на ПКПЗ продовжують залишатися дискусійними. Одні хірурги вважають за краще застосовувати зовнішнє дренивання кіст ПЗ через його технічну простоту й низьку летальність, інші - внутрішнє дренивання зі шлунком, дванадцятипалою кишкою, тонкою кишкою. Малоінвазивні методи лікування у 30-40% хворих на ПКПЗ є основними й кінцевими методами, після котрих частота ускладнень при відсутності летальності становить 5-12,3%. За останні роки ендоскопічне лікування таких хворих стає заходом першого вибору у комплексній терапії. Вибір способу

операції у таких пацієнтів залишається актуальним, з урахуванням етіології, локалізації, розмірів кісти, її ускладнень, сполучення кісти з вірсуновою протокою [2, 3, 5].

Мета дослідження – поліпшення результатів лікування пацієнтів на ПКПЗ шляхом малоінвазивних втручань під сонографічним, лапароскопічним (і з відеопідтримкою) контролем.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проаналізовано результати лікування 96 пацієнтів з хронічними ПКПЗ (18 - головки, 46 - тіла, 32 - хвоста) діаметром 5 - 32 см. Жінок було 37, чоловіків – 59 у віці 22 - 63 роки. Причиною утворення кіст у 48 хворих було побутове пияцтво з панкреатитом, у 33 - жовчнокам'яна хвороба з панкреатитом, у 15 – травма.

Екстрапанкреатичні кісти спостерігали у 62 осіб, інтрапанкреатичні – у 28, у 6 діагностували поєднання екстра- та інтрапанкреатичних кіст. Вторинний цукровий діабет різного ступеня тяжкості спостерігали у 44 пацієнтів. У хворих на гострий панкреатит терміни від моменту

нападу до виявлення кісти становили від 6 тижнів до 1,5 роки.

Первинний огляд проводився на ультразвуковому сканері "Аloka – 630" (Японія) з використанням електронних конвексних і лінійних датчиків 3,5 МГц.

Були використані методи пункційного дренивання кіст: під сонографічним контролем – 64, лапароскопічний – 23, лапароскопічний з відео-підтримкою – 9.

Сонографічне лікування проводилося за етапами. У першу чергу виконувалася сонографія ПЗ з кістою з метою вибору безпечного акустичного вікна. Потім під місцевою анестезією, за допомогою стилет-троакара й пункційного адаптера, виконувалась черезшкірна аспірація та пункція кісти з дрениванням під сонографічним контролем. Останній етап – динамічне спостереження за органом впродовж визначеного часу для своєчасної діагностики можливих ускладнень.

Лікувальні пункційні втручання проводилися з використанням ультразвукового сканера AJ – 5200 фірми Dornier, укомплектованими електронними конвексними й лінійними датчиками 3,5 МГц, 5 МГц та 7,5 МГц. Особливістю є диференційний підхід до склерозування залишкових порожнин та дренивання кіст.

Кісти тіла і хвоста ПЗ дренивали з абдомінального доступу, кісти голови – з черезпечінкового та черезшлункового доступів. Динамічний контроль результатів лікування проводили за допомогою УЗД протягом 2 років.

Лапароскопічне дренивання у 23 осіб проводилося за допомогою приладів і інструментів фірми "Wolf" (Германія), у 9 випадках – з відео-підтримкою на моніторі.

Усім пацієнтам проводили цитологічне й бактеріологічне дослідження евакуйованої рідини, а також дослідження на амілазу.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Клінічні симптоми залежали від стадії захворювання та етіології кісти. Ця патологія нагадувала деякі симптоми панкреатиту: біль у верхній половині живота – у 87 осіб, нудота, блювання – у 42, відчуття тяжкості, роздування у верхній половині живота – у 29, схуднення більше ніж на 5 кг – 25, розлад дефекації – у 46, пропасниця – у 36, слабкість – у 41, жовтяниця, шкірний свербіж – у 24. За основними клінічними проявами ПКПЗ розділились на такі форми: 1) панкреатична – у 53 хворих; 2) біліарна – у 24; 3) виразкоподібна – у 11; 4) змішані форми – у 8.

Із спеціальних методів дослідження в різних

сполученнях проводили: УЗД, комп'ютерну томографію, рентгенологічне дослідження шлунково-кишкового тракту (рентгеноскопію шлунка, дуоденоскопію в умовах гіпотонії, іригографію), фіброгастродуоденоскопію.

При цитологічному дослідженні клітин епітелію не було, у 32 випадках виявлені групи нейтрофілів. У 69 осіб посів росту не дав, у 27 (з нагноєнням і після травми) знайдені стафілокок та кишкова паличка. Підвищення рівня амілази в евакуйованій рідині (132-960 г/г/л) спостерігали у 17 пацієнтів.

Для черездренажної санації і склерозування порожнини кісти використовували: розчини антисептиків, слабкі розчини 5% йоду й 96% етилового спирту, розчини цитостатиків (5-фторурацил), інгібіторів ферментів (контрикал, гордокс).

При гострих панкреатитах майже у 50% випадків в сальниковій сумці збирається реактивна випітна рідина. Аспірація цієї рідини дає хороший ефект у комплексному лікуванні панкреатитів.

При наявності післянекротичних кіст у випадках маніфестної клінічної картини необхідна їх аспірація, в інших – питання з аспірації чи дренивання вирішується через 5-6 тижнів після гострого періоду, тому що за цей час більше половини кіст регресують.

Після малоінвазивного лікування ПКПЗ у 78 (81,4%) пацієнтів зафіксовано повне одужання. У 18 (18,6%) осіб виявлено рецидиви кісти, їм виконана радикальна операція. У 14 випадках відзначені ускладнення у вигляді короткочасного підвищення температури тіла, застуди, больових відчуттів по ходу дренажного каналу, котрі ліквідовані консервативно. У 4 хворих утворилась нориця ПЗ, яка, незважаючи на консервативне лікування протягом 5-7 місяців, не закрилася. Цим хворим проведена цистоентеростомія з браунівським співустям та заглушкою за Шалімовим. Летальних наслідків не було.

ВИСНОВКИ

1. Таким чином, хворі на ПКПЗ потребують індивідуального підходу у виборі тактики лікування. Малоінвазивне дренивання ПКПЗ під сонографічним або лапароскопічним (з відеопідтримкою) контролем є високоефективним мало-травмуючим способом лікування при відпрацьованій техніці виконання.

2. Показанням до малоінвазивного дренивання є ПКПЗ будь-яких розмірів і локалізації при відсутності ознак секвестрації, особливо у хворих з високим операційним ризиком, коли радикальна операція неможлива. Кісти тіла і

хвоста ПЗ доцільно дрениувати з абдомінального доступу, для кіст головки у більшості випадків буває достатньою аспірація з черезпечінкового і черезшлункового доступів. Малоінвазивні опера-

ції можуть застосовуватися за показаннями як етапний спосіб, а при відсутності сполучення із вірсунгової протоки – і як кінцевий спосіб лікування.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дундаров З.А. Наружные панкреатические свищи, как следствие наружного дренирования псевдокист поджелудочной железы / З.А. Дундаров, О.Н. Красюк, В.М. Майоров // Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского. - М., 2011. – Т. 6, № 2. – С. 11.

2. Интервенционная сонография в лечении псевдокист поджелудочной железы / В.Г. Ярешко, Ю.А. Михеев, П.И. Попов [и др.] // Материалы XXII з'їзду хірургів України. – Вінниця, 2010. – Т. 2. – С. 256 – 257.

3. Мініінвазивні технології в лікуванні після

некротичних кіст підшлункової залози / В.М. Ратчик, Б.Ф. Шевченко, А.А. Короткий [та ін.] // Матеріали XXII з'їзду хірургів України. – Вінниця, 2010. – Т. 2. – С. 116 – 117.

4. Мишин В.Ю. Современный подход к лечению псевдокист поджелудочной железы / В.Ю. Мишин, А.П. Квезерова // Анналы хирургии. – 2000. – № 3. – С. 32-39.

5. Шевченко Б.Ф. Мініінвазивне хірургічне лікування хворих із псевдокістами підшлункової залози / Б.Ф. Шевченко, П.В. Газдюк // Матеріали XXII з'їзду хірургів України. – Вінниця, 2010.–Т.2. – С. 235 – 236.



УДК 616.37-002:616.36-008.6-08:615.279

І.М. Вовчук

МЕТОДИ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОЇ ДЕТОКСИКАЦІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ БІЛІАРНИЙ ПАНКРЕАТИТ, УСКЛАДНЕНИЙ ГОСТРОЮ ПЕЧІНКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
кафедра хірургії № 2*

Ключові слова: гострий біліарний панкреатит, ускладнений гострою печінковою недостатністю, методи екстракорпоральної детоксикації, плазмаферез, цитоліз, холестаза

Key words: acute biliary pancreatitis complicated by acute hepatic failure, extracorporeal methods of detoxification, plasmapheresis, cytolysis, cholestasis

Резюме. В работе представлены изменения показателей цитолиза и холестаза на фоне методов эфферентной терапии у 79 больных с острым билиарным панкреатитом, осложненным острой печеночной недостаточностью, которые лечились на базе Винницкого центра хирургии печени, внепеченочных желчных путей и поджелудочной железы.
Summary. The paper presents the changes of cytolysis and cholestasis findings on the background of efferent therapy methods in 79 patients with acute biliary pancreatitis complicated by acute liver failure being treated at Vinnytsa center of surgery of the liver, extrahepatic biliary tract and pancreas.

Проблема діагностики та лікування гострого панкреатиту вважається на сьогоднішній день однією з найскладніших у хірургічній гастроентерології. Гострий панкреатит посідає за частотою третє місце після апендициту й гострого холециститу, а його частка в загальній структурі гострих захворювань органів черевної порожнини становить 11-16,5%. Поширеність цього захворювання варіює від 48 до 238 випадків на 1

мільйон населення і продовжує збільшуватися. Особливе значення має збільшення кількості деструктивних форм гострого панкреатиту з подальшими загрозливими для життя гнійно-некротичними ускладненнями й високою летальністю (70-85%). Провідним етіологічним фактором (37-55%) у розвитку гострого панкреатиту є патологія біліарного тракту (жовчно-

кам'яна хвороба, холедохолітіаз, стеноз великого дуоденального сосочка) [2,4].

Незважаючи на досягнуті успіхи у вивченні проблеми гострого біліарного панкреатиту (ГБП), питання його діагностики, оборотності локальних структурно-функціональних змін і раціональної тактики лікування вивчені недостатньо. Найбільш важким є розпізнавання захворювання на ранній стадії, особливо, якщо запалення в залозі розвивається на тлі механічної жовтяниці. Окрім цього, порушення пігментної функції печінки зумовлює підвищення вмісту білірубіну в сироватці крові. Останній може пригнічувати внутрішньоклітинні процеси біологічного окислення, в основі яких лежить пригноблення тканинного дихання мітохондрій і пов'язаного з ним окислювального фосфорилювання, ефект білірубіну, що інгібує, зростає паралельно підвищенню його вмісту. Так, у межах концентрації білірубіну від 34 до 342 мкмоль/л тканинне дихання пригнічується відповідно на 25-100% [3,6]. Зниження антиоксидантної функції печінки посилює перебіг гострого панкреатиту за рахунок переповнення організму безліччю токсичних речовин і метаболітів, що концентруються в крові і створюють вторинний гепатотропний ефект за рахунок блокади окислювальних ферментативних систем. Таким чином, печінкова недостатність є одним з грізних ускладнень гострого панкреатиту, що часто зумовлює перебіг захворювання і його результат.

Мета дослідження – оцінити особливості зміни показників цитолізу й холестазу на фоні методів еферентної терапії у 79 хворих з ГБП, ускладненим гострою печінковою недостатністю.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

За період з 2005 до 2011 року на базі хірургічної клініки кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова та Вінницького центру хірургії печінки, позапечінкових жовчних шляхів та підшлункової залози лікувалось 79 хворих на гострий біліарний панкреатит (ГПБ). Діагноз ГБП встановлювали на підставі анамнестичних даних, об'єктивного обстеження, результатів лабораторного, рентгенологічного, ультрасонографічного обстеження, комп'ютерної томографії, ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії. Основну групу (ОГ) склали 37 пацієнтів з ГБП, ускладненим печінковою недостатністю. Отримані дані порівнювалися з групою клінічного порівняння (ГКП), яку склали 42 пацієнти. Статистичний аналіз матеріалу проводився з використанням параметричних і

непараметричних критеріїв на персональному комп'ютері з використанням програм Microsoft Excel 2007 та Biostatistica v.7.2.

При вступі хворі пред'являли різноманітні скарги, які представлені в таблиці 1. Провідним клінічним проявом ГБП був біль у верхньому відділі живота постійного характеру з іррадіацією в спину, за грудину. Багатократна, така, що не приносила полегшення хворим блювота була патогномічним симптомом як у ГКП - 42, так і в ОГ – 37.

Таблиця 1

Характеристика основних клінічних проявів ГБП, ускладненого печінковою недостатністю, і частота їх виявлення

Клінічні симптоми	ГКП (n=42)	ОГ (n=37)
Біль	37	33
Нудота/блювота	35	32
Метеоризм	18	12
Ригідність м'язів передньої черевної стінки	17	18
Загальна слабкість і швидка втомлюваність	13	9
Підвищення температури тіла	35	32
Тахікардія	29	28
Розлад дихання	12	9
Шок	5	6
Шлунково-кишкові кровотечі	6	7

У результаті власних спостережень за перебігом ГБП, ускладненого печінковою недостатністю, і на підставі даних літератури нами були розроблені основні показання для включення методів еферентної терапії в комплексне лікування хворих:

- 1) печінкова енцефалопатія > II ступеня;
- 2) неефективність проведеної консервативної терапії (відсутність ефекту від інфузійно-дезінтоксикаційної терапії ПН);
- 3) збільшення рівня білірубіну в плазмі (більше 100 мкмоль / л);
- 4) прогресування синдромів цитолізу та холестазу;
- 5) розвиток гепаторенального синдрому[1,5].

У наше дослідження не були включені пацієнти, у яких на момент початку еферентної терапії було зазначено таке: середній артеріальний тиск (САТ) на тлі використання вазопресорів нижче 55 мм рт. ст., ознаки активної кровотечі, тяжкої коагулопатії, гострі ерозії, ви-

разки слизової шлунково-кишкового тракту з високим ризиком розвитку кровотечі, а також хворі, які перебували в агональному стані. Пацієнтам з ГКП (n=42) проводили консервативну медикаментозну терапію. Пацієнтам ОГ (n=37) проводили консервативну терапію в поєднанні з плазмаферезом (ПФ). До початку лікування відмінностей за тяжкістю стану пацієнтів не було.

Плазмаферез. Для проведення плазмаферезу використовували сепаратор клітин крові AS-204 (Фрезеніус, Германия) з безперервно-потоким поділом крові на клітинні елементи і плазму. Об'єм видаленої плазми за одну процедуру ПФ у середньому становив 1559 ± 92 мл. Кількість процедур ПФ - від 3 до 5 залежно від тяжкості стану, інтервал між процедурами - 24 год. Як антикоагулянт застосовувався гепарин у дозі 5-8 ОД / кг / год.

У всіх обстежених пацієнтів в клінічній картині до початку лікування спостерігались оз-

наки тяжкого перебігу ПН: адинамія, сплутаність свідомості, жовтушність шкірних покривів, іктеричність склер, скарги на загальну слабкість, диспепсичні розлади, тремор рук, збільшення ЧСС, зниження артеріального тиску. Лабораторні показники демонстрували наявність гіпопротеїнемії, гіперферментемії і гіпербілірубінемії. Після консервативної терапії клінічний стан хворих незначно змінювався: зберігались ознаки інтоксикації, млявість, адинамія, загальна слабкість, анорексія. До початку ПФ реєстрували виражені відхилення, що виявлялись у зниженні синтетичної функції печінки: зменшення вмісту в плазмі загального білка та альбуміну. Такі порушення зберігались протягом усього періоду спостереження, хоча можна було очікувати збільшення вмісту білка в плазмі, враховуючи переливання розчину альбуміну й свіжезамороженої плазми.

Таблиця 2

Динаміка змін показників крові у хворих на ГБП, ускладненим печінковою недостатністю, при проведенні консервативної терапії та сеансів ПФ (M±m)

Показник	Норма	До лікування ГКП (n=42)	Після лікування ГКП (n=42)	До лікування ОГ (n=37)	Після лікування ОГ (n=37)
Загальний білок, г/л	70,4±6,4	47,7±3,9*	46,9±3,4**	47,2±4,1*	55,9±5,8**
Альбумін, г/л	35,1±3,1	23,6±2,5*	24,9±2,9**	22,8±2,6*	29,7±3,1**
Фібриноген, г/л	3,1±0,2	7,34±2,8*	6,87±2,13**	7,53±1,9*	4,44±1,85**
АсТ, ОД/л	23,7±2,6	341,3±35,5*	328,1±34,2**	340,8±32,4*	160,3±17,7**
АлТ, ОД/л	24,9±2,8	203,5±19,9*	178,1±16,9**	207,4±21,5*	145,4±17,4**
ЛФ, ОД/л	140,3±21,2	294,4±24,6*	268,3±23,9**	297,1±32,5*	220,5±23,9**
Загальний білірубін, мкмоль/л	9,6±1,0	193,3±19,6*	168,2±14,5**	198,1±21,4*	120,5±13,9**

Примітки: * p < 0,05 порівняно з нормальними значеннями, ** p < 0,05 порівняно з попереднім етапом.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Початково показники цитолізу й холестази значно перевищували нормальні значення, що свідчило про серйозне пошкодження клітин печінки. На початку лікування спостерігали зниження активності трансаміназ, ЛФ і загального білірубіну. Однак, незважаючи на зменшення абсолютних цифр, обговорювані параметри значно перевищували нормальні значення. На жаль, консервативна терапія не приводила до суттєвого клінічного поліпшення. Позитивна динаміка в лабораторних тестах була короткочасною і вже через декілька днів досліджувані параметри не відрізнялися від значень, встановлених при надходженні хворих у стаціонар. Таким чином, результати наших досліджень свідчать про те,

що лише консервативна терапія у хворих на ГБП, ускладненим печінковою недостатністю, не завжди є ефективною. Короткочасне поліпшення показників цитолізу й холестази було пов'язано з ефектами інфузійно-дезінтоксикаційної терапії. Крім того, зменшення явищ цитолізу можна пояснити зменшенням числа непошкоджених гепатоцитів при несприятливому перебігу цього захворювання. При припиненні медикаментозної терапії, а іноді й під час її проведення, стан пацієнтів прогресивно погіршувався: наростали ознаки печінкової енцефалопатії аж до коми, у зв'язку з чим виникала необхідність використання ПФ.

У хворих другої групи до стандартного лікування додали плазмаферез. Вихідна клінічна кар-

тина повністю відповідала тяжкому перебігу печінкової недостатності. При проведенні ПФ видалену плазму заміняли свіжезамороженою в співвідношенні 1:1, додатково переливали розчин альбуміну. Варто відзначити, що після сеансів ПФ відбувалось поліпшення загального стану пацієнтів: знижувалися ступінь енцефалопатії та свербіж шкіри, зменшувалася вираженість інтоксикації. Хворі відзначали поліпшення загального самопочуття. Порівняно з вихідними даними була виявлена позитивна динаміка показників, що характеризують синтетичну функцію печінки. Спостерігалась тенденція до зростання обговорюваних показників: збільшення вмісту в плазмі загального білка, альбуміна. Одночасно реєстрували зменшення явищ цитолізу й холестазу. За час динамічного спостереження було відзначено поліпшення синтетичної функції печінки. Зазначені явища, на наш погляд, відбуваються за рахунок видалення широкого спектру токсичних речовин і зведення до мінімуму втрат власних білкових фракцій.

Клінічний досвід лікування пацієнтів з ГБП, ускладненим печінковою недостатністю, свідчить про низьку ефективність застосування у них ізольованої медикаментозної терапії. Неефек-

тивність консервативної терапії зумовлена тим, що в організмі хворого накопичується велика кількість токсичних речовин, які в процесі лікування не нейтралізуються в ураженій печінці й не елімінуються нирками. На тлі збереження інтоксикації порушується діяльність й інших органів, що призводить до розвитку поліорганної недостатності.

ВИСНОВКИ

1. При оцінці ефективності різних методик лікування ГБП, ускладненого гострою печінковою недостатністю, виходили з можливості ПФ сприяти переходу захворювання в стадію ранньої реконвалесценції, тобто відновлення функції печінки.

2. Методика ПФ дозволяє заміщати (протезувати) у першу чергу дезінтоксикаційну функцію печінки. Такий ефект призводить до усунення впливу пошкоджуючих факторів на гепатоцити, що створює умови для їх регенерації.

3. У перспективі є доцільним провести дослідження печінкового й портального кровотоку при ГБП, ускладненому гострою печінковою дисфункцією.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Екстракорпоральні методи у лікуванні печінкової недостатності / В.І.Русин, Т.Я.Шляхта, Я.О. Руснак [та ін.]. – Ужгород, 2007. – 128 с.

2. Ординська Г.О. Діагностична і прогностична цінність лабораторних показників гомеостазу у хворих на гострий біліарний панкреатит / Г.О. Ординська // Клініч. хірургія. – 2006. – № 9. – С. 142 – 143.

3. Подьмова С.Д. Болезни печени / С.Д.Подьмова. – М.: Медицина, 2005. – 766 с.

4. Харченко Н.В. Сучасні гепатопротектори в лікуванні хворих із хронічними ураженнями печінки / Н.В. Харченко // Ліки України. – 2004.–№3. – С.14-18.

5. Hepatorenal syndrome / P. Gines, M. Guevara, V. Arroyo, J. Rod [et al.] // Lancet. – 2003. – N 1. – P.362

6. Timing of antibiotic prophylaxis in acute pancreatitis: a controlled randomized study with meropenem / G. Manes, I. Uomo, A. Menchise [et al.] // Am. J. Gastroenterol. 2006. - Vol. 101, N 6. - P. 1348-1353.



УДК 616.37–002.4–089.819

**О.Л. Ситнік,
В.В. Леонов,
В.А. Чанцев,
Г.В. Хачанурідзе**

Сумський державний університет
Медичний інститут
кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом онкології

Ключові слова: гострий панкреатит, гострі рідинні утворення, тактика лікування
Key words: acute pancreatitis, acute fluid formations, treatment tactics

РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРІ ПІСЛЯНЕКРОТИЧНІ РІДИННІ УТВОРЕННЯ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Резюме. За період 2008-2011гг. в хірургических отделениях КУ «Сумская городская клиническая больница № 5» пролечено 1160 больных острым панкреатитом. Видеолaparоскопически ассистированные операции позволяют адекватно дренировать острые постнекротические ограниченные жидкостные образования. Индивидуально - активная тактика хирургического лечения «на предупреждение» осложнений острых постнекротических жидкостных образований поджелудочной железы способствовала снижению летальности и длительности лечения больных в хирургическом стационаре.

Summary. Over the period from 2008-2011 in surgical units of community establishment “Clinical hospital N5, city of Sumy” 1160 patients with acute pancreatitis have been treated. Video-laparoscopically-assisted surgeries allow to adequately drainage acute post-necrotic limited fluid formations. Individually-active tactics of surgical treatment aimed at “prevention” of complications of the mentioned-above promoted decrease of lethality and treatment period and hospital stay.

Незважаючи на впровадження нових засобів та методик лікування хворих на гострий панкреатит, летальність при цій патології залишається на рівні 3 – 6% [3]. Летальність при гострому панкреатиті зумовлена насамперед розвитком ускладнень. Зокрема, при гострому деструктивному панкреатиті у 8 – 10% хворих утворюється псевдокіста підшлункової залози, а у 9 – 12% пацієнтів - абсцес[4].

Основним чинником, що впливає на результати лікування, є вибір раціональної тактики [6]. Кризішкірне дренивання післянекротичних рідинних утворень підшлункової залози супроводжується високою частотою ускладнень – до 64% та більш тривалим, ніж після відкритої операції, перебуванням хворого у стаціонарі [7]. У той самий час класична відкрита лапаротомія корелює з високою – до 50% – післяопераційною летальністю [5].

Впровадження лапароскопічних методів лікування післянекротичних рідинних утворень підшлункової залози довело їх ефективність: частота ускладнень та рецидивів становить 9,6% [1].

Але на сьогоднішній день остаточно не вирішене питання щодо термінів оперативного лікування та вибору раціонального виду малоінвазивної або відкритої операції у хворих на післянекротичні рідинні утворення підшлункової залози [2].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

За період 2008-2011рр. у хірургічних відділеннях КУ «Сумська міська клінічна лікарня №5» проліковано 1160 хворих на гострий панкреатит. Чоловіків було 976, жінок – 184, віком від 22 до 81 року.

Хворим проводилося загальноклінічне та лабораторне обстеження, ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини, оглядова рентгенографія органів черевної порожнини та грудної клітини, фіброгастродуоденоскопія (ФГДС).

УЗД виконували на сканері *HONDA-EXEPTONIX HS-2000*. Дослідження проводили: під час первинного огляду, на 3-ю, 7-му та 14-ту добу після госпіталізації, а також за клінічними показаннями. Вивчали розміри, структуру підшлункової залози, наявність ділянок некрозу та обмежених рідинних утворень у підшлунковій залозі та заочеревинній жировій клітковині, виявляли вільну рідину у чепцевій сумці та черевній порожнині, з'ясовували стан протокової системи підшлункової залози та біліарного тракту.

Відеолaparоскопічні операції виконували на обладнанні та інструментарієм фірми «Ендомедіум».

Всього із 1160 хворих оперовані 61 (5,3%). З приводу гострих післянекротичних рідинних утворень підшлункової залози оперовані 19 пацієнтів.

ентів, що становило 31,1% від загальної кількості оперативних втручань при гострому панкреатиті.

Оперованих хворих розподілили на 2 групи. Перша група – за період 2008-2009 рр., коли ми застосовували вичікувальну тактику при гострих післянекротичних рідинних утвореннях підшлункової залози. Друга група – за 2010-2011 рр., коли було впроваджено індивідуально-активну тактику при гострих післянекротичних рідинних утвореннях підшлункової залози та розпочато застосування відеолапароскопічних операцій при гострому панкреатиті. Першу групу склали 5 хворих, другу – 14.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вичікувальна тактика у I групі хворих включала проведення заходів комплексної консервативної терапії гострого панкреатиту та виконання операції за «абсолютними» показаннями: кровотеча у порожнину псевдокісти – 2, перфорація псевдокісти у вільну черевну порожнину – 2, абсцедування – 1.

Кровотечу у порожнину псевдокісти було діагностовано на основі клінічних даних, результатів лабораторного та інструментального (ультразвукове дослідження) обстеження. Найбільш вагомими були такі симптоми: посилення болю у животі, прогресуюча анемія, прогресуюче збільшення розмірів псевдокісти, яке визначали пальпаторно та за допомогою ультразвукового дослідження.

Перфорація псевдокісти у вільну черевну порожнину супроводжувалася вираженим больовим синдромом, появою ознак подразнення очеревини та зменшенням розмірів псевдокісти.

Проявами абсцедування вмісту псевдокісти були гектична температурна реакція та прогресуючі запальні зміни показників лейкоцитарної формули, лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ) та С-реактивного протеїну (СРП).

Оперативні втручання у I групі хворих виконували на 17-22 добу після початку захворювання. Операцією вибору вважали лапаротомію, некр- та секвестректомію, оментобурсостомію. При кровотечі у порожнину псевдокісти останню туго тампонували. У хворих з перфорацією псевдокісти черевну порожнину дренивали за Петровим.

У I групі померли 2 хворих з профузною кровотечею у порожнину псевдокісти, летальність – 40,0%. Тривалість лікування становила 36,4 ліжко-дня.

Індивідуально-активна тактика у пацієнтів II групи враховувала оперативне лікування «на запобігання» виникненню ускладнень, базуючись на виявленні «загрозливих» симптомів. Такими симптомами були: посилення болю в животі, прогресуюче збільшення розмірів псевдокісти, гіпертермія до 38 – 38,5°C, прогресуючі запальні зміни показників лейкоцитарної формули, ЛІІ та СРП.

Показаннями до оперативного лікування були: загроза перфорації псевдокісти – у 9 хворих, інфікування та загроза абсцедування – у 2, кровотеча у порожнину псевдокісти – у 3. Оперативні втручання у II групі хворих виконували на 12 – 16 добу після початку захворювання.

Структуру операцій у II групі хворих подано у таблиці.

Структура оперативних втручань у II групі хворих

Назва операції	Показання до виконання	Кількість хворих
Лапаротомія, некр- та секвестректомія, оментобурсостомія, додаткове дренивання порожнини псевдокісти крізь поперековий доступ	загроза перфорації чи абсцедування при псевдокістах великих розмірів з локалізацією в ділянці тіла та хвоста залози	10
Лапароскопічний розтин та зовнішнє дренивання гострої рідинної післянекротичної порожнини	загроза перфорації чи абсцедування при псевдокістах невеликих розмірів (до 150 мм у діаметрі) з локалізацією в ділянці тіла чи хвоста залози	1
Лапароскопічно асистована марсупілізація гострої рідинної післянекротичної порожнини		1
Лапаротомія, оментобурсостомія, тампонада порожнини	кровотеча у порожнину псевдокісти	3

Одному хворому з II групи проведено лапароскопічний розтин та зовнішнє дренивання гострої післянекротичної порожнини у ділянці хвоста підшлункової залози. Цей пацієнт був

повторно оперований з приводу формування абсцесу хвоста підшлункової залози. Тому, на наш погляд, більш доцільною виглядає лапароскопічно-асистована марсупілізація гострих

післянекротичних обмежених рідинних утворень підшлункової залози.

Методика втручання. Встановлюють порт для оптичної системи по середній лінії вище чи нижче пупка (залежно від локалізації та розмірів рідинного утворення). Визначають найбільш зручну проекцію для мінідоступу. Виконують пошаровий розріз передньої черевної стінки довжиною 40 – 50 мм. Стінку псевдокісти за потреби фіксують затискачем, обмежують операційне поле серветками, виконують пункцію рідинного утворення та евакуацію вмісту. Передню стінку псевдокісти розсікають відповідно до розмірів рани передньої черевної стінки, краї ран зшивають. Додатково встановлюють 2-3 гумові трубки у лапаростомний отвір для наскризової санації порожнини псевдокісти.

У II групі помер 1 хворий з профузною кровотечею у порожнину псевдокісти, летальність –

7,1%. Тривалість лікування становила 29,5 ліжко-дня.

ВИСНОВКИ

1. «Загрозливими» симптомами, що вказують на можливість ускладненого перебігу гострих післянекротичних рідинних утворень підшлункової залози, слід вважати: посилення болю у животі, прогресуюче збільшення розмірів псевдокісти, гіпертермія до 38 – 38,5°C, прогресуючі запальні зміни показників лейкоцитарної формули, ЛП та СРП.

2. Відеолапароскопічно асистовані операції дозволяють адекватно роздренувати гострі післянекротичні обмежені рідинні утворення.

3. Індивідуально-активна тактика хірургічного лікування «на запобігання» ускладнень гострих післянекротичних рідинних утворень підшлункової залози сприяла зниженню летальності та тривалості лікування хворих у хірургічному стаціонарі.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Грубник В.В. Лапароскопические вмешательства по поводу псевдокист поджелудочной железы / В.В. Грубник, А.С. Дюзков, Р.Ю. Вододюк // Клініч. хірургія. – 2009. – № 7 – 8. – С.18 – 20.

2. Можливості малоінвазивного лікування після некротичних псевдо кіст підшлункової залози / В.В. Хацко, А.М. Дудин, С.О. Шаталов, В.М. Войтюк // Укр. журнал хірургії. – 2009. – № 4. – С.131 – 133.

3. Хирургия острого живота / О.А. Абакумова, В.С. Афончиков, С.Ф. Багненко [и др.] – СПб.: ЭЛБИ – СПб., 2009. – 512с.

4. Besselink M.G. Surgical intervention in patients with necrotizing pancreatitis / M.G. Besselink, M.T. de

Bruing, J.P. Rutter // Br.J.Surg.–2006.–Vol.7.– P. 46 – 51.

5. Early operation for fulminant acute pancreatitis: a possible way to decrease mortality / D.J. Yang, J.I. He, S.R. Cay [et. al.] // Clin. Med. J. – 2009. – Vol. 122, N 13. – P. 1492 – 1494.

6. Manegment and outcome acute pancreatitis / P. Nanicharen, W. Wesarachawit, S. Sriussadapor [et al.] // J. Med. Assoc. Thai. – 2006. – Vol. 89, N 3. – P. 25 – 32.

7. Outcome differences after endoscopic drainage of pancreatic necrosis, acute pancreatic pseudocists, and chronic pancreatic pseudocists / T.H. Baron, G.C. Harewood, D.E. Morgan, M.E. Jates // Sastrointest. Endosc. – 2002. – N 56. – P.70 – 71.



УДК 616.37-002-073-08

В.В. Куновський

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ УЛЬТРАСОНОГРАФІЧНОГО (УСГ) ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ У РАННІ ТЕРМІНИ ЛІКУВАННЯ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Діагностика патології підшлункової залози продовжує залишатись актуальною проблемою невідкладної абдомінальної хірургії. Серед загалу лабораторних та апаратних досліджень УСГ обстеження за своєю інформативністю та достовірністю посідає провідне місце у діагностичному алгоритмі хворих на гострий панкреатит (ГП).

Мета дослідження - оптимізація методики УСГ дослідження у хворих на ГП у ранні терміни захворювання. Відповідно до цільових настанов роботи, нами був опрацьований спосіб підготовки хворих до УСГ дослідження, який передбачав застосування стимулятора перистальтики Брюліум-лінгватабс (домперідон 10 мг) у дозуванні 10 мг за 30 хвилин до УСГ обстеження

та 10 мг безпосередньо перед самим його проведенням. Вибір прокінетика ґрунтується на фармакологічній формі - лінгватабс, завдяки якій він диспергується у ротовій порожнині впродовж 30 секунд, а виражена судинна сітка сприяє швидкому його всмоктуванню. Додатковий клінічний ефект від застосування Брюліум-лінгватабс зумовлений тим, що він підсилює моторику шлунка та тонкої кишки, збільшує тривалість антральних та дуоденальних скорочень, прискорює випорожнення шлунка.

Запропонована методика була апробована в умовах клініки загальної хірургії, на базі місь-

кого панкреатичного центру м. Львова, у 34 пацієнтів з ГП. Жінок було 18, чоловіків – 16. Вік пацієнтів коливався від 26±6 до 64±4 роки. ГП біліарного генезу підтверджено у 22 осіб (домінували жінки - 16; 72,7 %), етанольного у 12. На підставі опрацьованого методу оптимізації УСГ обстеження було підтверджено, що така методика сприяла повноцінному проведенню УСГ дослідження у 21 (95,4%) хворого з ГП біліарного генезу та у 11 пацієнтів (68,8%) з етанольним панкреатитом.



УДК 616.37-002.1-037

**В.І. Ляховський,
М.І. Кравців,
О.П. Ковальов,
О.М. Люлька**

ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

*ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”
м. Полтава*

Встановлення тяжкості стану пацієнтів при гострому некротичному панкреатиті має важливе значення для своєчасного призначення адекватного комплексу лікувально-діагностичних заходів. Існує необхідність у впровадженні прогностичної шкали, яка б дозволяла протягом перших годин з моменту госпіталізації виявляти пацієнтів з підвищеним ризиком смертності, ще до розвитку поліорганної недостатності на основі рутинних методів обстеження.

Таким вимогам відповідає шкала BISAP(2009р.), яка базується на визначенні показників у перші години з моменту госпіталізації: рівня сечовини в крові, змін ментального статусу, ознак синдрому системної запальної відповіді, віку та наявності плеврального випоту.

Ретроспективно проаналізовані історії хвороби 49 пацієнтів, які померли від гострого некротичного панкреатиту протягом 2001-2011

років. В усіх хворих було 4-5 балів за шкалою BISAP: вік старше за 60 років — 19 пацієнтів (39%), високий рівень сечовини в крові ($>8,9$ ммоль/л), ознаки синдрому системної запальної відповіді, зміни ментального статусу (у тому числі делірій), ознаки плеврального випоту. Аналіз результатів лікування 51 хворого контрольної групи, які вижили, виявив стан 3 бали за шкалою BISAP лише у 5 хворих.

Якість такої скринінгової системи: чутливість 71%, специфічність 83%, точність 99%.

Отже, шкалу BISAP можна рекомендувати для раннього виявлення пацієнтів з підвищеним ризиком смертності та розвитку поліорганної недостатності, а кількість балів ≥ 3 може служити показанням для ранньої госпіталізації до відділення інтенсивної терапії для проведення патогенетичного лікування, динамічного нагляду та визначення подальшої лікувальної тактики.



УДК 616.37-002-089.819-06

***В.П. Андрющенко,
Д.В. Андрющенко***

МІНІІНВАЗІЙНІ ТА ТРАДИЦІЙНІ ОПЕРАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ТЯЖКОГО ПАНКРЕАТИТУ (ГВП) ТА ЙОГО УСКЛАДНЕНЬ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Актуальність наведених у роботі даних. Кон-
траверсійність поглядів на можливості міні-
інвазійних та традиційних втручань є акту-
альною проблемою лікування ГВП.

Піддано аналізу результати хірургічного ліку-
вання 359 хворих на ГВП з використанням
різних операційних технологій.

Мініінвазійні втручання систематизовано
згідно з такими принципами – “за технологією”:
інтервенційна сонографія і відеолапароскопія;
“за метою”: діагностичні й лікувальні і “за кін-
цевим результатом”: одномоментно-остаточні,
етапні та стабілізуючі стан хворого. Діагностичні
втручання становили 27%, лікувальні – 73%.
Інтервенційну ультрасонографію застосовано в
53%, відеолапароскопію – у 36%, поєднання
обох методів – в 11% спостережень. Одно-
моментно-остаточними виявилися 57%, етап-

ними – 25% і стабілізуючими – 18% втручань.
Показання до відкритих операцій базувалися на
оцінці розповсюженості парапанкреатичного
гнійно-некротичного процесу. При обмеженості
його (29,3%) субопераційна санація завершу-
валась проточно-промивним або напівзакритим
дренуванням. При поширених “некротичних до-
рогах” оптимальними були етапні санації шля-
хом програмованих релапаротомій.

Таким чином, систематизація мініінвазійних
операційних втручань визначає рамки й мож-
ливості використання їх у хірургічному лікуванні
ГП. При поширених парапанкреатичних ура-
женнях показано відкрите операційне втручання
з етапними санаціями осередку гнійно-некро-
тичного запалення шляхом програмованих рела-
паротомій.



УДК 616.37-002.4-084:615.281.9

***О.І. Дронов,
І.О. Ковальська,
І.Л. Насташенко,
В.Ю. Уваров,
О.І. Насташенко,
Т.В. Лубенець***

АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ПРОФІЛАКТИКА В ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця
кафедра загальної хірургії №1
м. Київ*

Особливе значення антибактеріальної профі-
лактики при гострому некротичному панкреатиті
(ГНП) зумовлено високою частотою інфекційних
ускладнень та їх ведучою позицією в танато-
генезі захворювання, багатофакторним харак-
тером інфікування, важкістю своєчасної та чіткої
диференціації «стерильних» та інфікованих форм
ГНП, високим ризиком розвитку екстраабдо-
мінальних ускладнень.

Було проведено аналіз гнійно-септичних ус-
кладнень у 181 хворого на ГНП після призна-
чення антибактеріальних препаратів з профілак-
тичною метою при ГНП згідно з такими реко-
мендаціями: 1) раннє призначення (до 72 годин
від початку ГНП) у пацієнтів з прогресуючою
органною дисфункцією; 2) розвиток синдрому
системної запальної відповіді; 3) клінічне про-
гресуюче погіршення з чи без ознак бакте-

риальной инфекции при отсутствии восстановления перистальтики кишечника через 72 часа; 4) наличие экстрапанкреатической инфекции; 5) после оперативных инвазивных вмешательств с приводом ГНП; 6) некроз больше 50% паренхимы подшлюнковой залозы.

Проведения антибактериальной профилактики у хворих на ГНП за зазначеними рекомендаціями

не привело до достовірного зниження рівня інфекційних ускладнень (з 38,4% у контрольній групі до 34,1% в основній групі).

Таким чином, антибіотикопрофілактика при ГНП не є ведучою складовою профілактики виникнення інфекційних ускладнень ГНП, що вимагає пошуку та розробки інших методів профілактики інфекційних ускладнень ГНП.



УДК 616.37-002.4-089

*И.А. Криворучко,
М.С. Повеличенко,
С.Н. Балака*

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Харьковский национальный медицинский университет

Трудности диагностики острого панкреатита (ОП), выбора лечебной тактики, высокая летальность определяют актуальность рассматриваемой проблемы. В 15-20% наблюдений выявляют деструктивный ОП, развитие вторичной панкреатической инфекции (ВПИ) приводит к смерти 25-80% больных.

Целью исследования явился анализ результатов лечения больных панкреонекрозом, основываясь на использовании классификации Атланты, пересмотр которой был предложен в 2007 г. рабочей группой.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Выполнили поиск в базе учреждений с 01.1995 по 11. 2011 г. 445 больных с панкреонекрозом. Средний возраст больных 45,2±11,8 года, 65% составили мужчины. Диагностика заболевания основывалась на данных клинико-лабораторных методов исследования, УЗИ, КТ, МРТ, видеолaparоскопии, ЭРХПГ; ВПИ – на основании использования клинико-лабораторных данных и прокальцитонинового теста («BRAMS PCT-Q»), FNA. Больных распределяли в соответствии с классификацией Атланты (1992), пересмотр которой был предложен рабочей группой в 2007 г. У ряда больных оценивались критерии Ranson's, Imrie's (шкала Glasgow), шкала APACHE II; шкала MODS Marshall's.

Выделены 3 группы больных: первая - 105 (22,5%) больных, которых оперировали до 14 дня от момента заболевания; вторая – 232 (49,7%) больных, которых оперировали с 15 до 29 день,

третья – 130 (27,8%) больных, которых оперировали на 30 день или позднее.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У 63 (13,5%) больных была средняя степень тяжести состояния, у 389 (83,3%) – тяжелая и у 15 (3,2%) – критическая. Сроки выполнения операции в первой группе составили в среднем 12,3±1,3 дня (диапазон 6-14); во второй – 22,3±1,8 (диапазон 14-29); в третьей – 32,9±2,8 (диапазон 30-46). Наибольшее число больных (82,2%) были оперированы в сроки от 15 дней и более от момента заболевания.

«Закрытый» метод лечения по методике Бегера (срединная либо поперечная лапаротомия) использован у 167 (35,8%) больных: летальность составила 37,1%, повторные вмешательства были выполнены у 47,3% больных. У 171 (36,5%) больного использовался «открытый» метод с формированием оментобурсостомы в сочетании с люмботомией (одно- или двусторонней): летальность составила 20,5%, повторные вмешательства выполнены у 8,2% больных по поводу аррозивных кровотечений и кишечных свищей. Лечение ОП «по программе» с использованием лапаростомии при развитии ACS применено у 24 (5,1%) больных: летальность – 25%; осложнения – 75%. Видеоассистированная некроектомия выполнена у 17 (3,6%) больных: летальность – 11,8%, осложнения – 23,5%. Дренирование жидкостных образований: под контролем УЗИ – у 48 (10,3%) больных: летальность – 0%, осложнения – 7,5%; под контролем видеолaparоскопии – у 22 (4,7%) больных: леталь-

ность – 13,6%, осложнения – 22,7%; наружное дренирование нагноившейся псевдокисты открытым способом произведено у 18 (3,9%) больных: летальность составила 16,7%, осложнения возникли у 44,4%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пересмотр классификации ОП (2007 г.), принятой в Атланте в 1992 году, позволяет принимать решения, касающиеся выбора хирур-

гической тактики у больных ОП. Использование минимально инвазивных вмешательств лечения инфицированных панкреатических/перипанкреатических жидкостных скоплений сопровождается меньшей летальностью. Отсрочка выполнения операций при развитии ВПИ в сроки 15-29 дней - 30 и более дней после момента заболевания приводит к меньшей летальности ($r = -0,91$, $t = -17,7$, $p < 0,001$).



УДК 616.37-002.1-089

***А.Б. Кутовой,
С.О. Косильников,
Л.А. Мальцева,
В.А. Пелех***

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
Областной гнойно-септической центр им. СВЯТОГО ЛУКИ*

Цель работы: оценка результатов хирургического лечения тяжелых форм острого панкреатита при использовании различных тактических подходов и технических возможностей.

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 270 больных тяжелой формой острого панкреатита и его осложнений за период с 1990 по 2010 год. Мужчин было 203 (75,2%), женщин - 67 (24,8%).

В работе придерживались классификации острого панкреатита, принятой в г. Атланта (1992г.). При оценке локального и общего статуса использовали ультразвуковую диагностику, спиральную компьютерную томографию, шкалы APACHE II, SOFA, индекс Balthazar E. J., комплекс лабораторных исследований, включающий определение уровня С-реактивного протеина и прокальцитонина. Пункционное дренирование проводили эндоскопической иглой Ившина (Россия) с лазерными метками и катетерами типа Pig tail (Fr-12).

Сопоставлены результаты при условии выделения трех принципиальных вариантов лечебных тактик, обусловленных временными рамками, соответствующими доминирующими тенденциями в абдоминальной хирургии и техническими возможностями клиники: активной хирургической, сдержанной хирургической и приоритетно консервативной с поэтапным использованием локально направленных, преимущественно малоинвазивных хирургических вмешательств.

Таким образом, применение комплексной консервативной терапии, ориентированной на международные стандарты, мониторинг наиболее информативных показателей динамики патологического процесса и своевременное использование максимально щадящих хирургических вмешательств обеспечили снижение летальности при тяжелом остром панкреатите с 35,3% до 7,2%.



**В.И. Десятерик,
В.В. Шаповалюк,
М.С. Полтавец,
А.С. Бурик**

ЕЮНОСТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
кафедра хирургии, травматологии и ортопедии ФПО*

Ключевые слова: острый панкреатит, энтеральное питание, еюностомия

Key words: acute pancreatitis, enteral feeding jejunostomy

Резюме. У 16 хворих з тривалим післяопераційним періодом при деструктивному панкреатиті для ентерального харчування наклали еюностому за розробленою методикою. Проведення ентерального харчування дозволило уникнути інфікування некротів, досягти анаболізму в статусі хворого та знизити матеріальні витрати на лікування.

Summary. In 16 patients with long-term post-operative period in destructive pancreatitis, procedure for enteral feeding jejunostoma was applied by worked out. Enteral feeding made it possible to avoid necrosis infectioning, to achieve anabolism in patient's status and to decrease treatment cost.

Примерно у трети больных с панкреатитом средней тяжести и у подавляющего большинства прооперированных больных с ОП в течение заболевания возникают нарушения питания, обусловленные нарушениями моторной, абсорбционной, дигестивной функций кишечной трубки. В группу риска входят больные, длительный период находящиеся на ИВЛ, с объемными инфильтративными процессами в области головки железы, нижним парапанкреатитом и похожими процессами верхнего отдела пищеварительного тракта, вызывающими функциональную или механическую непроходимость верхних отделов ЖКТ.

Согласно современным положениям лечения ОП, энтеральное питание благоприятно влияет на течение заболевания, уменьшая риск бактериальной транслокации и инфицирования панкреатических некротозов. По данным авторов (Weimann A., Braunert M., Muller T., Bley T., Wuedemann B., 2004, JPEN), изучение роли кишечной трубки в развитии септических осложнений и влиянии ее на исход лечения тяжелого панкреатита приводит к предпочтению именно энтерального питания. Эти же авторы указывают на то, что применение энтерального питания с помощью энтеростомии может быть использовано без увеличения риска для больных, которые были прооперированы по поводу деструктивного панкреатита.

D.Venskutonis et alt. (2007, Digestive Surgery) говорят о том, что энтеральное питание с помощью еюностомии помогает сократить сроки выздоровления и снизить частоту послеоперационных осложнений. В их клинике из 136 прооперированных больных с различной патологией дигестивного тракта и наложенной еюностомой 46 составили больные с деструктивным

панкреатитом (33,8%) - это наибольший удельный вес больных. Другие нозологии составили значительно меньшую часть. Средняя продолжительность по их же данным составила в среднем 14 суток, летальность - 0%, что совпадает с нашими данными. Осложнения, по данным авторов, составили 1,5%. Также авторы указывают на предпочтение еюностомии назоинтестинальной интубации из-за выраженного дискомфорта пациента, риска развития синусита, случайного извлечения или смещения трубки и возможной последующей обструкции кишечника.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

За последние 5 лет в отделении хирургии 8 городской больницы пролечено 1696 больных ОП различной степени тяжести. Прооперировано 286 больных (16,8%). Послеоперационная летальность составила 16%, общая - 2,7%. У больных, которые длительный период /более 14 суток/ не могли принимать пищу per os, мы применили наложение еюностоми для проведения энтерального питания. Техника наложения еюностоми для питания была следующей: в рану выводится петля тонкой кишки на расстоянии 50-60 см от связки Трейца, на протяжении 5 см ПХВ трубка погружается серо-серозными швами, накладывается кисетный шов. Выполняется рассечение стенки кишки до 0,5 см, в просвет отводящего отдела трубка вводится на длину 15-20 см. Кисетный шов затягивается. Через отдельную контрапертуру еюностома выводится наружу. Петля кишечника фиксируется к париетальной брюшине одним серо-серозным швом.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Всего наложение еюностоми для питания выполнено у 16 больных. Ведущими показаниями служили: нижний парапанкреатит (n=4), голов-

чатый панкреатит (n=6), продленная ИВЛ (n=4), полиорганная недостаточность (n=2).

Проведение энтерального питания начинали через 12-18 часов после операции. Препаратами для питания были следующие: Берламин, Пептамен, детские смеси для питания, бульоны, кефир. Начальная скорость введения составляет 25 мл/час, инфузия проводится под контролем толерантности пациента. Если манипуляция переносится адекватно – постепенно скорость может быть доведена до 60 мл/час. Болюсное введение смесей нами не использовалось, в литературе также не рекомендовано. Средняя продолжительность нахождения микроеюностомы в

кишечнике составила от 12 до 30 дней (в среднем 19 суток). После того как больной начинал самостоятельно питаться, еюностома удалялась. Осложнений при наложении и удалении еюностомы не наблюдалось.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведение энтерального питания у больных позволило избежать последующего инфицирования некрозов, добиться анаболизма в питательном статусе пациента, значительно снизить материальные расходы, связанные с парентеральным питанием.



УДК 616.37-002.1-089

***О.І. Дронов,
І.О. Ковальська,
В.Ю. Уваров,
Р.С. Цимбалюк,
К.С. Бурміч,
А.П. Коваленко,
Т.В. Лубенець***

*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця
кафедра загальної хірургії №1
м. Київ*

РОЗ'ЄДНАННЯ ПАНКРЕАТИЧНОЇ ПРОТОКИ ПРИ ГОСТРОМУ НЕКРОТИЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

При гострому некротичному панкреатиті (ГНП) може відбутися некроз головної панкреатичної протоки (ГПП). Наявність деструкції ГПП призводить до її роз'єднання, витікання панкреатичного соку в оточуючі тканини та черевну порожнину, що спричиняє погіршення перебігу захворювання, поширення зони ферментного аутолізу тканин, збільшує ризик розвитку арозивних кровотеч, дигестивних нориць.

У період з 2007 до 2011 року в Київському центрі хірургії захворювань печінки, підшлункової залози та жовчних проток проліковано 7 хворих з синдромом роз'єднаної ГПП. При діагностуванні деструкції ділянки ГПП (шляхом комп'ютерної томографії, магніторезонансної панкреатохолангіографії, фістулографії) у будь-який строк від початку захворювання виконували розкриття заочеревинного простору, не-

ректомію та візуалізацію дефекту ГПП. У ділянці дефекту виконували ревізію проксимального та дистального відділів ГПП. За встановлення їх прохідності виконували дренажування дистального відділу ГПП поліхлорвініловим дренажем, який співпадає за діаметром з діаметром ГПП, з фіксацією дренажа навколо протоки кисетним швом та виведенням дренажа і його ретельною фіксацією на передній черевній стінці. Проксимальний дефект ГПП ушивали окремими вузловими швами.

Всі хворі одужали. У строки від шести до восьми місяців після оперативного втручання всім хворим виконана реконструктивна вірсунгопанкреатоєюностомія.

Отже, роз'єднання ГПП при ГНП потребує оперативного втручання для покращення результатів лікування хворих на ГНП.



**О.І. Дронов,
І.О. Ковальська,
А.П. Коваленко,
К.С. Бурмич,
В.Ю. Уваров,
Р.С. Цимбалюк**

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ КОРТИЗОЛУ ТА МІКРОБНИХ МЕТАБОЛІТІВ ПЛАЗМИ КРОВІ ПРИ ТРАДИЦІЙНИХ ТА ЕНДОВІДЕОСКОПІЧНИХ НЕКРЕКТОМІЯХ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ НЕКРОТИЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
кафедра загальної хірургії №1
м. Київ*

Гострий некротичний панкреатит (ГНП) є моделлю сепсису, при якому відкриті оперативні втручання з їх високими рівнями ускладнень можуть бути причиною збільшення летальності.

Метою роботи було порівняння ступеня агресивності та проявів ендотоксикозу раннього післяопераційного періоду при виконанні відкритих і ендовідеоскопічних некректомій при інфікованому ГНП.

Нами було виділено дві групи по 30 хворих серед пацієнтів на інфікований ГНП, що лікувались з 2009 по 2011 р. в Центрі хірургії печінки, жовчних проток та підшлункової залози імені В.С. Земскова. Групи за статтю, віком, супутньою патологією та тяжкістю, стадією ГНП були репрезентативні. Вивчали мікробні метаболіти (фенілмолочна, фенілоцтова, фенілпропіонова кислоти) крові методом газової високоефективної хроматографії та рівні кортизолу в плазмі крові. Контрольну групу склали хворі, яким виконували відкриту некрсеквестректомію. В основній групі некрсеквестректомію виконували ретроперитонеально ендовідеоскопічним способом.

У результаті дослідження між групами не виявлено статистичної різниці рівнів кортизолу та мікробних метаболітів доопераційного періоду. У той же час рівні кортизолу були в межах норми (середнє значення $347 \pm 25,5$ нМ/л). Значуща різниця відхилень кореляції рівнів кортизолу ($p < 0,05$) відмічена в контрольній групі хворих, за 1 годину до і через 24, 48 годин після операції, на відміну від основної групи – різниця відхилень кореляції була ($p < 0,05$). Навпаки, кількість мікробних метаболітів в плазмі крові хворих основної групи до і після операції знизилась з 10^{-3} до 10^{-5} , що не спостерігалось серед показників у контрольній групі.

Отже, при відкритих некрсеквестректоміях навіть через 72 години після операції вміст кортизолу плазми не приходить до норми, рівень мікробних метаболітів у перші 24 години значно підвищений, на відміну від ендовідеоскопічної некрсеквестректомії. Це вказує на ефективність виконання мініінвазивних некректомій при ГНП та менш виражений хірургічний стрес порівняно із відкритими некректоміями.



УДК 616.37-002.1-072.1

**Н.Н. Велигоцкий,
А.Н. Велигоцкий,
А.В. Горбулич,
С.А. Павлюченко,
С.Э. Арутюнов,
О.В. Шадрин,
М.А. Клименко,
А.С. Чеботарев**

*Харьковская медицинская академия последипломного образования
кафедра торакоабдоминальной хирургии ХМАПО*

Ключевые слова: острый билиарный панкреатит, ранняя билиарная декомпрессия
Key words: acute biliary pancreatitis, early biliary decompression

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ БИЛИАРНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ ПРИ ОСТРОМ БИЛИАРНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Резюме. Вивчена ефективність ранньої біліарної декомпресії у хворих на гострий біліарний панкреатит з наявністю ознак біліарної обструкції. Доведено, що використання ендоскопічних методик ранньої біліарної декомпресії (папілотомії, балонної дилатації та назобіліарного дренивання) дозволяє покращити результати лікування хворих на гострий біліарний панкреатит.

Summary. Effectiveness of early biliary decompression in obstructive forms of acute biliary pancreatitis with signs of biliary obstruction have been studied. It was proved, that usage of endoscopic methods of early biliary decompression (papilotomy, ballon dilatation and nasobiliary drainage) can improve treatment results in these patients.

Одним из методов лечения билиарного панкреатита является выполнение билиарной декомпрессии [1-3, 4-6, 9, 10]. Для лечения обструктивного билиарного панкреатита в современной клинической практике применяют эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ), что позволяет устранить причину обструкции желчевыводящих и панкреатического протоков [4-6, 9, 10]. Эндоскопическая папиллодилатация в настоящее время рассматривается как альтернатива ЭПСТ при холедохолитиазе, которая позволяет восстановить проходимость терминального отдела холедоха и сохранить сфинктерный аппарат [7, 8]. Эта процедура сопровождается гораздо меньшим риском возникновения осложнений и в целом считается более безопасной [7, 8], однако описание использования этой процедуры при лечении острого билиарного панкреатита (ОБП) в доступной нам литературе мы не нашли.

Цель исследования – изучение эффективности ранней эндоскопической билиарной декомпрессии с использованием ЭПД терминального отдела холедоха.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Исследование основывается на данных обследования и лечения 263 пациентов с острым билиарным панкреатитом. Больные были разделены на две группы: **I-я группа** – 148 больных, которым выполнялась ранняя билиарная декомпрессия и применялся дифференцированный подход к выбору транспапиллярных эндо-

скопических методов восстановления проходимости терминального отдела холедоха; **II-я группа (группа сравнения)** – 115 больных, которым проводили лечение согласно традиционных схем и протоколов, а билиарную декомпрессию выполняли при сохранении признаков билиарной обструкции, несмотря на проводимую в полном объеме консервативную терапию ОБП.

Критериями включения пациентов в исследование являлись: наличие уровня амилазы, превышающей в 3 раза уровень в норме или трипсиногеновым тестом, а так же данные УЗИ. Повышение уровня билирубина при поступлении выше 35 ммоль/л. Повышение уровня АЛТ более 150 МЕ. Расширение общего желчного протока более 10 мм.

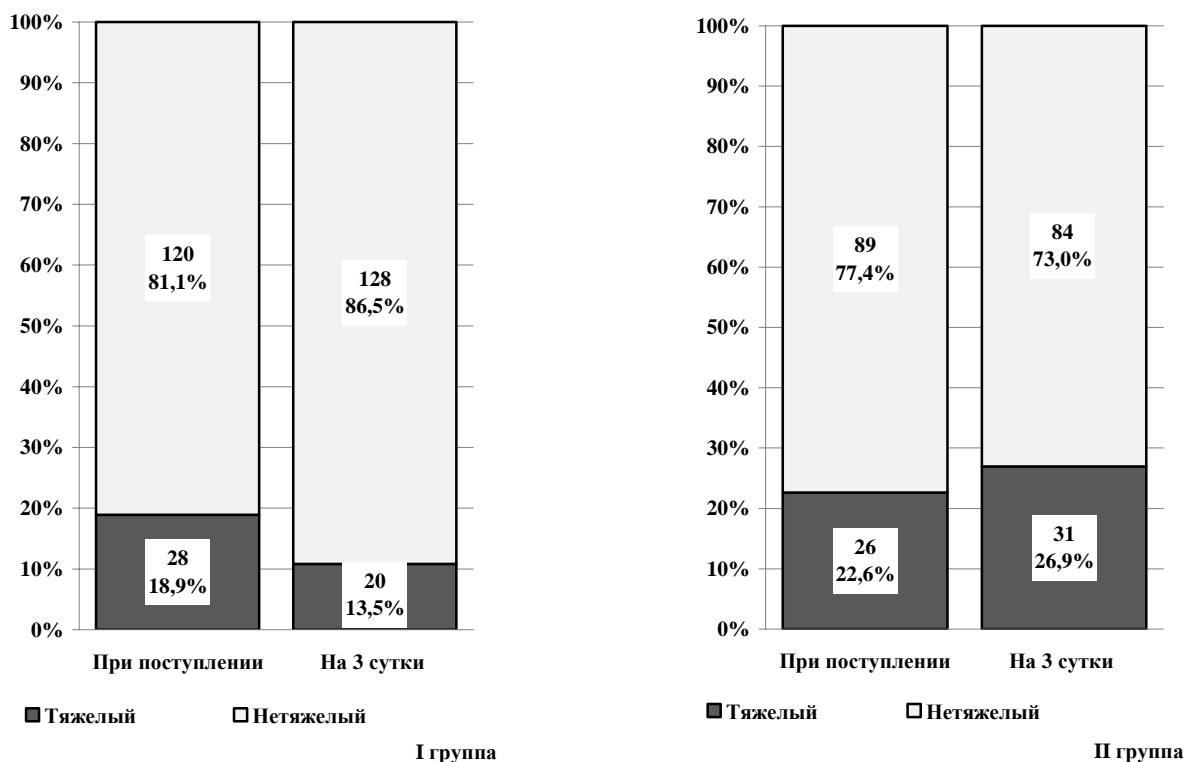
Для оценки эффективности лечения проводилось наблюдение за больными в течение всего процесса лечения. На 3 сутки оценивалась динамика тяжести ОП, которая сравнивалась с данными начальной прогностической оценки по шкале APACHE II. Для сравнения эффективности лечения в контрольной и основной группах было проведено исследование динамики клинической симптоматики, динамики уровня билирубина, которая характеризовала эффективность восстановления проходимости ЖВП и динамики уровня амилаземии, которая характеризовала активность процесса в поджелудочной железе. Исследовалась динамика уровня лейкоцитов,

которая характеризовала степень системной реакции организма на воспалительный процесс в поджелудочной железе. Оценивался также общий срок госпитализации пациентов, как интегрального показателя, характеризующего эффек-

тивность традиционной и разработанной лечебных программ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Изменение тяжести состояния больных в каждой из групп представлено на рис.



Оценка тяжести состояния пациентов I и II групп при поступлении и на 3 сутки после проведенного лечения

Из данных рисунка следует, что применение ЭПД для декомпрессии и санации ЖВП позволяет достоверно уменьшить частоту развития тяжелых форм ОП с 18,9% до 10,8%, а в сравнении с пациентами II группы, с 27,9%, то есть, в 3 раза. Таким образом, выполнение ранней билиарной декомпрессии позволило уменьшить частоту развития тяжелых форм ОБП.

При этом в основной группе наблюдалось уменьшение количества больных с тяжелыми формами – с 28 до 16, т.е. у 12 пациентов с прогнозируемыми при поступлении тяжелыми формами заболевания дальнейшее течение после билиарной декомпрессии проходило по варианту легкой формы ОБП. Напротив, у пациентов контрольной группы отмечалось увеличение количества больных с тяжелыми формами по сравнению с прогнозируемым при поступлении.

В таблице 1 представлены данные о средних сроках госпитализации, купирования симптомов, времени нормализации билирубина, амилазы и уровня лейкоцитов у больных с ОБП в основной и контрольной группах у больных с нетяжелыми формами ОБП.

Таким образом, данные таблицы 1 указывают на то, что использование ранней билиарной декомпрессии и разработанных в клинике подходов к ее осуществлению является эффективным при нетяжелом течении ОБП с явлениями билиарной обструкции, что подтверждается достоверными различиями в динамике купирования болевого синдрома, динамике нормализации уровня билирубина, амилазы, нормализации уровня лейкоцитов.

Таблица 1

Динамика показателей, характеризующих эффективность лечения больных с ОБП в основной и контрольной группах (M±m)

Показатель	Группа		P
	основная	контрольная	
Срок госпитализации	5,94±2,26	7,86±2,13	<0,05
Длительность болевого синдрома	4,74±0,5	6,98±1,89	<0,05
Нормализация билирубина	3,35±0,49	6,97±1,89	<0,05
Нормализация амилазы	3,19±0,51	6,7±1,92	<0,05
Нормализация лейкоцитоза	3,13±0,51	5,31±1,64	<0,05

В таблице 2 представлены данные обследования больных, характеризующие динамику клинических и лабораторных показателей в груп-

пах с тяжелыми формами острого билиарного панкреатита.

Таблица 2

Результаты, характеризующие динамику клинических симптомов и лабораторных показателей у больных с тяжелым течением острого билиарного панкреатита в первой и второй группах (M±m)

Показатель	Группа		P
	основная	контрольная	
Срок госпитализации:			
неосложненный	8,5±1,8	15,82±2,1	>0,05
осложненный	32±7,78	33,14±11,81	<0,05
Нормализация билирубина:			
неосложненный	6,2±1,8	12,56±2,14	>0,05
осложненный	10,25±2,65	12,36±3,14	<0,05
Нормализация амилазы:			
неосложненный	5,3±1,2	8,6±2,14	>0,05
осложненный	12,5±3,2	16,6±2,9	<0,05
Нормализация лейкоцитоза:			
неосложненный	6,8±2,3	13,16±1,65	>0,05
осложненный	20,25±5,65	22,36±6,14	<0,05

Как видно из данных таблицы 2, имелись различия между осложненными и неосложненными вариантами течения тяжелой формы ОБП. При этом при наличии неосложненных вариантов отмечена достоверная эффективность ранней билиарной декомпрессии.

Оперативное лечение больных с острым билиарным панкреатитом проводилось при наличии осложнений в виде ферментативного перитонита, при котором выполняли дренирование

сальниковой сумки и брюшной полости открытым или лапароскопическим доступом, и в виде инфицированного панкреонекроза, при котором выполнялась люмботомия либо лапаротомия с дренированием гнойно-некротических очагов. Развившиеся осложнения ОБП и оперативные вмешательства, выполненные при лечении больных в первой и второй группах при осложненных формах тяжелого ОБП, представлены в таблице 3.

Осложнения тяжелого острого билиарного панкреатита и оперативные вмешательства, выполненные в основной и контрольной группах больных

Осложнения и летальность	Группы больных		P
	I группа N=30	II группа N=31	
Специфические осложнения	3 (10%)	7 (22,58%)	<0,05
Флегмона	3	7	
Псевдокиста	-	-	
Холангит	3 (10%)	7 (22,58%)	<0,05
Операции	12 (40%)	21 (67,74%)	<0,05
Ранние (ферментативный перитонит)	9 (30%)	18 (58%)	<0,05
лапароскопические	4	13	
традиционные	5	5	
Поздние (гнойные осложнения)	3 (10%)	6 (19,35%)	>0,05
люмботомия, вскрытие флегмоны	2	1	
Лапаротомия дренирование	1	5	
Летальность	2 (6,66%)	5 (16,12%)	>0,05
Среди оперированных	2 (16,66%)	5 (23,81%)	>0,05
Ранняя	1 (3,33%)	3 (9,67%)	>0,05
Среди оперированных	1 (11,11%)	3 (16,66%)	>0,05
Поздняя	1 (3,33%)	2 (6,45%)	>0,05
Среди оперированных	1 (33,3%)	2 (33,3%)	>0,05

Изучение эффективности лечения у больных с тяжелыми формами ОБП показало, что у пациентов с ранней билиарной декомпрессией меньше частота специфических осложнений (10% по сравнению с 22,58% в контрольной группе при $p < 0,05$), меньше частота развития холангита (10% в сравнении с 22,58% в контрольной группе, $p < 0,05$), а так же достоверно меньшая потребность в ранних и поздних оперативных вмешательствах.

Так, дренирование по поводу ферментативного перитонита потребовалось у 9 (30%) больных в первой группе и у 18 (58%) во второй ($p < 0,05$). Оперативные вмешательства по поводу гнойных осложнений ОБП потребовались у 3 (10%) больных в первой группе и у 6 (19,35%) во второй ($p > 0,05$).

ВЫВОДЫ

1. У больных с острым билиарным панкреатитом при нарушении проходимости терминального отдела холедоха ранняя декомпрессия и санация желчевыводящих путей с применением методов баллонной дилатации сфинктера Одди позволяет достоверно снизить частоту развития тяжелых форм острого панкреатита с 18,9% до 13,5% в сравнении с традиционными

подходами, где наблюдался рост числа тяжелых форм с 22,6% до 26,9%.

2. У больных с нетяжелыми формами билиарного панкреатита ранняя декомпрессия позволила уменьшить сроки госпитализации при остром билиарном панкреатите с $7,86 \pm 2,13$ до $5,94 \pm 2,26$ сут., время нормализации уровня билирубина с $6,7 \pm 1,92$ до $3,19 \pm 0,51$ сут., длительность гиперAMILаземии с $6,7 \pm 1,92$ до $3,19 \pm 0,51$ сут. и сроки нормализации лейкоцитоза с $5,31 \pm 1,6$ до $3,13 \pm 0,51$ сут.

3. У больных с тяжелыми неосложненными формами билиарного панкреатита ранняя декомпрессия позволила уменьшить сроки госпитализации при остром билиарном панкреатите с $15,82 \pm 2,1$ до $8,5 \pm 1,8$ сут., время нормализации уровня билирубина с $12,56 \pm 2,14$ до $6,2 \pm 1,8$ сут., длительность гиперAMILаземии с $8,6 \pm 2,14$ до $5,3 \pm 1,2$ сут., нормализации лейкоцитоза с $13,16 \pm 1,65$ до $6,8 \pm 2,3$ сут.

4. Изучение эффективности лечения больных с тяжелыми формами ОБП показало, что у пациентов с ранней билиарной декомпрессией меньше частота специфических осложнений, меньше частота развития холангита, а также достоверно меньшая потребность в ранних и поздних оперативных вмешательствах.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Губергриц Н.Б. Клиническая панкреатология / Н.Б. Губергриц, Т.Н. Христинич - Донецк: ООО «Лебедь», 2000.- 416с.

2. Ким В.Л. Ретроградные эндобилиарные вмешательства при остром билиарном панкреатите /

В.Л. Ким, М.Ш. Хакимов, Ф.Ш. Каримов // *Анналы хирургии.* – 2005. – № 3. – С. 39-40.

3. Нестеренко Ю.А. Актуальные вопросы диагностики и лечения больных микрохоледохолитиазом / Ю.А. Нестеренко, В.В. Лаптев, А.Ю. Цкаев // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2007. – Т. 12, № 2. – С. 62-68.

4. Редькин А.Н. Эффективность эндоскопической папиллосфинктеротомии при остром билиарном панкреатите / А.Н. Редькин, Л.А. Филиппова // *Эндоскоп. хирургия.* – 2001. – № 4. – С. 39-42.

5. Barkun A.N. Early endoscopic management of acute gallstone pancreatitis -an evidence-based review / A.N. Barkun // *J. Gastrointest. Surg.* - 2001. - Vol. 5. - P. 243–50.

6. Carroll B.J. The early treatment of acute biliary pancreatitis / B.J. Carroll, E.H. Phillips // *N. Engl. J. Med.* - 1993. - Vol. 329. - P. 58–59.

7. Chung J.W. Endoscopic papillary balloon dilation for removal of choledocholithiasis: indications, advantages, complications, and long-term follow-up results / J.W. Chung, J.B. Chung // *Gut. Liver.* – 2011. – Vol. 5, N 1. – P. 1-14.

8. Complications of endoscopic biliary sphincterotomy / M.L. Freeman, D.B. Nelson, S. Sherman [et al.] // *N. Engl. J. Med.* – 1996. – Vol. 335. – P. 909-918.

9. Early ERCP and papillotomy compared with conservative treatment for acute biliary pancreatitis. The German Study Group on Acute Biliary Pancreatitis / U.R. Fölsch, R. Nitsche, R. Lütke [et al.] // *N. Engl. J. Med.* - 1997. - Vol. 336. - P. 237–42.

10. Preoperative versus postoperative endoscopic retrograde cholangiopancreatography in mild to moderate gallstone pancreatitis: a prospective randomized trial / L. Chang, S. Lo, B.E. Stabile, R.J. Lewis, K. Toosie, C. de Virgilio // *Ann. Surg.* - 2000. - Vol. 231. – P. 82-87.



УДК 616.34-022.44-005.1-07-089

**П.Д. Фомин,
В.В. Ганжій,
В.К. Логачев**

СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕБНО – ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЖЕЛУДОЧНО – КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

*Запорожский государственный медицинский университет
Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины*

Ключевые слова: желудочно-кишечное кровотечение, стандарты, протоколы, тактика, пептическая язва, хроническая медикаментозная язва, результаты лечения

Key words: gastrointestinal bleeding, standards, protocols, tactics, peptic ulcer, chronic drug ulcer, the results of treatment

Резюме. Проаналізовано результати хірургічного лікування хворих з пептичною і хронічною медикаментозною виразкою шлунка й дванадцятипалої кишки, ускладненою гострою шлунково-кишковою кровотечею. Розроблено стандарти і протоколи лікування та лікувальна тактика, що дозволяє значно знизити летальність і зменшити частоту ускладнень.

Summary. The results of surgical treatment of peptic ulcer and chronic drug ulcer of the stomach and duodenum complicated with acute gastrointestinal bleeding were analyzed. Standards and protocols of treatment and treatment tactic, which allow to reduce mortality and incidence of complications were developed.

Важным моментом в решении проблемы острого желудочно-кишечного кровотечения (ОЖКК) язвенной этиологии (ЯЭ) есть принятие унифицированного подхода для создания стандартов оказания быстрой и адекватной медицинской помощи. С этой целью нами разработаны стандарты курации больных с пептическими и хроническими медикаментозными язвами, осложненными ОЖКК в виде графа логичной схемы клинико-лечебного алгоритма, где в сжатой форме дан последовательный перечень необходимых диагностических и лечебных манипуляций в зависимости от активности и степени ОЖКК.

В приемно-диагностическом отделении на основании жалоб, анамнеза заболевания и объективных проявлений ОЖКК или наличия постгеморрагической анемии выставляется предварительный диагноз. Как правило, все это проявляется объективными признаками ОЖКК, такими как рвота кровью или сгустками крови, рвота «кофейной гущей», меленой. Там же выполняется пальцевое исследование прямой кишки и ФГДС. Лечебная тактика при ОЖКК ЯЭ целиком зависит от состояния больного, обусловленного степенью кровопотери, возрастными изменениями организма, наличием сопутствующих заболеваний (СЗ) и клинико-эндоскопическими признаками устойчивости гемостаза.

По нашим данным, лечебная тактика быстрого адекватного реагирования при пептических язвах (ПЯ) и хронических медикаментозных

язвах (ХМЯ), осложненных ОЖКК, должна учитывать следующие ситуации:

1. *Ситуация класса А.* Больные с продолжающимся активным ОЖКК. При неэффективности эндоскопической остановки геморагии пациенты подлежат оперативному вмешательству в экстренном порядке. При этом обязательны следующие алгоритм действий:

- больного из приемно-диагностического отделения срочно поднимают в операционную;

- больной сопровождается в операционную хирургом и анестезиологом;

- лабораторные исследования проводятся параллельно транспортировке больного в операционную;

- катетеризация одной, двух центральных вен или артериальный и венозный доступ, одновременно определяется ЦВД, параллельно проводится интенсивная противошоковая терапия с предоперационной подготовкой;

- оценка тяжести кровопотери, мониторинг АД, сердечных сокращений и ЦВД, определение гемодинамических показателей;

- интенсивное восполнение кровопотери (восполнение ОЦК с использованием кристаллоидов, коллоидов (препараты крахмала), плазмы, эритроцитарной массы);

- на столе - диагностическая и лечебная ФГДС с возможным эндоскопическим временным или постоянным гемостазом;

- в случае неэффективности эндоскопической остановки ОЖКК с нестабильной гемодина-

микой производится минимальная операция по жизненным показаниям, тот час же после эндоскопической остановки геморрагии. Жизнеспасающая лапаротомия адекватного реагирования (у пациентов с ПЯ при язве ДПК производится СВ+иссечение язвенного субстрата, при язве желудка - изолированное иссечение язвы, данные оперативные вмешательства производятся у пациентов с ХМЯ);

- после операции перевод пациента в отделение интенсивной терапии для продолжения ИВЛ и инфузионно – трансфузионной терапии до устранения нарушений центральной и периферической гемодинамики и восстановления органных функций;

- при эффективном эндоскопическом гемостазе пациент переводится в ситуацию класса В.

Проведенный экстренный эндоскопический гемостаз позволяет остановить ОЖКК и дает время для проведения кровезаместительной терапии, интенсивной коррекции волевических и соматических нарушений.

2. *Ситуация класса В.* Остановившееся при помощи эндоскопии ОЖКК, кровопотеря крайне тяжелой и тяжелой степени тяжести из ПЯ или ХМЯ желудка или ДПК с неустойчивым гемостазом является основанием для госпитализации пациента в отделение интенсивной терапии для проведения интенсивной терапии на протяжении суток. Цель терапии - восполнение кровопотери и стабилизация клинических показателей. При этом предполагается следующий алгоритм действий:

- постоянная зондовая аспирация желудочного содержимого; внешняя и внутрижелудочная гипотермия;

- диагностическая и лечебная ФГДС с эндоскопическим гемостазом (диатермокоагуляция, нанесение пленкообразующих средств, клипирование сосуда у пациентов с пептическими язвами и криокоагуляция с последующей диатермокоагуляцией и орошением пленкообразующими препаратами у пациентов с ХМЯ);

- катетеризация центральной вены, одновременно определяется ЦВД;

- угнетение секреции желудка H_2 – блокаторами (Лосек 40мл внутривенно 2 раза в день или квамател 20мг внутривенно 4 раза в день), антацидные препараты (альмагель, альмагель нео, фосфалюгель, по ложке 8 раз в день), сандостатин 0,01 подкожно или внутривенно 2-3 раза в день, окрестатин 0,01 подкожно 2-3 раза в день;

- интенсивное восполнение кровопотери (компенсация дефицита ОЦК с использованием кри-

сталлоидов, искусственных коллоидов (препаратов крахмала), плазмы, эритроцитарной массы, отмытых эритроцитов, обедненных эритроцитов);

- динамическая лечебная эндоскопия, динамика лабораторных данных.

Следующее отсроченное ургентное оперативное вмешательство часто разрешает выполнить радикальную операцию (у пациентов с ПЯ при язве ДПК производится СВ+иссечение язвенного субстрата или СПВ+иссечение язвенного субстрата, при язве желудка - пилоросохраняющую резекцию желудка (ПСРЖ), экономную пилорантрумсохраняющую медиогастральную резекцию желудка (ЭПАСМГРЖ), изолированное иссечение язвы, данные оперативные вмешательства производятся у пациентов с ХМЯ). Рецидив ОЖКК и отсрочка операции при их выполнении значительно повышает риск послеоперационных осложнений.

3. *Ситуация класса С.* При тяжелой и средней степени кровопотери из хронической дуоденальной язвы у больных старшей возрастной категории с тяжелыми СЗ при нестабильном гемостазе, когда риск хирургического вмешательства конкурирует с риском рецидива кровотечения, преимущество нужно предоставлять эндоскопическим методам достижения стойкого гемостаза:

- постоянная зондовая аспирация желудочного содержимого; внешняя и внутрижелудочная гипотермия в течение суток;

- диагностическая и лечебная ФГДС с эндоскопическим гемостазом (диатермокоагуляция, нанесение пленкообразующих средств, клипирование сосуда у пациентов с ПЯ и криокоагуляция с последующей диатермокоагуляцией и орошением пленкообразующими препаратами у пациентов с ХМЯ);

- катетеризация центральной вены, одновременно определяется ЦВД;

- угнетение секреции желудка H_2 – блокаторами (Лосек 40мл внутривенно 2 раза в день или квамател 20мг внутривенно 4 раза в день), антацидные препараты (альмагель, альмагель нео, фосфалюгель – 8 раз в сутки), сандостатин 0,01 подкожно или внутривенно 2-3 раза в день или окрестатин 0,01 подкожно 2-3 раза в день;

- интенсивное восполнение кровопотери (компенсация дефицита ОЦК с использованием кристаллоидов, искусственных коллоидов (препаратов крахмала), плазмы, отмытых эритроцитов, обедненных эритроцитов);

- динамическая лечебная эндоскопия, динамика лабораторных данных.

У этой группы больных интенсивная терапия продлевается на протяжении 8-10 суток с соблюдением ограниченного двигательного режима, с проведением комплексной противоязвенной терапии и вспомогательного клинико-эндоскопического контроля.

В случае необходимости производятся жизне-сберегающие оперативные вмешательства (у пациентов с ПЯ при язве ДПК производится СВ+иссечение язвенного субстрата, при язве желудка - изолированное иссечение язвы, данные оперативные вмешательства производятся у пациентов с ХМЯ).

4. *Ситуация класса D.* Рецидив кровотечения после медикаментозного или эндоскопического гемостаза должен служить показанием к неотложному оперативному вмешательству, направленному на окончательный гемостаз. Так же производятся жизне-сберегающие оперативные вмешательства (у пациентов с ПЯ при язве ДПК производится СВ+иссечение язвенного субстрата, при язве желудка - изолированное иссечение язвы, данные оперативные вмешательства производятся у пациентов с ХМЯ).

5. *Ситуация класса E.* Больные с легкой и средней степенью кровопотери (эндоскопически - дефект под фибрином) подлежат лечению в хирургическом отделении, где назначается комплексная противоязвенная терапия и коррекция анемии и гиповолемии с учетом показателей ОЦК, КОС, водно-электролитного баланса. Через 2-3 недели после остановки кровотечения и проведенного курса противоязвенной терапии показана плановая радикальная операция (у пациентов с ПЯ при язве ДПК производится СПВ+иссечение язвенного субстрата, при язве желудка ПСРЖ, ЭПАСМРЖ - изолированное иссечение язвы, данные оперативные вмешательства производятся у пациентов с хроническими ХМЯ).

Характер и объем оперативных вмешательств мы определяли с учетом локализации язвенного субстрата, осложненного ОЖКК, состоянием больного, квалификацией имеющейся хирургической бригады и материальным обеспечением оперативного вмешательства. К фундаментальным вопросам лечения ОЖКК ЯЭ мы относим принципы восполнения кровопотери, которые включают объем, характер и срок начала инфузионно-трансфузионной терапии, которая должна быть по возможности ближе к моменту установки диагноза ОЖКК. При проведении инфузионно-трансфузионной терапии у больных с тяжелым по объему и темпу кровотечением обязательная катетеризация центральной вены и проведение регулярного контроля ЦВД, а по

окончанию инфузионно-трансфузионной терапии обязательный контроль количества эритроцитов и концентрации гемоглобина, общего белка, гематокрита в центральной вене и периферической крови. При проведении коррекции кровопотери важным является количественный и компонентный состав препаратов, которые используются. Для унификации составления трансфузионной программы мы используем алгоритм, предложенный А.Г. Брюсовым. Однако необходимо помнить, что альбумин и белковые фракции плазмы создают угрозу развития РДС взрослых и «декстрановой почки». Применение декстранов (таких как макродекс, полиглюкин, реополиглюкин) для восполнения ОЦК мы не использовали, так как они обладают антигенными свойствами, тромбоцитарным действием и могут вызвать анафилактические реакции, а реополиглюкин увеличивает время геморрагии. Инфузия коллоидных растворов из донорской крови (альбумин, плазма) ограничена из-за содержания в ней альфа- и бета глобулинов, при использовании которых возможно нарушение микроциркуляции. Использование для восполнения объема ОЦК только кристаллоидных растворов создает угрозу интерстициального отека, инфузию их для восполнения кровопотери можно сравнить с вливанием объема «в дырявое ведро», так как эти растворы быстро покидают кровяное русло, а вот для восполнения интерстициальной жидкости мы останавливали свой выбор на кристаллоидных растворах. В своей практике для восполнения ОЦК мы отдавали предпочтение гидроксипропилированному крахмалу (рефортан, стабизол и др.), которые эффективно восполняют ОЦК. Препараты гидроксиэтилкрахмала имеют тесное структурное родство с гликогеном, что обеспечивает высокую переносимость организмом, и не обладают антигенными свойствами, редко вызывают анафилактоидные реакции, инфузия рефортана и стабизола в дозе до 1-2 литров в сутки не влияет существенно на свертываемость крови и время кровотечения. Кровопотерю возмещали кристаллоидными и коллоидными растворами до тех пор, пока риск осложнений, возникающих вследствие анемии, не превысит риска неблагоприятных эффектов, связанных с гемотрансфузией. Начиная с этого момента, кровопотерю возмещали эритроцитарной массой, поддерживая концентрацию гемоглобина до 70-100г/л или гематокрита до 21-30%. У пожилых больных, а также при тяжелых заболеваниях сердца или легких сигналом к началу переливания крови являлось снижение концентрации гемоглобина 100г/л.

При тяжелых кровотечениях 41% и более ОЦК, «шоковом индексе» 1,11-1,38 применяли внутриартериальное нагнетание эритроцитарной массы, стабизола, рефортана, что позволяло более быстро стабилизировать гемодинамику и уменьшить угрозу развития РДС взрослых. При подъеме ЦВД до 80-100мм вод. ст. начинали стимуляцию диуреза подключением почечных доз дофамина 1-3мкг/кг/мин. При возникновении сердечно-сосудистой недостаточности, проявляющейся стойкой гипотонией, при сопутствующей кардиальной патологии использовали вазоактивные препараты, дофамин, норадреналин, дозировку подбирали индивидуально. Улучшение газообмена достигалось оксигенотерапией через носовой катетер, маску или через интубационную трубку. Подготовка к операции предусматривала наряду с вышеуказанной терапией и гемостатическую терапию (медикаментозную и электрокоагуляцию). Использование такой многокомпонентной терапии перед операцией позволило стабилизировать состояние пациента, уменьшить агрессивность операционной травмы, улучшить защитно-приспособительные реакции организма в ответ на кровопотерю. Об адекватности предоперационной подготовки судили по клиническому состоянию больного, лабораторным исследованиям. Интенсивную терапию анестезиолог продолжал во время операции. Инфузионно-трансфузионная терапия продолжалась под постоянным наблюдением за кровопотерей (кровопотеря через зонд, потерями в рану, хирургическое белье и отсос). Она во время операции должна была обеспечить восполнение физиологических и патологических потерь жидкости, потери крови, а также восполнение предоперационного дефицита ОЦК. Кровопотерю возмещали переливанием кристаллоидных, коллоидных растворов и отмытыми эритроцитами согласно показателям гемоглобина и гематокрита. Посиндромная терапия во время операции при сопутствующей сердечно-сосудистой недостаточности включала применение вазоактивных веществ при снижении АД ниже 90-70мм рт.ст. (дозировку подбирали индивидуально) и нитратов (нитроглицерин в дозировке от 10-50мг/кг). Стремилась поддержать АД на уровне 80-100 мм рт.ст. Стимуляцию диуреза проводили на фоне восстановленного дефицита ОЦК и повышения ЦВД выше 100-120 мм вод.ст., с целью блокады медиаторов воспаления использовали глюкокортикоиды (дексон, дексаметазон). Выбор метода общей анестезии зависел от эффективности предоперационной подготовки. При стабилизации гемодинамики и остановленном ОЖКК использовали анальгезию с ИВЛ. При нестабильной

гемодинамике, в предоперационном лечении применяли вазоактивные препараты: дофамин в дозировке от 5-15мкг/(кг мин), норадреналин в дозировке от 4 до 14мкг/мин. При продолжающемся профузном кровотечении общую анестезию проводили с использованием оксibuтирата натрия 30-60мг/кг, кетамина 2-2,5мг/кг с ИВЛ на фоне миоплегии.

Для успешного лечения кровопотери при ОЖКК необходимо: определить степень кровопотери и «шоковый индекс» по дефициту ОЦК; выбрать схему инфузионно - трансфузионного возмещения кровопотери; использовать два и более сосудистых доступа. Для устранения дефицита ОЦК использовать коллоидные препараты, которые позволяют устранить тяжелую гиповолемию быстрее, чем кристаллоиды, и требуются в меньшем объеме. Из коллоидных препаратов предпочтительнее носители глобулярного объема - препараты гидроксиэтилкрахмала (рефортан, стабизол и др.), использование которых позволило быстро и эффективно восстановить ОЦК и стабилизировать гемодинамику. Переливание эритроцитарной массы и отмытых эритроцитов следует начинать при снижении концентрации гемоглобина ниже 70г/л или гематокрита ниже 21-25%.

После оперативного вмешательства больных с ПЯ и ХМЯ, осложненными ОЖКК, мы переводим в отделение интенсивной терапии для продленной ИВЛ и инфузионно – трансфузионной терапии до устранения нарушений периферической гемодинамики и восстановления органных функций. Эффективность и безопасность внутривенной инфузионной терапии обеспечивалась катетеризацией подключичной или яремной вен, а также правильным уходом за венозным катетером. С целью своевременного выявления и адекватной коррекции патологических сдвигов организма в послеоперационном периоде всем пациентам проводили необходимый объем лабораторных исследований – клинические анализы крови и мочи, коагулограмму, концентрацию электролитов в плазме, общий белок, билирубин и глюкозу крови. Обязательно проводили рентгенологические исследования грудной клетки и ЭКГ с контролем ВСП. Нами разработан индивидуальный листок наблюдения и лечения, который велся от 5 до 10 суток в зависимости от тяжести состояния больного, в нем регистрировали частоту дыхания, пульса, величину ЦВД, АД, диурез, тем-пературу тела, количество и характер отделяемого из дренажных трубок и назогастрального зонда.

У пациентов, перенесших крайне тяжелое и тяжелое кровотечение и, тем более, геморрагический шок, после достижения надежного гемостаза считали необходимым восполнение кровопотери до 70-75% необходимого ОЦК. В первые трое суток после оперативного вмешательства восполнение кровопотери было наиболее эффективным и полным, что достигалось переливанием отмытых эритроцитов или обедненных лейкоцитами эритроцитов. Мы считаем, что неадекватное восполнение кровопотери в этот период неблагоприятно сказывается на течении раннего послеоперационного периода и может быть причиной послеоперационных осложнений, обусловленных дефицитом белка, гипоксией тканей и органов, снижением репаративных процессов, полиорганной дисфункцией. Если в первые трое суток считали необходимым добиться, прежде всего, компенсации уровня форменных элементов крови, то в раннем послеоперационном периоде считали необходимым коррекцию водно-электролитных потерь, которые восполнялись кристаллоидными и коллоидными растворами. Для интенсивной терапии острой недостаточности кровообращения, обусловленной снижением изотропной функции миокарда, использовали дофамин. Этот препарат активизирует адренорецепторы сердца.

Важным аспектом ведения больных в послеоперационном периоде была борьба с гипопротениемией и гиперкоагуляцией, которые наступали вследствие снижения ОЦК. С целью уменьшения и устранения расстройств, возникающих в организме под влиянием ЯБ, осложненной ОЖКК, операционной травмы и кровопотери, во время операции и в послеоперационном периоде нами применена методика управляемой гемодилюции, которую проводили путем разведения крови гемодилюционным раствором с контрикалом от 30 до 60 тыс. единиц. Это способствовало стойкой стабилизации гемодинамики, поддержанию на адекватном уровне ОЦК, улучшению ее реологических свойств, интенсификации микроциркуляции и профилактике ряда осложнений в послеоперационном периоде (тромбоэмболия легочной артерии, пневмония и др.) Отличие послеоперационного ведения больных, перенесших кровопотерю средней степени тяжести, заключалось в правильно построенной программе инфузионной терапии. В первые сутки после операции объем инфузионной терапии составляет 50мл/кг/сут. Состав инфузионных сред включал 2000-2500ккал в пересчете на глюкозу, 4-6г калия, 1,5-2,0л солевых растворов с

щелочным рН, низкомолекулярные декстраны. Если соотношения гемоглобина и гематокрита удовлетворительные, АД стабильное, от гемотрансфузии мы воздерживались. В остальном проводили послеоперационную терапию такую же, как и у больных, перенесших кровотечение легкой степени. В послеоперационном периоде больные, перенесшие ОЖКК легкой степени тяжести, в первую очередь нуждаются в восстановлении функции ЖКТ. Инфузионная терапия являлась одним из компонентов, способствующих своевременной нормализации функции желудка и кишечника. Объем инфузионной терапии рассчитывался, исходя из суточных потерь, в среднем он составлял 2,5-3,0л. В состав инфузионных сред вводили глюкозо-солевые растворы, препараты калия из расчета 3-5г/сут чистого калия для нормализации деятельности миокарда и моторики кишечника, свежезамороженную плазму, препараты крахмала, кальция, аскорбиновую кислоту, витамины группы В и К (викасол). Гемотрансфузия этой группе больных не показана.

Кроме этого, у всех пациентов с ПЯ и ХМЯ гастродуоденальной зоны, осложненными ОЖКК, проводили комплексную стандартную терапию, направленную на коррекцию нарушений водно-электролитного баланса, КОС и энергозатрат, а именно: инфузионно-трансфузионные среды (растворы глюкозы, Рингера, альбумина, крахмала и др.); дезагреганты (трентал, компламин); антикоагулянты (гепарин, фраксипарин, клексан, никотиновая кислота); бронхолитики (эуфилин, лазолван); антибиотики широкого спектра действия; кардиотропные препараты (строфантин, коргликон); иммуномодуляторы (клеточно-тканевая терапия). Для восполнения сосудистого объема применяли изотонические и гипертонические солевые растворы, а для восполнения глобулярного объема и коррекции свертывающей системы – эритроцитарную массу, отмытые эритроциты и обедненные лейкоцитами эритроциты (при массивной и длительной, более 3 дней гемотрансфузии), свежезамороженную плазму. Всем пациентам со средней, тяжелой и крайне тяжелой степенью кровопотери в послеоперационном периоде проводили раннее клиническое энтеральное зондовое питание, что позволяло сократить потребность в трансфузии. Все пациенты с первых суток получали противоязвенное лечение, включающее блокаторы протонной помпы, местные антацидные препараты, а пациенты с ПЯ – антихеликобактерную терапию (АХТ). У пациентов с ХМЯ АХТ назначали только после

установлення НР-інфекції. Адекватна післяопераційна терапія способувала до встановлення тканевого аутоконтролю над судинами, зменшенню кількості ускладнень після операції.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, при предоставлении лечебной помощи при ОЖКК ЯЭ целесообразно руководствоваться протоколом (стандартом), который предусматривает мероприятия с коррекцией выявленных нарушений гомеостаза и функционального состояния организма, обеспечивает четкий алгоритм предоставления медпомощи и разрешает стандартизировать результаты лечения в

зависимости от активности кровотечения, объема кровопотери, локализации источника кровотечения и возраста больного.

Использование данного алгоритма интенсивного лечения острых ЖКК ЯЭ, включая инфузионно-трансфузионную терапию, выбор метода общей анестезии, посиндромного лечения с оперативной тактикой, отдающей предпочтение жизнеспасающим методам оперативного вмешательства, позволило уменьшить послеоперационную летальность у этой группы больных с 11,5% в 1998 г. до 2,8% в последние годы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Березницький Я.С. Стандартизація лікувальної тактики при виразках шлунка і дванадцятипалої кишки, ускладнених кровотечею / Я.С. Березницький, О.М. Клігуненко, Г.Г. Кабак // Хірургія України. – 2004. – №2 (10). – С.21-24.
2. Бойко Т.И. Клиническая гастроэнтерология (протоколы диагностики и лечения) / Т.И. Бойко; под ред. Ю.А. Филиппова.-Днепропетровск, 2003.-299с.
3. Виразкова гастродуоденальна кровотеча: проблеми уніфікації підходів до надання медичної допомоги / Я.С. Березницький, Р.Й. Василюшин, О.М. Клігуненко [та ін.] // Харків. хірургічна школа. – 2003. – №.1. – С.57-60.
4. Ганжий В.В. Новые тактико-технические решения в лечении хронических медикаментозных язв, осложненных кровотечением / В.В. Ганжий // Хірургія України.-2004.-№2(10).-С.32-34.
5. Ганжий В.В. Хірургічна тактика при гастродуоденальних виразках, ускладнених шлунково-

кишковою кровотечею: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук / В.В. Ганжий.-К., 2005.-30с.

6. Зіменковський А.Б. Розроблення протоколу ведення хворих із шлунково – кишковими кровотечами – концептуальна основа реформування невідкладної хірургічної гастроентерології / А.Б. Зіменковський, Б.О. Матвійчук // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України.-2002.-№2.-С.38-44.

7. Стандарти діагностики лікування язвенної болізни, ускладненої перфорацією і кровотеченням / Б.М. Даценко, С.Г. Белов, Т.И. Тамм [и др.] // Матеріали ХХ з'їзду хірургів України. – Тернопіль, 2002. – Т.1. – С.30-32.

8. Стандарти (протоколи) діагностики і лікування болізни органів травлення / П.Я. Григорьев, В.Т. Ивашкин, Ф.И. Комаров [и др.]. – М.: Б.и., 1998. – 46с.



УДК 616.334-005.1-07-089

**П.Г. Кондратенко,
Е.Е. Раденко**

ОСТРЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
кафедра хирургии
(зав. – д.мед.н., проф. П.Г. Кондратенко)

Ключевые слова: острые гастродуоденальные кровотечения, диагностика, лечение

Key words: acute gastroduodenal bleeding, diagnostic, treatment

Резюме. Використаний досвід лікування хворих на кровотечу в просвіт травного каналу з 1984 по 2011 рік. Розроблено діагностичний та лікувальний алгоритм. Використання алгоритму дозволило значно поліпшити якісні показники лікування хворих. Ознаки надійного гемостазу досягнуті у 90,4% хворих, загальна летальність знизилась до 3-3,5%, операції за екстремними показаннями практично не виконуються, а загальна кількість операцій не перевищує 5-7%.

Summary. The experience of treating patients with bleeding into the the alimentary canal lumen from 1984 to 2011 was used. Diagnostic and therapeutic algorithm was developed. Using of this algorithm has greatly improved

quality indicators of treatment. Signs of a reliable hemostasis were achieved in 90.4% of patients, the overall mortality rate reduced to 3-3.5%, the operations on emergency indications practically are not performed, and the total number of operations does not exceed 5-7%.

С тех пор как Littre (1704) впервые сообщил о летальном исходе, причиной которого явилась кровоточащая язва желудка, прошло более трехсот лет и, практически, двести лет со дня выхода первого обобщающего труда по этой проблеме - «Академические чтения о хронических болезнях» Федора Удена (1816). Около 90 лет насчитывает история эндоскопии кровотечений (Jackson, 1925). В 30-е годы прошлого столетия в клинике профессора С.С. Юдина достигнут небывалый по тем временам результат - послеоперационная летальность составила 13%. Что изменилось спустя восемь десятилетий? Справедливости ради следует отметить - уже никто не сомневается в диагностической и лечебной ценности эндоскопических исследований [1, 2, 3]. Что же касается вопросов тактики - единого мнения нет. На многочисленных научных конференциях заслушивается информация об опыте лечения и, к сожалению, не делается никаких попыток выработать единую тактику ведения больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями (ОГДК) [5].

Лечение больных с ОГДК - очень сложная медицинская и социальная проблема. К 2001 году в США зарегистрировано более 5 млн. па-

циентов с язвенной болезнью (ЯБ), а затраты на их лечение составляют более 6 млрд. долларов в год. Умерло от осложнений, связанных с ЯБ, 4604 пациента (383 в месяц, 88 в неделю, 12 в день) [6].

Неутешительную статистику летальности при осложненном течении ЯБ приводит ВОЗ (2002). Летальность (на 100 тыс. нас.) при осложненной ЯБ в США составила 30,0, во Франции - 41,5, в Германии - 50,7, в России - 56,1, в Украине - 46,2. С учетом того, что по данным некоторых авторов количество кровотечений в четыре раза превосходит число перфораций, становится понятным, насколько актуальной остается проблема геморрагических осложнений при ЯБ [3, 4].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

ОГДК 27 лет являются профильной патологией клиники хирургии Дон НМУ им. М. Горького. За этот период пролечено более 30 тысяч пациентов. Анализируя количество больных, поступающих ежегодно в городской центр кровотечений, расположенный на базе ЦГКБ №16 г. Донецка, следует отметить постоянный прирост числа больных с этой патологией (табл. 1).

Таблица 1

	Всего больных	Язвенная этиология	Неязвенная этиология	Портальная гипертензия
1984	545	347	166	32
2011	1031	350	417	264

Как видно из приведенной выше таблицы, с 1984 года количество кровотечений увеличилось в 2 раза, причем рост ОГДК происходил за счет больных с кровотечениями неязвенной этиологии (в 2,5 раза) и лимфопортальной гипертензии (в 8,25 раза). Что же касается больных с ОГДК язвенной этиологии, мы не отметили сколь-нибудь существенной ни отрицательной, ни положительной динамики. И это на фоне резкого прогресса фармакологической науки, новых протоколов лечения язвенной болезни (Маастрихт I-III), широкого распространения эндоскопии с целью ранней диагностики этой патологии.

Весь период работы можно условно разделить на 3 этапа: период накопления опыта (1984-1990 гг.), период отработки методик лечения

(1991-2000 гг.) и период оптимизации и стандартизации лечения (с 2001 года). Следует понимать, что деление на такие временные интервалы весьма условно. Во внимание принималось основное направление работы. Показательными, в этом отношении, являются показатели летальности у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (табл. 2).

Приведенные данные наглядно и убедительно показывают значительный положительный тренд. Общая летальность снизилась в 2,4 раза, послеоперационная летальность в 2,2 раза и в 3 раза - летальность среди неоперированных больных. Следует отметить значительные сдвиги в структуре больных, оперированных по экстренным показаниям. Если в период с 1984 до 1990

года операции на высоте первичного (не рецидивного) кровотечения составляли 28,6% с летальностью 38,5%, то в последние 5-7 лет ни одного больного мы не прооперировали в связи с неэффективностью первичного эндоскопического гемостаза. Число РК уменьшилось с 26,3%

(1984-1990 гг.) до 9,8% (2001-2011 гг.). Почти в 4 раза сократилось число клинически значимых РК (сопровождавшихся клиническими проявлениями). Соответственно этому сократилось и число выполненных операций в связи с РК – с 71,4% до 12,5%.

Таблиця 2

Летальность	1984-1990	1991-2000	2001- 2011
Общая	12,8	7,4	5,4
Послеоперационная	16,2	8,3	7,6
Без операции	9,4	6,5	3,2

Накопленный, систематизированный опыт лечения не мог не сказаться и на результатах консервативного лечения больных с ОГДК. Активное использование эндоскопических лечебных методов, как гемостаза, так и профилактики РК, наряду с отработанными алгоритмами корригирующей и антисекреторной терапии, позволили снизить летальность среди неоперированных больных в 3 раза.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Опыт показывает, что решение проблемы ОГДК лежит на стыке трех специальностей – хирургии, эндоскопии и анестезиологии. Непременными условиями являются: концентрация больных в условиях специализированных лечебных центров, обеспеченных всем необходимым для оказания своевременной и качественной экстренной диагностической, хирургической и реанимационной помощи, и общепринятый алгоритм лечебно-диагностической программы, координирующий работу этих подразделений.

В условиях нашего центра функционируют: хирургическое отделение, отделение неотложной эндоскопии, отделение анестезиологии и интенсивной терапии (с лабораторной службой), отделение переливания крови.

В приемном отделении больной осматривается хирургом, выполняется ректальное исследование, проводится анализ периферической крови и устанавливается ориентировочный объем кровопотери. Обязательным считаем промывание желудка для повышения информативности экстренной эндоскопии.

В отделении неотложной эндоскопии выполняется экстренное эндоскопическое исследование, целью которого является установление факта кровотечения, его источника, оценка на-

дежности гемостаза. При продолжающемся кровотечении выполняется эндоскопический гемостаз (ЭГ), при состоявшемся кровотечении – эндоскопическая профилактика рецидива кровотечения (ЭПРК).

Алгоритм ЭГ стандартен для любой патологии, кроме кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода: периульцерозные и/или перивазальные инъекции вазоконстрикторов, прокоагулянтов, дополняемые введением физиологического раствора для создания «компрессионной подушки» вокруг кровоточащего сосуда. Сформировавшийся сгусток укрепляется диатермокоагуляцией (ДК), термокаутеризацией (ТК), аргоно-плазменной коагуляцией (АПК). Для закрепления эффекта наносятся коагулирующие или пленкообразующие препараты. При неэффективности эндоскопического гемостаза в течение получаса предпринимаем экстренное оперативное вмешательство. С целью остановки продолжающегося кровотечения у больных с варикозным расширением вен пищевода считаем целесообразным постановку зонда Блейкмора по общепринятой методике.

Алгоритм ЭПРК вариабелен и зависит от этиологии патологического процесса и степени надежности локального гемостаза. Непременным условием является корреляция травматичности применяемого метода и степени надежности локального гемостаза. Основными методами ЭПРК считаем гидродиатермокоагуляцию (ГДК) и инъекционную медикаментозную терапию (ИМТ). Более высокий риск рецидива кровотечения, определяемый признаками ненадежного гемостаза (ННГ) (рыхлые сгустки, выстоящие в просвет тромбированные сосуды) подразумевает использование более травматичных методов (ДК,

АПК). При наличии кровоточащих опухолей не рекомендуем использование ИМТ, ввиду ее неэффективности, у больных с синдромом Меллори-Вейсса – ДК или АПК, ввиду их травматичности.

Все больные, поступающие в клинику с признаками кровотечения, вне зависимости от степени кровопотери и наличия признаков ННГ, госпитализируются в отделение анестезиологии и интенсивной терапии (ОАИТ). В ОАИТ проводится комплекс мероприятий, включающий в себя инфузионную и медикаментозную корригирующую, восполнительную терапию кровопотери и кислотосупрессивную терапию.

В клинике разработана прогностическая система, использующая клинические, лабораторные и эндоскопические параметры и позволяющая на любом этапе лечения оценить степень риска рецидива кровотечения (РРК). На основании степени РРК определяется периодичность проведения эндоскопического лечебного мониторинга (ЭЛМ). Последний выполняется до исчезновения признаков ННГ. При незначительной степени РРК контрольные эндоскопические исследования выполняются каждые 12 часов в течение 72 часов; при умеренной степени – каждые 8-10 часов в течение 36 часов; при высокой степени РРК – каждые 4-6 часов в течение 24 часов. Если в вышеуказанные временные интервалы степень РРК не снижается - больному предлагается оперативное вмешательство. При РРК, но отсутствии явлений геморрагического шока, считаем показанным выполнение ЭГ или ЭПРК и продолжение интенсивной терапии. Если же РРК сопровождается геморрагическим шоком, предпринимаем экстренное оперативное вмешательство с проведением интенсивной корригирующей терапии на операционном столе.

Мы считаем абсолютно оправданным применение хирургического вмешательства при: возникновении РРК в течение суток от момента поступления; длительно (более 3 суток) сохраняющихся признаках ННГ, в особенности выходящих в просвет крупных сосудов; невозможности выполнять эндоскопические манипуляции из-за анатомических особенностей, грубых рубцовых сужений; бесперспективности выполнения эндоскопических манипуляций при обширных (более 1,5см в луковице двенадцатиперстной кишки и 2,5см в желудке), глубоких, предположительно пенетрирующих, язвенных дефектах; неадекватном поведении больного во время эндоскопического исследования и невозможности провести адекватную эндоскопическую терапию при сохранении признаков ненадежного гемостаза.

Для лечения ОГДК обязательным компонентом лечения является назначение кислотосупрессивной терапии. Опорной группой препаратов были ингибиторы протонной помпы (ИПП) - омепразол, пантопразол, рабепразол, эзомепразол. ИПП назначались по 80 мг в/в болюсно, затем по 8 мг/ч в течение 3-5 и более суток с последующим переходом на пероральный прием. В комплексной кислотосупрессивной терапии мы используем также антацидные препараты: Маалокс, Контрацид, Алмагель, Алюмаг по 15 - 20 мл суспензии 4-5 раз в день и препараты, оказывающие защитное действие на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки Вентер (сукральфат) по 1 г 4 раза в день или Де-нол по 240 мг 2 раза в сутки. В последние годы появились работы, посвященные проблеме резистентности к ИПП, частота которой колеблется от 11,5 до 25%. В тех случаях, когда нет эффективности от применения ИПП в течение 48 часов, мы назначаем блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов третьего поколения (квamatел) 10 мг в/в болюсно, затем по 3,2 мг/ч в течение 2-3 суток с последующим переходом на пероральный прием.

ВЫВОДЫ

1. Организация специализированных хирургических центров для лечения больных с острым кровотечением в просвет пищеварительного канала позволяет быстро анализировать накапливаемый опыт и на этой основе разрабатывать новые методы диагностики и лечения, широко внедрять их в практику, вырабатывать единую диагностическую и лечебную тактику, что, в свою очередь, влечет за собой улучшение качественных показателей лечения, снижение летальности, числа ранних и поздних послеоперационных осложнений.

2. Разработанный лечебно-диагностический алгоритм позволил достичь признаков надежного гемостаза у 90,4% больных, снизить общую летальность до 3-3,5%, в настоящее время мы практически не выполняем операции по экстренным показаниям, а общее число оперируемых больных не превышает 5-7%.

3. Приведенные данные убедительно свидетельствуют об эффективности применения у больных с ОГДК разработанной лечебной тактики, в основу которой положены эндоскопическая характеристика источника кровотечения, динамика патологического процесса, широкое внедрение в клиническую практику эндоскопических способов гемостаза и профилактики рецидива кровотечения, а также разработанного комплекса инфузионной, медикаментозной и противоязвенной терапии.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ашфараммешгиншахр Садег. Методика консервативного гемостаза при острих гастродуоденальних язвенних кровотеченнях: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук / Ашфараммешгиншахр Садег. – М., 2005. – 19 с.
2. Геморрагический шок. Новая концепция эндоскопического гемостаза и перспективы неоперативного лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений, осложненных геморрагическим шоком / Л.Я. Тимен, А.Г. Шерцингер, С.Б.Жигалова [и др.] // Эксперим. и клинич. гастроэнтерология. – 2002. – № 4. – С. 66 - 71.
3. Кондратенко П.Г. Острое кровотечение в просвет органов пищеварительного канала: практическое руководство / П.Г. Кондратенко, Н.Л. Смирнов, Е.Е. Раденко. – Донецк: Новий Світ, 2006. – 420 с.
4. Тогузова Д.А. Медикаментозная профилактика рецидивов гастродуоденальных кровотечений при язвенной болезни: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.05 / Д.А. Тогузова – М., 1997. – 23 с.
5. Яицкий Н.А. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки / Н.А. Яицкий, В.М. Седов, В.П. Морозов. – М.: Мед-пресс информ, 2002. – 376 с.
6. Epidemiology and Impact – NIH Publication No. – 1994. – P. 94-1447.



УДК 616.334-022.44-005.1-089-005.3

**Б.О. Матвійчук,
Я.А. Король,
С.Л. Рачкевич,
І.М. Тумак,
М.Є. Артюшенко**

**ЕНДОСКОПІЧНИЙ ГЕМОСТАЗ У
КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ
ВИРАЗКОВИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ
КРОВОТЕЧ**

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги
м. Львів*

Ключові слова: виразкові
кровотечі, гемостаз
Key words: ulcer bleeding,
hemostasis

Резюме. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются важной причиной госпитализации и летальности в общехирургическом стационаре. Применение методов эндоскопического гемостаза совместно с антисекреторной фармакотерапией являются основными методами лечения, которые позволили добиться положительных результатов.

Summary. Bleeding from upper portions of gastrointestinal tract is an important cause for hospitalization and death rate in general surgery clinics. Application of endoscopic hemostasis methods in connection with antisecretory pharmacotherapy is the basic methods of gastroduodenal bleeding treatment, giving positive results.

Кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту є важливою причиною госпіталізацій і летальності у загальнохірургічному стаціонарі. Діагностика та лікування цієї патології змінювалася протягом останніх 30 років від пасивної діагностичної ендоскопії з медикаментною терапією і, за потреби, операційним втручанням до активних заходів із застосуванням ендоскопічного гемостазу, ангиографічних і хірургічних напрямків при неефективності ендоскопічного лікування.

Виразкова хвороба є основною причиною кровотеч з верхніх відділів шлунково-кишкового

тракту. Захворюваність виразковими гастродуоденальними кровотечами (ВГДК) по Україні становить 4,72 випадку на 10 тис. населення [1]. У країнах Європи та Північної Америки ці показники сягають 100-110 випадків на 100000 населення [6]. Лікування ВГДК потребує мультидисциплінарного підходу, включаючи застосування ендоскопічної техніки, медикаментної терапії та хірургічного втручання. Саме комбінація методик ендоскопічного гемостазу з подальшою ад'ювантною медикаментною антисекреторною терапією дає оптимальний шанс зупинки триваючої кровотечі та попередження її

рецидиву. Застосування ендоскопії дає змогу отримати ранню ризик-стратифікацію рецидиву кровотечі, що визначає подальшу тактику лікування. Згідно з даними ряду мета-аналізів, застосування ендоскопічного гемостазу сигніфікантно знижує частоту рецидиву кровотечі, потреби у хірургічному лікуванні та летальності, і є першою лінією лікування ВГДК у більшості існуючих алгоритмів [3,5,7].

Однак загальна летальність серед геморагій з верхніх відділів ШКТ становить приблизно 10% і не змінюється сигніфікантно протягом останніх сорока років [4,6,8].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проаналізовано результати лікування хворих на виразкову хворобу шлунка й дванадцятипалої кишки, ускладнену кровотечею, у Львівському міському центрі лікування та профілактики шлунково-кишкових кровотеч за останні 5 років. З 2007 до 2011 року з приводу ВГДК лікувалось 1224 пацієнтів, з них консервативне лікування отримали 1140 (93,1%) хворих, прооперовано – 84 (6,9%).

Медикаментно-ендоскопічна тактика лікування ВГДК є основною на сьогодні насамперед внаслідок введення в арсенал інгібіторів протонної помпи й застосування сучасних методик ендоскопічної зупинки геморагій. Ендоскопічне лікування полягало у використанні термічних та ін'єкційних методів гемостазу. Ін'єкції розчину розведеного адреналіну (1 : 10000) широко застосовуються насамперед завдяки простоті їх виконання. Механізм дії полягає у тампонуєчому та судинозвужуючому ефектах на тканини, які прилягають до кратера виразки і кривавлячої судини. Серед термічних методик застосовуємо контактні (біполярна електрокоагуляція) та неконтактні (аргоноплазмова коагуляція) типи з досягненням локального гемостазу внаслідок безпосередньої коагуляції судини та набряку суміжних тканин при їх опіковому ушкодженні.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Методики ендоскопічного гемостазу згідно з тактикою, яка застосовується у клініці, здійснюються у перші години від госпіталізації хворого в стаціонар. Згідно з ендоскопічною класифікацією, Forrest-III знайдено у 485 (39,6%) пацієнтів, Forrest-IIa – у 164 (13,4%), Forrest-IIb – у 190 (15,5%), Forrest-IIc – у 202 (16,5%) хворих. У 183 пацієнтів була триваюча кровотеча, серед них у 47 (3,8%) - Forrest-Ia та у 136 (11,1%) – Forrest-Ib. За досліджуваний період ендоскопічний гемостаз виконано 518 пацієнтам, що становить 42,3%. З них найчастіше використовуємо

ін'єкційну методику – 230 (44,4%) хворих, 70 (13,5%) пацієнтам здійснено біполярну електрокоагуляцію та 81 (15,6%) – аргоноплазмову коагуляцію. За останній час все частіше застосовуємо комбіновані методи (137 хворих – 27,4%) ендоскопічного гемостазу (ін'єкційний гемостаз + аргоноплазмова коагуляція, ін'єкційний гемостаз + біполярна електрокоагуляція), що вважається оптимальним методом ендоскопічної зупинки геморагії. Одразу після ендоскопічної зупинки кровотечі застосовуємо довенне введення 40 мг омепразолу протягом 2-3 діб з подальшим переходом на пероральні форми. При високому ризику рецидиву кровотечі, що відповідає ендоскопічній картині Forrest-Ib, IIa, IIb, здійснюється болюсне введення 80 мг омепразолу з наступною його інфузією 8 мг/год протягом 72 годин після ендоскопічного гемостазу. Паралельно з антисекреторною терапією проводимо ерадикацію *Helicobacter pylori* згідно з Маастріхтським консенсусом – III (амоксацилін 2 г/добу і кларитроміцин 1 г/добу впродовж 14 діб).

Застосована в клініці тактика ендоскопічного гемостазу в комбінації з медикаментною терапією ВГДК за вказаний період дослідження є основним напрямком, який забезпечує стаціонарне лікування понад 90% пацієнтів з подальшим продовженням його в амбулаторному порядку. Однак основною проблемою залишається рецидив кровотечі у стаціонарі, який є причиною тяжкої постгеморагічної анемії, геморагічного шоку та летального кінця у понад 70% померлих. Якщо раніше рецидив виразкової геморагії був показанням до виконання ургентного операційного втручання, то на сьогодні алгоритм лікування цього ускладнення в клініці включає обов'язкову спробу ендоскопічної зупинки триваючої кровотечі, що відповідає прийнятим у світі сучасним рекомендаціям [7].

Частота рецидивів кровотечі за досліджуваний період порівняно з попередніми до впровадження методик ендоскопічного гемостазу та інгібіторів протонної помпи суттєво знизилась з 21,9% до 8,1% ($p < 0.05$), хоча за останні роки динаміки до його зниження немає. Позитивним моментом цього є те, що близько 70% повторних геморагій зупиняється застосуванням ендоскопічного та медикаментного лікування, уникаючи виконання екстреної операції, яка характеризується високими показниками післяопераційної летальності та частоти післяопераційних ускладнень. Хірургічна активність знизилась з 44,7% до 6,7% і операційне втручання на сьогодні використовується як вимушене відходження

від загальноприйнятої лікувальної тактики при неможливості зупинити геморагію та для по-

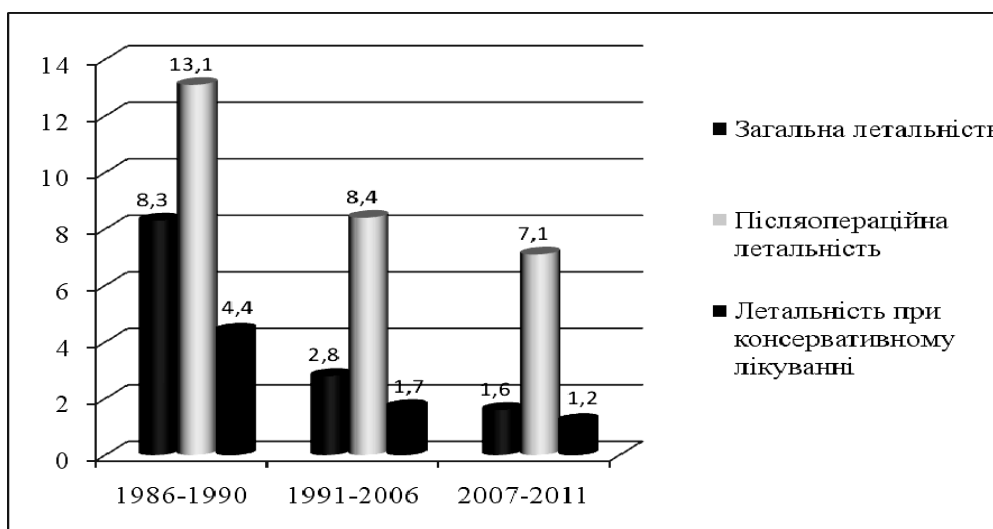
передження її рецидиву у випадку високого ризику його виникнення (табл.).

Методи лікування хворих з ВГК

Показники	I період (1986-1990)	II період (1991-2006)	III період (2007-2011)	Загалом
Всього лікувалось	1107	4636	1224	6967
Отримали консервативну терапію	612	3862	1140	5614
Оперовано	495	774	84	1353
Хірургічна активність, в %	44,7	16,7	6,7	19,4

Окрім вказаного, досягнуто суттєвого покращання основних показників лікування ВГДК – за-

гальної, післяопераційної летальності та летальності при консервативному лікуванні ($p < 0,05$) (рис.).



Результати лікування ВГДК

ВИСНОВКИ

1. Застосування методик ендоскопічного гемостазу у поєднанні з антисекреторною фармакотерапією є основними методами лікування ВГДК, які дали змогу досягти позитивних результатів.

2. Ін'єкційний ендоскопічний гемостаз самостійно та у поєднанні з термічними методиками є основним методом ендоскопічної зупинки ВГДК.

3. Рецидив виразкової кровотечі залишається актуальною проблемою у лікувальній тактиці пацієнтів з ВГДК.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Кондратенко П.Г. Острое кровотечение в просвет пищеварительного канала: практическое руководство / П.Г. Кондратенко, Н.Л. Смирнов, Е.Е. Раденко. – Донецк, 2006. – 420 с.

2. Сучасні підходи до лікування шлунково-кишкових кровотеч виразкової етіології / В.О. Шапринський, І.В. Павлик, В.М. Коваль, А.А. Найчук // Хірургія України.- 2005.- №2(14).- С. 147-152.

3. Barclay L. Management of Acute Peptic Ulcer

Bleeding / L. Barclay, C. Vega // N. Engl. J. Med. – 2008. – Vol. 359. – P.928-937.

4. Caestecker J. Upper Gastrointestinal Bleeding, Surgical Treatment / J. Caestecker // Am. J. Gastroenterol. – 2009. – Vol. 101. – P. 500-505.

5. Causes of mortality in patients with peptic ulcer bleeding: a prospective cohort study of 10,428 cases / J.J. Sung, K.K. Tsoi, T.K. Ma [et al.] // Am. J. Gastroenterol. – 2009. – Vol. 101. – P. 322-330.

6. Cerulli M.A. Upper Gastrointestinal Bleeding / M.A. Cerulli, S. Iqbal // Am. J. Gastroenterology. – 2009. – Vol. 101, N 2. – P.222-230.

7. Consensus Recommendations for Managing Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding / Alan Barkun, Marc Bardou, John Marshall [et al.] //

Ann. Int. Med. – 2003. – Vol. 139, N 10. – P. 843-857.

8. Leontiadis G.I. The role of proton pump inhibitors in the management of upper gastrointestinal bleeding / Leontiadis G.I., Howden C.W. // Gastroenterol Clin North Am. – 2009. – Vol. 38, N 2. – P.199-213.



УДК 616.34-022.44-005.1-082

**С.О. Мунтян,
М.В. Трофімов,
В.П. Кришень**

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ ПІДХІД ДО НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ШЛУНКОВО-КИШКОВОМИ КРОВОТЕЧАМИ З ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ТРАВНОГО ТРАКТУ ВИРАЗКОВОЇ ЕТІОЛОГІЇ

*ДЗ “Дніпропетровська медична академія МОЗ України”
кафедра загальної хірургії
(зав. – д. м. н., проф. С.О. Мунтян)*

Ключові слова: виразка шлунка та дванадцятипалої кишки, гастродуоденальна кровотеча
Key words: gastric and duodenal ulcer, gastroduodenal bleeding

Резюме. Проведен глибокий статистический аналіз результатів лікування больних с неварикозними гастродуоденальними кровотечнями за 2 года работы центра желудочно-кишечных кровотечений г. Днепропетровска. Выяснено, что применение методов местного эндоскопического гемостаза у этой категории больных привело к уменьшению числа операций и улучшению результатов лечения данной категории больных.

Summary. The profound statistical analysis of treatment of patients with ulcerous gastroduodenal bleeding over 2 years period of work of center of gastroduodenal bleeding of Dnepropetrovsk is conducted. It is exposed, that wide application of methods of endoscopic haemostasis and endoscopic monitoring allowed to substantially reduce a number of operations at this category of patients and improve treatment results.

Проблема лікування виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК), ускладненої кровотечею, є важливою проблемою сучасної охорони здоров'я. В останні роки спостерігається зростання числа випадків цього грізного ускладнення виразкової хвороби в Україні з 50 до 75 випадків на 100 тис. населення. За нашими даними, цей показник у Дніпропетровську становить 61,2 випадку на 100 тис. населення. Розробка нових алгоритмів надання допомоги цій категорії хворих проводиться з переважним застосуванням методів місцевого ендоскопічного гемостазу. Кафедра загальної хірургії ДЗ “Дніпропетровська медична академія МОЗ України” бере активну участь у розробці нових алгоритмів лікування цієї патології в рамках наукової теми кафедри.

Нами проведений глибокий клініко-статистичний аналіз результатів лікування хворих з гастродуоденальними кровотечами (ГДК) вираз-

кової етіології з метою оцінити їх динаміку та намітити шляхи до покращення.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

У 1993 році на базі 2 хірургічного відділення КЗ “Дніпропетровське КОШМД ДОР” створений міський центр надання допомоги хворим з ГДК. У структурі лікарні є ендоскопічне відділення цілодобового чергування, де поряд з діагностичним езофагогастродуоденоскопічним дослідженням (ЕГДС) проводиться ціла низка лікувальних ендоскопічних маніпуляцій та операцій з метою створення місцевого ендоскопічного гемостазу. З 2011 року ендоскопічне відділення КОШМД оснащено сучасним обладнанням і активно проводить зупинку ГДК та профілактику виникнення її рецидиву шляхом проведення місцевого ендоскопічного гемостазу за сучасними стандартами й методиками. В основу надання медичної допомоги хворим з ГДК ми взяли “Стандарти організації та професійно-орієн-

тованих протоколів надання невідкладної медичної допомоги хворим з хірургічними захворюваннями живота і грудної клітки” за редакцією проф. Я.С. Березницького (Наказ МОЗ України №270 від 02.04.2010). За рік роботи проведено 1573 дослідження з виконанням ендоскопічної зупинки ГДК та профілактики виникнення її рецидиву у 699 випадках. Нами проведений аналіз роботи центру за цей період. Статистичну обробку даних проводили за допомогою стандартних комп’ютерних програм (Statistica 6.0. for Windows).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Всі хворі з підозрою на шлунково-кишкову кровотечу з верхніх відділів травного тракту підлягають негайній госпіталізації в хірургічний стаціонар. Транспортування хворих з ГДК проводиться тільки лежачи, на каталці. У приймально-діагностичному відділенні стаціонару при первинному огляді хворого з підозрою на ГДК проводяться загальноклінічні дослідження (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, група крові та резус фактор, рівень глюкози крові), визначається обсяг та ступінь крововтрати, виконується ЕКГ, хворий оглядається терапевтом і за необхідністю кардіологом та невропатологом.

У максимально короткий термін після госпіталізації хворим проводиться ЕГДС для встановлення джерела кровотечі, визначення стану місцевого ендоскопічного гемостазу та проведення заходів ендоскопічної зупинки кровотечі або профілактики виникнення рецидиву кровотечі.

Показанням до виконання екстреної ЕГДС є підозра на наявність кровотечі з верхніх відділів травного тракту (блювота кров’ю або “кавовою гущею”, тмаелена). Залежно від тяжкості стану хворі були розподілені на три групи. I група – хворі з ознаками триваючої кровотечі (блювота алою кров’ю, стрімке падіння артеріального тиску, рідкий чорний кал), порушення геодинаміки, критичний стан. Цій групі хворих дослідження проводиться в умовах операційної або реанімаційної зали, що є підрозділом операційної. II група – хворі з вираженими ознаками постгеморагічної анемії без ознак триваючої кровотечі. Цим хворим дослідження виконувалося в умовах хірургічної реанімації. У групі хворих з ознаками кровотечі, що відбулась, з явищами нетяжкої постгеморагічної анемії без порушення життєвих функцій дослідження проводиться в умовах оглядового кабінету ендоскопічного відділення. Метою ендоскопічного дослідження є остаточна зупинка кровотечі, тимчасова зупинка кровотечі та профілактика виникнення рецидиву кровотечі.

При оцінці ендоскопічної картини джерела кровотечі використовували класифікацію активності кровотечі за Forrest J.A.H. в модифікації В.І. Нікішаєва. Ця класифікація дозволяє визначити та обґрунтувати лікувальну тактику при ГДК неварикозного генезу.

Найпоширенішим захворюванням, що викликає гостру ГДК, є, за нашими даними, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки. Структуру нозологічних одиниць при ГДК можна представити у вигляді рисунка 1.

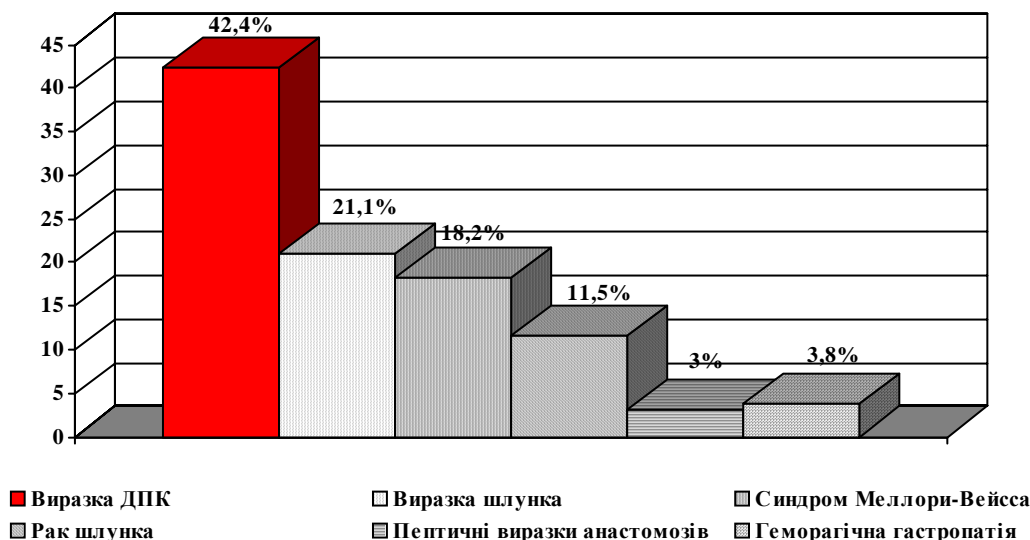


Рис. 1. Нозологічна структура ГДК неварикозного генезу

Нами проведено аналіз розподілу станів місцевого гемостазу за Forrest. Встановлено, що I клас небезпеки (Forrest I) виявлений у 40,77% випадків, а II клас небезпеки (Forrest II) у 59,53% випадків.

Нами проведено дослідження станів місцевого ендоскопічного гемостазу за Forrest при

різних ГДК виразкового генезу. Найбільший відсоток випадків активної кровотечі спостерігався в групі хворих з виразкою ДПК (18,85%), у групі хворих з виразкою шлунка цей показник становив 12,45% випадків. Наведені дані можна представити у вигляді рисунка 2.

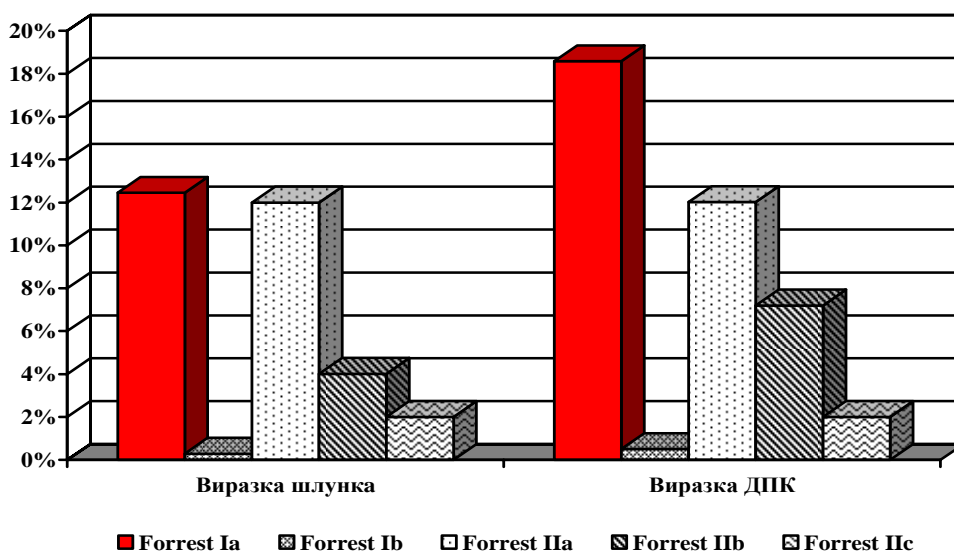


Рис. 2. Характеристика станів місцевого гемостазу за Forrest при різних ГДК

При ендоскопічній картині активної кровотечі (Forrest I) проводимо методи місцевого ендоскопічного гемостазу з метою тимчасової та остаточної зупинки кровотечі. При остаточній зупинці кровотечі проводимо ендоскопічний моніторинг для контролю гемостазу через 2-4 години. Тимчасова зупинка кровотечі дає можливість підготувати хворого, який знаходиться в тяжкому стані, для проведення відстроченого оперативного втручання. Неефективність методів ендоскопічного гемостазу є показанням до проведення екстреного оперативного втручання.

При зупиненій кровотечі з високим ризиком виникнення її рецидиву (Forrest II) ми проводимо ендоскопічну профілактику виникнення рецидиву, комплекс консервативної терапії з ендоскопічним моніторингом через 4-6 годин.

При низькому ризику виникнення рецидивної кровотечі (Forrest IIc) ми проводили вищезазначені заходи й виконували контроль ендоскопічного гемостазу через 12-24 години. У разі відсутності ендоскопічних стигматів кровотечі, але при наявності кровотечі в анамнезі, контроль гемостазу проводили також через 12-24 години.

Найбільш поширеним методом місцевого

ендоскопічного гемостазу в наших умовах є коагуляція кровоточивої судини й ділянки слизової оболонки навколо джерела кровотечі моноактивним електродом, що було виконано в 75,45% випадків. Дані про використання різних методів ендоскопічного гемостазу для зупинки й профілактики виникнення рецидиву кровотечі можна представити у вигляді рисунка 3.

Після проведення заходів ендоскопічного гемостазу хворі з нестійким гемостазом госпіталізуються у відділення реанімації для проведення інтенсивної терапії, динамічного спостереження та проведення ендоскопічного моніторингу.

При застосуванні нами методів ендоскопічного гемостазу неефективний гемостаз при активній кровотечі (Forrest Ia) спостерігався в 0,71% випадків. Показанням до оперативного лікування виразкових ГДК є активна (триваюча) кровотеча при неефективності методів ендоскопічного гемостазу та рецидивна кровотеча на тлі неефективної комплексної консервативної терапії. При виконанні оперативних втручань перевагу віддаємо органощадним та органозберігаючим операціям – висічення, прошивання джерела

кровотечі, проведення екстериторизації, клиноподібної резекції шлунка та антрумрезекції.

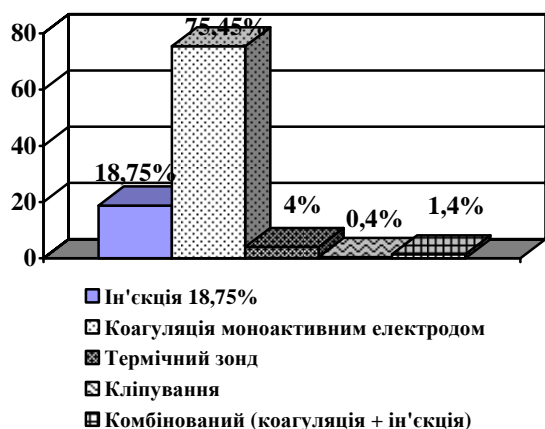


Рис. 3. Методи ендоскопічного гемостазу при ГДК

У 2011 році при активному застосуванні методів місцевого ендоскопічного гемостазу та ендоскопічного моніторингу в комплексі консер-

вативної терапії ГДК виразкового генезу вдалося істотно знизити число оперативних втручань з 14,2% до 6,18% випадків.

ВИСНОВКИ

1. Проведення ендоскопічного моніторингу показано всім хворим з ГДК виразкового генезу з метою раннього виявлення стигматів виникнення рецидивної кровотечі і проведення заходів щодо профілактики її виникнення.

2. У разі надзвичайного високого ризику оперативного втручання при виразковій ГДК є доцільним широке застосування методів місцевого ендоскопічного гемостазу з метою тимчасової зупинки кровотечі й підготовки хворого до проведення відстроченої операції.

3. Широке застосування методів місцевого ендоскопічного гемостазу, ендоскопічної профілактики виникнення рецидивної кровотечі, ендоскопічного моніторингу в комплексі консервативної терапії виразкових ГДК дозволило знизити кількість оперативних втручань у 2,5 разу.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Березницький Я.С. Стандарти організації та професійно-орієнтованих протоколів надання невідкладної медичної допомоги хворим з хірургічними захворюваннями живота і грудної клітки / Я.С. Березницький. – К.: Дніпро-VAL, 2008. – 310 с.
2. Иванов Ю.И. Статистическая обработка результатов медико-биологических исследований на

микрокалькуляторах и по программам / Ю.И. Иванов, О.Н. Погорелюк. – М.: Медицина, 1996.–221 с.

3. Никишаев В.И. Эндоскопическая диагностика и хирургическая тактика при желудочно-кишечных кровотечениях / В.И. Никишаев // Укр. журнал малоінвазивної та ендоскоп. хірургії. –2001. -№1.– С.30-31.



УДК 616.334-022.44-005.1-08

К.О. Ярошенко

ГЕМОСТАТИЧНА ТЕРАПІЯ У ХВОРИХ З ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЮ ВИРАЗКОВОЮ КРОВОТЕЧЕЮ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра хірургії № 1
(зав. – д. мед. н., проф. Я.С. Березницький)

Ключові слова:

гастроудоденальна виразкова кровотеча, гемостатична терапія, транексамова кислота, фактор некрозу пухлин- α

Key words: gastroduodenal ulcer bleeding, hemostatic therapy, tranexamic acid, tumor necrosis factor – α

Резюме. Проведено динамическое исследование показателей гемостаза и концентрации фактора некроза опухолей- α у пациентов с острыми гастроудоденальными кровотечениями язвенной этиологии. Обследовано 112 пациентов до начала консервативного лечения (1 сутки при поступлении) и во время терапии гемостатиками (4 сутки пребывания в стационаре). Пациенты разделены на 4 группы в зависимости от дозировки ингибиторов протонной помпы и гемостатиков. В качестве гемостатического препарата применяли транексамовую кислоту, действие которой направлено на ингибирование фибринолиза и подавление

образования цитокинов. Определение ФНО- α использовали не только в качестве предиктора рецидива кровотечения, но и как показатель эффективности гемостатической терапии. При анализе результатов установлено, что применение транексамовой кислоты приводит к снижению количества рецидивных кровотечений, нормализации показателей коагулограммы и ФНО- α в раннем постгеморрагическом периоде и является эффективным гемостатическим средством.

Summary. A dynamic study of hemostasis and the concentration of tumor necrosis factor- α in patients with acute gastroduodenal bleeding ulcer etiology was performed. 112 patients before the start of conservative treatment (1 day admission) and during therapy hemostatics (4 day hospital stay) were examined. The patients were divided into 4 groups depending on the dosage of proton pump inhibitors and hemostatic therapy. Tranexamic acid, action of which is directed at the inhibition of fibrinolysis and suppression of cytokines was used as hemostatic preparation. Determination of tumor necrosis factor- α was used not only as a predictor of bleeding recurrence, but also as an indicator of hemostatics therapy effectiveness. Analyzing the results it was showed that use of tranexamic acid reduces the number of recurrent bleedings, normalization of coagulation and TNF - α in the early posthemorrhagic period being effective hemostatic means.

Гемостатичні засоби застосовували в лікуванні гострих шлунково-кишкових кровотеч з давнини. Тривалий час пацієнтам з цією патологією призначали різні гемостатичні засоби з різноманітними методиками їх введення (пероральне, внутрішньовенне, у складі аплікаційної та ін'єкційної ендоскопічної терапії). Кожний з перелічених засобів та методів застосування, безумовно, мав певні переваги, але, на жаль, й недоліки, та не враховував дійсний стан системи гемостазу [4].

Протягом останнього десятиріччя на фармацевтичному ринку з'явився та широко використовується інгібітор фібринолізу – транексамова кислота, який перевершує ϵ -амінокапронову кислоту за гемостатичним ефектом у 30-40 разів. У той же час з'явилися дослідження, в яких відзначається високий відсоток тромбоемболічних ускладнень під час її застосування, у зв'язку з чим були впроваджені різні методики застосування (перорально, місцево, у складі ін'єкційної ендоскопічної терапії). Транексамова кислота, окрім гемостатичної дії, за рахунок блокування фібринолізу чинить ще й протизапальну, пригнічує вивільнення протизапальних цитокинів та активних пептидів [5].

Відомо, що під час крововтрати I – II ступеня, за відсутності тяжкої супутньої патології (хвороби системи крові, миготлива аритмія, тяжкий атеросклероз, онкопатологія), а також за умов, що пацієнт напередодні не приймав антикоагулянти, глюкокортикостероїди, НПЗЗ, у ранньому постгеморагічному періоді у хворих виникає компенсаторний гіперкоагуляційний синдром. При крововтраті III – IV ступеня у більшості хворих виникають явища гіпокоагуляції,

які сприяють виникненню рецидиву кровотечі та потребують призначення гемостатиків [1, 2].

Не менш значущим фактором рецидиву геморагії, відповідно до більшості літературних даних, вважається фактор некрозу пухлин- α , який відіграє велику роль в деструкції тканин та розвитку запалення [1, 3].

У пацієнтів з гострою шлунково-кишковою кровотечею ФНП- α вважається предиктором рецидиву кровотечі, під час гострої кровотечі концентрація його в сироватці крові збільшується до 5 разів, а під час виникнення рецидивної геморагії до 10 [2].

Враховуючи основні властивості транексамової кислоти, а саме її блокуючий вплив на цитокіни, її застосування у хворих з гастроудоденальними виразковими кровотечами може розцінюватись як патогенетично обґрунтована протирецидивна терапія, а моніторинг ФНП- α свідчить про ефективність проводжуваного лікування [5].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Дослідження проведено на 112 хворих з гострокровоточивими виразками пілородуоденальної зони, які знаходились на стаціонарному лікуванні в КОСМП м. Дніпропетровська у 2010-2011 роках. Вік хворих коливався від 18 до 78 років, чоловіки становили 76% (86 хворих), жінки – 24% (26 хворих). За допомогою ендоскопічного дослідження у всіх пацієнтів виявлені виразки пілородуоденальної зони різних розмірів (від 4 мм до 20 мм). Переважали виразки задньої стінки дванадцятипалої кишки – у 46 пацієнтів (40,7%), виразки верхньої стінки – 28 пацієнтів (24,8%), передньої стінки – 22 (20,5%) та нижньої стінки – 16 (14%) , у 9 хворих (8%) виявлені

2 виразки одночасно («дзеркальні» виразки). Згідно з класифікацією активності кровотеч (за Forrest J.A.M. – Rosch W., 1986 р.) у 22 хворих (19,5%) спостерігалась активна струминна кровотеча (Forrest I A), у 21 (18,5 %) – капілярна кровотеча (Forrest I B), у 48 (43,4%) – тромбована судина (Forrest II A), у 19 хворих (16,8%) – фіксований згусток (Forrest II B), у 2 (1,8%) – дрібні тромбовані судини (Forrest II C). Крововтрата I ступеня була у 56 хворих (50%), II – у 16 (14,3%), III у 23 (21,1%), IV ступеня – у 16 (14,3%).

Пацієнти розподілені на 4 групи (по 28 пацієнтів у кожній) залежно від проводжуваного лікування:

I група - застосували ІПП (пантопразол 80 мг внутрішньовенно болюсно з подальшим переходом на 8 мг/годину) в поєднанні з транексамовою кислотою (10 мг/кг, не більше 1000 мг/добу);

II група - застосували ІПП (пантопразол 80 мг внутрішньовенно болюсно з подальшим переходом на 8 мг/годину);

III група - застосували ІПП (пантопразол 80 мг внутрішньовенно на добу) в поєднанні з транексамовою кислотою (10 мг/кг не більш 1000 мг/добу);

IV група - застосували ІПП (пантопразол 80 мг внутрішньовенно на добу).

Всім пацієнтам, окрім стандартного діагностичного обстеження, яке включало показники коагулограми, до призначення консервативного лікування, досліджували вміст ФНП-α у сироватці

крові методом кількісного імуноферментного аналізу за допомогою діагностичної тест-системи ЗАТ «Вектор-Бест» (Росія) відповідно до інструкції виробника (норма 22,4 пг/мл ± 0,3). Показники коагулограми досліджували таким чином: протромбіновий індекс за методом Квіка (норма 80-100%), протромбіновий час за методом Квіка (норма 17-21 сек), активований час рекальцифікації за методом Беркергофа та Рокка (норма 50-70 сек.), аутокоагулограма за методом Verkarд та співавторів (норма 88-105%), активований частковий тромбопластиновий час (норма 23,4-36,2 сек.), фібриноген за методом Рутберга (норма 2-4 г/л), тромбоцити ($180-320 \times 10^9$), час згортання за Лі Уайтом (норма 5-10 хв.), тривалість кровотечі (норма 2-4 хв.).

Враховуючи, що найбільш критичними для виникнення рецидивної геморагії вважають перші 24-72 години, на 4 добу проводили повторне дослідження показників коагулограми та ФНП-α [2, 3]. Ефективним вважали лікування за відсутності ранньої рецидивної кровотечі за клініко-ендоскопічними ознаками та за лабораторними показниками.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У I групі спостереження рецидив кровотечі упродовж перших 72 годин виник у 1 хворого (2,8%), у II групі – у 4 пацієнтів (14,3%), у III – у 2 пацієнтів (7,14%), у IV – у 6 пацієнтів (21,4%).

Динаміка показників ФНП-α (пг/мл±0,3) у дослідних групах представлена в таблиці.

Динаміка показників ФНП-α у хворих різних груп (M±m)

Групи порівняння/ строки обстеження	Крововтрата I ступеня		Крововтрата II ступеня		Крововтрата III ступеня		Крововтрата IV ступеня	
	1 доба	4 доба	1 доба	4 доба	1 доба	4 доба	1 доба	4 доба
I група	36,4 ±2,4	21,4 ±3,0	73,6 ±4,5	37,5 ±1,5	97,5 ±2,0	43,4 ±1,5	126,7 ±1,1	51,4 ±1,0
II група	43,1 ±5,0	52,0 ±2,0	83,4 ±5,0	67,5 ±2,0	98,4 ±2,5	79,8 ±2,0	120,5 ±1,5	77,5 ±2,0
III група	35,4 ±5,0	21,2 ±2,0	77,6 ±2,5	39,0 ±4,2	87,4 ±4,5	41,0 ±2,5	138,4 ±1,5	58,0 ±3,0
IV група	43,1 ±5,0	42 ±3,5	68,4 ±2,5	47,5 ±2,0	96,0 ±1,5	87,0 ±4,5	136,0 ±1,2	124,0 ±2,5

Оцінка динаміки показала, що рівень ФНП-α був збільшений у всіх групах залежно від обсягу крововтрати, при цьому в групах I та III рівень ФНП-α зменшувався на 4 добу в середньому

вдвічі, що свідчило про ефективність призначеної терапії.

Показники гемостазу на 1 добу, за даними коагулограми, у дослідних групах були такими:

- I група - у 14 пацієнтів (50%) спостерігались явища нормокоагуляції, у 6 (28,6%) – гіпокоагуляції, у 8 (21,4%) – гіперкоагуляції;

- II група – 13 (46,4%) – нормокоагуляція, 5 (17,9%) – гіпокоагуляція, 10 (35,7%) – гіперкоагуляція;

- III група – 15 (53,5%) – нормокоагуляція, 5 (17,9%) – гіпокоагуляція, 8 (28,6%) – гіперкоагуляція;

- IV група -10 (35,7%) – нормокоагуляція, 9 (32,4%) - гіпокоагуляція, 9 (32,4%) – гіперкоагуляція.

Показники гемостазу на 4 добу в дослідних групах такі:

- I група - у 24 пацієнтів (85,7%) спостерігались явища нормокоагуляції, у 2 (7,14%) – гіпокоагуляції, у 2 (7,14%) – гіперкоагуляції;

- II група – 15 (53,6 %) – нормокоагуляція, 5 (17,9%) – гіпокоагуляція, 8 (21,4%) – гіперкоагуляція;

- III група – 20 (71,4%) – нормокоагуляція, 2 (7,14%) – гіпокоагуляція, 6 (28,6%) – гіперкоагуляція;

- IV група -12 (42,9%) – нормокоагуляція, 8 (21,4%) - гіпокоагуляція, 8 (21,4%) – гіперкоагуляція.

При аналізі показників гемостазу виявлені переваги в I та III групах, за рахунок нормалізації показників коагулограми у більшості хворих, у той же час у II та IV групах зміни незначні.

Отримані результати в I та III групах (менша кількість рецидивів кровотеч, нормалізація показників коагулограми та ФНП-α) можна пов'язати з позитивним впливом транексамової кислоти на всі ланки коагуляційних та місцевих розладів під час гострої кровотечі.

Тромбоемболічні ускладнення під час лікування транексамовою кислотою не виявлені.

ВИСНОВКИ

1. ФНП-α можна вважати не тільки маркером рецидиву кровотечі, але й показником ефективності гемостатичної терапії.

2. Транексамова кислота є ефективним гемостатичним засобом, а її дія спрямована на всі ланки багатофакторних коагуляційних та місцевих розладів при гострій кровотечі.

3. Застосування гемостатичних засобів повинно бути патогенетично обґрунтованим та базуватись на визначенні дійсного стану системи гемостазу та додаткових маркерів рецидиву кровотечі.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бойко В.В. Патологічні зміни, що супроводжують загальну кровотрату / В.В. Бойко, С.В. Сушков, О.О. Павлов // Укр. журнал малоінвазивної та ендоскоп. хірургії. – 2007. – №2 (11). – С.19-20.

2. Курыгин А.А. Неотложная хирургическая гастроэнтерология / А.А. Курыгин, Ю.М. Стойко, С.Ф. Багненко. – СПб.: Питер, 2001. – 568 с.

3. Профилактика ранних рецидивов кровотечения из кровотока гастродуоденальных язв / П.Д. Фомин, В.И. Никишаев, С.Г. Головин, И.И. Лемко // Хірургія України. – 2004. – №1(9). – С.12-13.

4. Эффективность эндоскопического гемостаза у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнённой кровотечением / В.В. Бойко, С.В. Сушков, Д.А. Нетиков [и др.] // Харків. хірургічна школа. – 2005. – №1 (15). – С.99-101.

5. Walzman M. Effects of tranexamic acid on the coagulation and fibrinolytic system in pregnancy complicated by placental bleeding / M. Walzman, J. Bonnar // Arch. Toxicol Suppl. – 1982. – N 5. – P. 214-220.



УДК 616.34-022.44-005.1-089

**П.І. Пустовойт,
В.В. Горячий,
А.І. Зайчук**

Одеська обласна клінічна лікарня

Ключові слова: хірургічне лікування шлунково-кишкових кровотеч, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки
Key words: surgical treatment of gastro-intestinal bleedings, ulcer illness of stomach and duodenum

ТАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧ ПРИ ВИРАЗКОВІЙ ХВОРОБИ ШЛУНКА Й ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Резюме. При язвенной болезни ДПК и желудка в 31,3% случаях проведены иссечения язвы передней стенки ДПК по Джаду, стволовая ваготомия и пилоропластика, в 58,4% - стволовая ваготомия, прошивание язвы с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу, 8,3% - стволовая ваготомия с экстериторизацией язвы и пилоропластикой, в 23,3% - резекция желудка по Бильрот 1, Бильрот 2, в 33,3% - клиновидная резекция с иссечением язвы, в 17,5% - стволовая ваготомия с антрумектомией, в 23,3% - простое прошивание язвы желудка, в 2,5% - гастрэктомия. При резекционных методах лечения желудочно-кишечных кровотечений послеоперационная летальность составила 8,7%, при органосберегающих и органосаждящих вмешательствах - 2,02% случаев.

Summary. In ulcer diseases excisions of ulcer of duodenal front wall of duodenum and stomach in 31,3% cases were conducted after Dzhadom, truncular vagotomy and pyloroplastics, in 58,4% - truncular vagotomy, suturing of ulcer with pyloroplastic after Geyneke - Mikulich, 8,3% - truncular vagotomy with exteritorized ulcer and pyloroplastics, in 23,3% - resection of stomach by Bilrot 1, Bilrot 2, in 33,3% - wedge resection with excision of ulcer, in 17,5% - truncular vagotomy with antrum resection, in 23,3% - simple suturing of gastric ulcer, in 2,5% - gastrectomy. Postoperative mortality in resection methods of gastro-intestinal bleeding treatment was 8,7%, at organ-saving and organ-spareing interferences - 2,02% cases.

Виразкова хвороба шлунка й дванадцятипалої кишки продовжує залишатись актуальною проблемою сучасної гастроентерології. Кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту становлять 70-80% від шлунково-кишкових кровотеч, серед них виразкові кровотечі - 46-61% [1, 4]. За останні роки відмічається тенденція до зростання числа випадків цього грізного ускладнення виразкової хвороби, яка становить 4,55 на 10000 населення. Летальність від виразкових гастроуденальних кровотеч серед ускладнень виразкової хвороби шлунка і ДПК (проривні, пенетруючі та малігнізуючі виразки) становить 6,74% і супроводжується післяопераційною летальністю до 6,1% [2,4].

Лікування виразкових гастроуденальних кровотеч було й залишається однією з актуальних, складних і невирішених проблем медицини [3, 4]. У зв'язку з активним застосуванням діагностичної і лікувальної ендоскопії, на сьогоднішній день стало можливим скорочення оперативної активності, розширились показання до проведення консервативного лікування хворих з гастроуденальними кровотечами виразкового генезу. Це зумовлює пошук визначення хірур-

гічної тактики при лікуванні хворих з кровотечами виразкового генезу.

Мета – на основі аналізу показників хірургічного лікування хворих з гастроуденальними кровотечами виразкового генезу розробити алгоритм ведення та вибір адекватного оперативного лікування, спрямованого на зниження виникнення тяжких ускладнень і летальності у хворих такої категорії.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

За 10 років (2002 - 2011 рр.) в Одеській обласній клінічній лікарні виконано 745 операцій з приводу виразкової хвороби шлунка й дванадцятипалої кишки (ДПК), що ускладнилася кровотечею.

Залежно від виразності проявів кровотечі й тяжкості стану, всі хворі зі шлунково-кишковою кровотечею за своїм лікувально-діагностичним призначенням розподілені на три групи.

Перша група - хворі з явними ознаками кровотечі, що триває, і нестабільними показниками центральної гемодинаміки, які перебувають у критичному стані. Після гранично скороченої гігієнічної обробки вони направлялись прямо в операційну, де невідкладні діагностичні й ліку-

вальні заходи поєднуються з передопераційною підготовкою.

Друга група - хворі з вираженими ознаками постгеморагічної анемії з тяжким ступенем крововтрати, але без явних ознак триваючої кровотечі. Такі хворі госпіталізувались у відділення інтенсивної терапії, де після постановки катетера в магістральну вену й початку інтенсивної інфузійної терапії проводилась комплексна діагностика основних порушень загальносоматичного статусу, оцінювалась тяжкість крововтрати й складалась програма її поповнення, орієнтована на реальні можливості забезпечення. Паралельно здійснювались діагностичні заходи щодо розпізнавання джерела кровотечі, установлення факту його продовження або зупинки, а також лікувальні заходи з метою досягнення тимчасового або стійкого гемостазу за наявності більш-менш переконливих ознак триваючої кровотечі.

Третя група - хворі з установленим (за анамнестичними й об'єктивними даними) фактом перенесеної кровотечі в просвіт шлунково-кишкового тракту, але з помірними клінічними ознаками післягеморагічної анемії або взагалі без таких. Хворим цієї групи проводились необхідні лабораторні й апаратні дослідження в умовах приймального відділення з подальшою госпіталізацією у відділення інтенсивної терапії або гастрохірургічне відділення, а характер подальших діагностичних і лікувальних заходів полягав у активно-індивідуальному підході.

Для всіх хворих з діагнозом шлунково-кишкової кровотечі виразкового генезу, або з обґрунтованою підозрою на цей діагноз, обов'язковим діагностичним заходом, що визначає лікувальну тактику, є фіброезофагогастродуоденоскопія. Виняток становлять хворі першої групи, у яких триваюча профузна кровотеча в ряді випадків не дозволяє виконати ендоскопію навіть на операційному столі. В інших випадках термін ендоскопічного дослідження визначався за показаннями.

Важливим показником, що визначає тактику подальших дій, є факт зупинки кровотечі, тобто досягнення стійкого гемостазу, який оцінюється за клініко-ендоскопічними ознаками. Ми при-тримуємось такого алгоритму ведення хворих з шлунково-кишковою кровотечею виразкового генезу:

1. При ендоскопічних ознаках шлунково-кишкової кровотечі виразкового генезу по Форресту 1a, 1b, 2a, 2b виконується ендоскопічний гемостаз, інтенсивна гемостатична терапія з засто-

суванням інгібіторів протонної помпи протягом 72 годин.

2. При ендоскопічних ознаках шлунково-кишкової кровотечі виразкового генезу по Форресту 2c, 3 при наявності *Helicobacter pylori* (HP) проводять антихелікобактерну терапію. Рекомендовано починати з препаратів першої лінії: 2 антибіотики й інгібітор протонної помпи (ІПП), далі колоїдний субцитрат вісмута (Де-нол).

3. При рецидиві кровотечі, якщо стан хворого дозволяє, виконуємо оперативне втручання, якщо стан хворого не дозволяє виконати хірургічне втручання - проводимо ендоскопічний гемостаз.

4. При відсутності рецидиву кровотечі проводимо противиразкову терапію.

У комплексній інфузійній терапії шлунково-кишкових кровотеч для корекції метаболічних порушень (енергетичні, водно-електролітні, кислотно-відновні) та профілактики кардіореспіраторних ускладнень, для покращення безпосередніх результатів лікування застосовуємо у комплексній терапії Гекодез – препарат гідроксиетилкрохмалу з плазмозамінною, протишоковою дією, який збільшує об'єм циркулюючої крові, корегує гіповолемію, підвищує артеріальний тиск, сприяє адекватній гемодилуції, а також гіперосмолярний комбінований препарат Сорбілакт і комплексний інфузійний препарат Реосорбілакт, які мають протишокові реологічні, дезінтоксикаційні властивості, стимулюють перистальтику кишечника, нейтралізують метаболічний ацидоз.

Виходячи з патогенетичних механізмів розвитку виразкової хвороби шлунка й ДПК та її ускладнення у вигляді шлунково-кишкових кровотеч, на фоні застосування базисних препаратів інгібіторів протонної помпи з метою поліпшення найближчих і віддалених результатів нами проводилось лікування інфузійним антибіотиком другої лінії лефлоцином (левофлоксацин) по 500 мг 2 рази на добу впродовж 7 днів, комбінуючи його з введенням орнігілом (орнідозол) по 100,0 3 рази на добу.

Залежно від строків виконання розрізняють такі види оперативних втручань:

1. Екстрені. Оперативне втручання виконуємо протягом однієї години після шпиталізації в стаціонар при явних ознаках триваючої кровотечі й неможливості її зупинити: на висоті кровотечі за життєвими показниками; кровотечі з перфорацією; при рецидивній кровотечі.

2. Невідкладні. Оперативне втручання виконуємо у пацієнтів з високим ризиком рецидивів кровотечі протягом 6-12 год. з моменту госпіталізації хворого в стаціонар.

3. Відстрочені оперативні втручання виконують після зупинки кровотечі на 2-4-у добу, коли залишається загроза рецидиву кровотечі. Раннє відстрочене оперативне втручання виконується через тиждень після шпиталізації пацієнта.

4. Ранні планові операції виконують при стабільному гемостазі в перші 10-18 діб.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проведено аналіз оперативного лікування 745 хворих з виразковою хворобою шлунка й ДПК, що ускладнилась кровотечею. У 505 (67,8%) з них була виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, у 240 (32,5) - виразкова хвороба шлунка.

При виразковій хворобі ДПК у 158 (31,3%) випадках проведено висічення виразки передньої стінки ДПК за Джадом, стовбура ваготомія й пілоропластика, у 295(58,4%) - стовбура ваготомія, прошивання виразки, що кровоточить, задньої стінки з пілоропластикою за Гейнеке-Мікулічем, у 42(8,3%) - стовбура ваготомія з екстериторизацією виразки та пілоропластикою.

При кровотечі із виразки шлунка у 56 (23,3%) випадках зроблена резекція шлунка за Більрот 1, Більрот 2, у 80(33,3%) - клиноподібна резекція з висіченням виразки. При локалізації виразки, що кровоточить, у пілороантральному відділі шлунка у 42 (17,5%) спостереженнях виконано стовбурову ваготомію з антрумектомією. 56 (23,3%) вкрай тяжким хворим проводилося просте прошивання виразки шлунка, що кровоточить, після гастротомії.

У 6 (2,5%) хворих з гігантською, малігнізованою виразкою, що кровоточить, з локалізацією у субкардіальному відділі шлунка операцією вибору була гастректомія. Найбільше число ускладнень було у хворих з виразкою, що кровоточить, яким була зроблена резекція шлунка.

При резекційних методах лікування шлунково-кишкових кровотеч післяопераційна летальність становила 16 (8,7%) випадків. У групі хворих з виразкою, що кровоточить, у яких операція обмежилася органозберігаючими та органощадними втручаннями, кількість ускладнень у ранній термін після операції відзначалася значно менше – з летальністю 10 (2,02%) випадків. Загальна летальність становила 26(3,5%).

Основними причинами летальних наслідків були неспроможність кукси дванадцятипалої кишки, рецидивні кровотечі, інфаркт міокарда, геморагічний шок, поліорганна дисфункція.

ВИСНОВКИ

1. Таким чином, у хворих з шлунково-кишковою кровотечею виразкового генезу потрібно дотримуватись чіткого алгоритму ведення згідно з протоколом.

2. Органозберігаючі оперативні втручання з використанням ваготомії є операціями вибору при виразкових шлунково-кишкових кровотечах.

3. Усі пацієнти, прооперовані з приводу шлунково-кишкових кровотеч виразкового генезу, повинні проходити диспансерне спостереження й протирецидивне лікування.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гастродуоденальні виразкові кровотечі та їх лікування / М.Д. Василюк, С.М. Василюк, Т.П. Василик [та ін.] // Вісник Укр. мед. стоматол. академії. - 2011. - Т.11, вип. 1(33). - С. 26-29.

2. Милиця М.М. Застосування ендоскопічного та лапароскопічного гемостазу при гострих виразкових гастродуоденальних кровотечах / М.М. Милиця, В.І. Давидов, В.Б. Козлов // Матеріали наук. конгресу «IV міжнародні Пироговські читання», присвяченого 200-річчю з дня народження М.І. Пирогова. XXII з'їзд хірургів України. - 2010. - Т.ІІ. - С. 40.

3. Трофимов Н.В. Организационно-тактические подходы к лечению язвенных гастродуоденальных кровотечений / Н.В. Трофимов, С.А. Мунтян, В.П. Крышень // Вісник Укр. мед. стоматол. академії. - 2011. - Т.11, вип. 1(33). - С. 137-139.

4. Фомін П.Д. Оптимізація лікувальної тактики у хворих з виразковими гастродуоденальними кровотечами / П.Д. Фомін, С.Й. Запорожан // Вісник Вінниц. нац. мед. ун-ту. - 2010. - № 14 (1). - С. 71-73.



*Е.Н. Клизуненко,
Е.Ю. Сорокина,
О.В. Кравец,
С.Г. Кизь,
А.Н. Панин,
Т.В. Боброва*

МЕТОДЫ ОПТИМИЗАЦИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
КУ «Клиническое объединение скорой медицинской помощи»

Ключевые слова: острое желудочно-кишечное кровотечение, интенсивная терапия

Key words: acute gastro-intestinal bleeding, intensive therapy

Резюме. Обстежено 45 хворих з метою проведення аналізу ефективності поетапної допомоги пацієнтам з шлунково-кишковою кровотечею в обсязі раннього госпітального періоду. Встановлено, що виконання стандартів лікування крововтрати з ендоскопічною зупинкою кровотечі дозволяє досягти високого проценту успішної консервативної терапії. Наявність метаболічних порушень у пацієнтів з шлунково-кишковою кровотечею значно погіршує прогнози лікування та потребує негайної корекції в об'ємі інфузійно-трансфузійної терапії.

Summary. With the aim of analyzing effectiveness of a phased care given to patients with gastro-intestinal bleeding at the amount of early hospital period 45 patients were examined. There was established that the performance of standards with endoscopic stopping of bleeding permits to achieve a high percentage of successful conservative treatment. The presence of metabolic abnormalities in patients with gastro-intestinal bleeding significantly worsens treatment prognosis and requires immediate correction of the volume of infusion-transfusion therapy.

Острое желудочно-кишечное кровотечение является причиной 300 тыс. госпитализаций в США, при этом в 73% случаев больные поступают в отделения интенсивной терапии (Judith E., 2001). По статистике верхние отделы желудочно-кишечного тракта являются источником кровотечения в 2 раза чаще нижних и характеризуются тяжелым течением заболевания, возможным развитием полиорганной дисфункции и неизменно высокими (до 12%) цифрами летальности. По стандартам первая неотложная госпитальная помощь больным с желудочно-кишечным кровотечением (ЖКК) заключается в достаточном, качественном и количественном восполнении дефицита объема циркулирующей крови (ОЦК) и эндоскопической остановке кровотечения.

Целью нашего исследования являлись анализ и оценка эффективности поэтапного оказания помощи больным с ЖКК на раннем госпитальном этапе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Нами обследовано 45 больных, поступивших с диагнозом желудочно-кишечное кровотечение. После эндоскопической установки локализации источника кровотечения выявлено, что язвы луковицы 12-перстной кишки были у 52,3% больных, острые язвы желудка – у 47,7%. При среднем возрасте пациентов $59,7 \pm 14,6$ года, мини-

мальный возраст составлял 25 лет, максимальный – 86 лет. При этом у 34,4% больных регистрируемый возраст составлял 70 лет, и соотношение мужчин и женщин 79,4%:20,6%. Сопутствующая патология имела место у 31,6% пациентов, из которых: ишемическая болезнь сердца (ИБС) – у 21,1%, больные с сахарным диабетом II типа – 10,5%, наркомания и алкоголизм – у 5,3%.

Все больные были доставлены в протившоковую палату приемно-диагностического отделения для проведения интенсивной терапии. Интенсивная терапия оказывалась врачом-анестезиологом с одновременным проведением эндоскопического обследования urgentной хирургической бригадой. Эндоскопически устанавливали источник кровотечения, его локализацию и признаки по Forest. Это позволяло определить дальнейшую хирургическую тактику ведения больного. В зависимости от выраженности проявлений кровотечения и тяжести состояния все пациенты были разделены на 3 группы:

I группа (n=4) – больные с явными признаками продолжающегося кровотечения (F1a), у которых при проведении эндоскопической gastroduodenoscopy проведена остановка кровотечения методом диатермокоагуляции или паравазального введения тромботических препаратов, аппликации гемостатических агентов.

2 группа (n=21) – больные с признаками анемии, но без явных внешних признаков кровотечения (FIIa-b), которое продолжается в полость ЖКТ.

3 группа (n=20) – больные с установленным фактом перенесенного ЖКК с умеренными признаками постгеморрагической анемии. Пациенты этой группы были госпитализированы в хирургическое отделение для проведения консервативной терапии, дальнейшей диагностики и определения лечебной тактики.

Все больные 1 и 2 групп были госпитализированы в отделение интенсивной терапии №1 (ОИТ), где продолжалось восполнение кровопотери, рассчитывалась программа кровезамещения по ведомственной инструкции (2008), выполнялась комплексная диагностика нарушений витальных функций. При этом проводились диагностические мероприятия по установлению факта продолжающегося или остановленного кровотечения, проводились лечебные мероприятия с целью достижения временного или стойкого гемостаза.

Госпитальный мониторинг включал: клиническую диагностику дефицита ОЦК (неинвазивное измерение АД, ЧСС, ЦВД), кардиомониторинг, пульсоксиметрию, почасовой контроль диуреза. Лабораторно оценивались показатели красной крови, коагулограммы, биохимии крови.

Этапы наблюдения: при поступлении в протившоковую палату, до эндоскопического обследования и после эндоскопической остановки кровотечения, последующие 6 часов в течение первых суток.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На момент поступления в протившоковую палату в 1 группе пациентов показатели АД соответствовали значениям: $108 \pm 5 / 48 \pm 3$ мм рт. ст. на фоне умеренной тахикардии (значения ЧСС достигали 102 ± 11 уд./мин.), отмечались ортостатическая тахикардия и гипотензия. Во 2 группе больных показатели АД составляли $105 \pm 9 / 63 \pm 6$ мм рт. ст. и сопровождалась значениями ЧСС – 104 ± 8 уд./мин. Уровень гемоглобина при этом в среднем составлял 73 ± 9 г/л в 1 группе, 78 ± 6 г/л – во 2 группе больных. Это позволило оценить кровопотерю в обеих группах больных как подострую, большую по объему (дефицит ОЦК 21-40%) и тяжелую по степени гиповолемии и возможности развития шока (дефицит ОЦК 31-40%, дефицит ГО 46-60%). Восполнение установленной кровопотери проводили по III уровню кровезамещения, используя кристаллоидные растворы и искусственные коллоиды в рекомендованных дозах.

При поступлении в ОИТ на фоне проводимой инфузионной терапии значения системной гемодинамики не отличались от нормы в обеих группах наблюдения. Показатели гемоглобина продолжали снижаться, что, скорее всего, было связано с проводимой гемодилюцией, и соответствовали 60 ± 10 г/л в 1 группе, 58 ± 6 г/л – во 2 группе больных. С поправкой на показатели красной крови, проводилась переоценка степени тяжести кровопотери, которая соответствовала массивной по объему (дефицит ОЦК 41-70%) и крайне тяжелой по степени гиповолемии и возможности развития шока (дефицит ОЦК 31-40%, дефицит ГО 46-60%). Больные нуждались в крововосполнении по IV уровню.

Эффективная консервативная терапия и эндоскопический гемостаз были обеспечены у 83,3% больных, лечившихся в ОИТ за период наблюдения. У 16,6% пациентов выполнены отсроченные (до суток) операции на фоне нестойкого гемостаза после восполнения кровопотери и стабилизации жизненных функций.

При анализе причин выявлено, что возраст прооперированных больных составлял 45 ± 8 лет, в то время как группа не оперированных больных – пациенты пожилого и старческого возраста. Анализ также установил влияние сопутствующей патологии (алкоголизм, наркомания, хроническая почечно-печеночная недостаточность) на продолжение кровотечения, при нормальных показателях коагулограммы. Нами установлено, что оперативного лечения требовали пациенты, уровень анемии у которых исходно был меньшим ($Hb - 95 \pm 5$ г/л). Оперативное лечение кровопотери проводилось в 2 раза чаще у пациентов с язвенным кровотечением из луковицы 12-перстной кишки по сравнению с язвенными кровотечениями из желудка.

ВЫВОДЫ

1. Выполнение протоколов лечения кровопотери, состоящих из проведения целенаправленной инфузионно-трансфузионной терапии на фоне эндоскопической остановки кровотечения, позволяет добиться высокого процента успешной консервативной терапии (83,3%).

2. Наблюдается увеличение удельного веса пациентов с ЖКК пожилого и старческого возраста с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы, получающих в объеме поддерживающей терапии непрямые антикоагулянты.

3. Исходные метаболические нарушения пациентов с ЖКК значительно ухудшают прогноз лечения и требуют параллельной коррекции в комплексе ИТТ кровопотери.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Владика А.С. Гіповолемічний шок – особливості діагностики та інтенсивної терапії в залежності від віку хворого (методичні рекомендації) / А.С. Владика, Б.А. Самура. – К., 2004. – 27 с.
2. Клигуненко Е.Н. Интенсивная терапия кровопотери / Е.Н. Клигуненко, О.В. Кравец. – Днепропетровск, 2004. – 236 с.
3. Стандарти організації та професійно орієнтовані протоколи надання невідкладної допомоги хворим з хірургічною патологією органів живота та грудної клітки. – К., 2008. – 307 с.



УДК 616.334-002.44-06-089

**О.І. Міміношвілі,
О.С. Антонюк,
В.В. Український**

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ УСКЛАДНЕНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького
ДУ «Інститут невідкладної та відновної хірургії ім. В.К. Гусака»
м. Донецьк

Ключові слова: перфоративна виразка, кровотеча, лікування
Key words: gastroduodenal ulcer, surgical treatment

Резюме. Проблема хірургічного лікування перфорації язви і острого язвенного кровотечення до настоящего времени остается сложной, а результаты требуют улучшения. Активная тактика хирурга, своевременное оперативное вмешательство с продолжением интенсивной терапии во время и после операции способствуют улучшению результатов лечения

Summary. Problem of surgical treatment of perforating ulcer and acute ulcer bleeding up to this time is very difficult, and results must be increased. Active practice of a surgeon, timely adequate surgery with intensive therapy during and after surgery favor improvement treatment results.

Проблема хірургічного лікування перфорації виразки та гострої виразкової кровотечі до сьогодення залишається складною, а результати потребують покращення, що й визначає дуже значну практичну важливість цього розділу хірургії [1-6].

Мета роботи – проаналізувати результати хірургічного лікування гострих ускладнень гастроудоденальних виразок.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

За 1998-2008 роки під нашим наглядом знаходились і були оперовані 258 хворих із перфорацією гастроудоденальних виразок /1 група/ та 256 хворих із ускладненням виразкової хвороби гострою кровотечею /2 група/. У 1-й групі було 242 чоловіка (93,8%) та 16 жінок (6,2%), у 2-й групі – відповідно 206 (80,5%) та 50 (19,5%). Середній вік хворих 1 групи становив $39 \pm 1,76$ року, 2 групи – $47,8 \pm 1,08$ року.

Проривна виразка у 167 (64,8%) хворих локалізувалася в дванадцятипалій кишці, у 89 (34,5%) – у шлунку, у 2 хворих (0,7%) перфорувалася виразка гастроентероанастомозу. Проривна виразка дванадцятипалої кишки у всіх хворих розташовувалася на передній стінці. Проривна виразка шлунка у 88 хворих (98,9%) локалізувалася на передній стінці, в 1 (1,1%) – на задній стінці. Проривна виразка шлунка в 45 випадках (50,6%) була виявлена в антральному відділі та в середній третині шлунка, у 40 (44,9%) – в зоні пілоричного каналу, у 4 (4,5%) – у верхній третині шлунка.

Діаметр перфоративного отвору до 5 мм був у 148 хворих (57,4%), від 5 до 10 мм – в 79 (30,6%), 10 мм і більше – у 31 хворого (12%), як правило, він був більшим при виразці шлунка. Розмір перфорації природно впливав на ступінь

інфікованості черевної порожнини, тяжкість перебігу ускладнення та смертність.

Діагностика ускладнення будувалася на основі анамнезу захворювання, клінічних даних, у разі необхідності - даних рентгенологічного дослідження (оглядова рентгенографія черевної порожнини, пневмогастрографія), а також ендоскопічного (фіброгастродуоденоскопія, лапароскопія) досліджень, лапароцентезу.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Питання про вибір оперативного втручання при проривній виразці вирішували залежно від конкретної клінічної ситуації. У 226 хворих (87,6%) виконали висічення виразки із пілоропластикою та ваготомією, у 4 (1,5%) – зашивання виразки окремими швами із додатковою перитонізацією прядкою великого сальнику, в 28 (10,9%) – первинну резекцію шлунка.

Висічення перфоративної виразки та пілоропластику в сполученні з ваготомією виконували у хворих молодого та середнього віку при відсутності симптомів запущеного бактеріального перитоніту, перфорації виразки пілоричного каналу без великої інфільтрації та деформації вихідного відділу шлунка.

Показанням до простого зашивання перфоративної виразки ми вважаємо короткий виразковий анамнез у молодому віці /до 20-25 років/, наявність супутніх захворювань, госпіталізацію в стаціонар пізніше ніж 6 годин від моменту перфорації та наявність симптомів бактеріального перитоніту, незалежно від віку хворих. У цій групі знаходилися особливо тяжкі хворі з підвищеним операційним ризиком.

Первинну резекцію шлунка виконували в ранні терміни /до 6 годин/ після перфорації, коли ще були відсутні ознаки бактеріального перитоніту, при тривалому виразковому анамнезі, підозрі на малігнізацію, рубцевому стенозі воротаря, перфорації великих кальозних виразок, які й без цього ускладнення підлягали оперативному лікуванню.

Ранні післяопераційні ускладнення викликали необхідність повторних операцій у 9 хворих (3,5%). Показанням для невідкладної релапаротомії були абсцеси черевної порожнини (4 хворі), рання спайкова кишкова непрохідність (2 хворі), кровотеча із «дзеркальної» виразки (1 хворий), неспроможність швів гастроуденоанастомозу (1 хворий), евертрація (1 хворий).

Під час релапаротомії при внутрішньочеревинних абсцесах (2 піддіафрагмальні, 2 міжпетльові) виконали розтин та дренивання гнійних порожнин, при спайковій непрохідності – розсічення спайок, при кровотечі – резекцію

шлунка, при неспроможності швів гастроуденоанастомозу – зняття співустя, зашивання кукси дванадцятипалої кишки із боковою дуоденостоною, формування гастроентероанастомозу на короткій петлі, санацію та дренивання черевної порожнини з підкріпленням трубками, проведенням впоперек рани зі сторони черевної порожнини, за зовнішні краї прямих м'язів.

Після операцій померло 7 хворих (2,65%). Причини летальності: перитоніт, у тому числі продовжений – 5, інфаркт міокарда – 1, тромбоемболія легеневої артерії – 1.

Таким чином, спосіб операції при проривній виразці шлунка та дванадцятипалої кишки визначається індивідуально та залежить від давнини перфорації та наявності бактеріального перитоніту, віку хворих, тяжкості супутніх захворювань, локалізації виразки та тривалості анамнезу. Однак, треба підкреслити, що превалюючим повинен бути принцип етіопатогенетичного підходу до характеру втручання.

Гостра кровотеча у 132 хворих (51,6%) була викликана виразкою дванадцятипалої кишки, у 113 (44,1%) – виразкою шлунка, у 8 (3,1%) – виразкою гастроуденоанастомозу. Для діагностики джерела кровотечі застосували виключно езофагогастроуденоскопію.

Виразки дванадцятипалої кишки, що кровоточать, як правило, розташовувалися на задній стінці. Виразки шлунка, що кровоточать, локалізувалися переважно (94,3%) на малій кривизні, у 64 хворих (56,6%) – у зоні середньої третини шлунка, у 22 (19,5%) – у верхній третині, у 21 (18,6%) – у пілоричному та антральному відділах, у 6 хворих (5,3%) виявлено множинні виразки шлунка.

Разом із гострою кровотечею у 86 хворих (33,6%) констатовано сукупні ускладнення: у 52 (20,3%) - кровотеча та пенетрація виразки в сусідні органи й тканини, у 15 (5,9%) - кровотеча та стеноз воротаря, в 19 (7,4%) - кровотеча, пенетрація та стеноз одночасно.

Треба відзначити, що на момент госпіталізації кровотеча була відсутня, за даними езофагогастроуденоскопії, у 192 хворих (75,0%), у інших відмічена її наявність різного ступеня.

Зупинка кровотечі, передусім, здійснювалася ендоскопічними засобами: електро- та термокоагуляція, ін'єкції в підслизовий шар навкруги виразки адреналіну, норадреналіну, обробка джерела кровотечі 98% етанолом, кліпування судини, що кровоточить, використання фібринного клею.

У 48 із 64 випадків вдалося здійснити зупинку кровотечі ендоскопічними засобами, у 16 хворих

такі спроби виявилися марними. Ми притримуємося правила: якщо протягом 30 хвилин ендоскопічний варіант зупинки виразкової кровотечі не дає бажаного результату, хворий підлягає екстремому оперативному втручанню.

Тим хворим, в яких кровотеча на момент госпіталізації була відсутня, з перших же годин призначили противиразкову терапію за існуючими стандартами.

Рецидив кровотечі в середньому через 4-6 годин стався у 21 хворого, де була виконана ендоскопічна зупинка цього ускладнення, та в 62, де кровотеча на момент вступу до клініки була відсутня. Всім переліченим хворим було вжито екстрену операцію. Таким чином, екстрені оперативні втручання було виконано у 99 хворих (38,7%). Останнім 157 хворим (61,3%) операція була здійснена за так званими відносними показаннями в плановому порядку, із врахуванням тривалості захворювання, тяжкості кровотечі при госпіталізації або до вступу в клініку, наявності кровотечі в анамнезі, наявності супутніх ускладнень. Природно, втручання виконувалося на фоні повного відновлення основних показників гомеостазу.

Спосіб і об'єм хірургічного втручання вибирали залежно від характеру основного захворювання, тяжкості кровотечі та загального стану хворого. При кровотечі із виразки шлунка операцією вибору вважаємо резекцію органа. Однак, у хворих похилого та старечого віку, при наявності тяжких супутніх захворювань, допускаємо виконання економної (клиноподібної) резекції. При кровотечі із виразок дванадцятипалої кишки також дотримуємося принципу видалення джерела кровотечі, тобто виразкового субстрату методом резекції шлунка. Однак і у цих випадках керуємося принципом можливості перенести хворим цю операцію.

Резекцію шлунка зробили 221 хворому (86,3%), клиноподібну резекцію – 6 (2,4%), вирі-

зання виразки або прошивання судини, що кровоточила, виконано у 29 хворих (11,3%), у яких через тяжкість стану резекція шлунка становила вкрай високий ступінь операційного ризику.

Під час операції та в перші 3-4 дні після операційного періоду продовжували розпочату ще до втручання інфузійну терапію, направлену на подальше поповнення крововтрати, корекцію білкового водно-електролітного та кислотно-лужного балансу.

Післяопераційні ускладнення зареєстровані в 26 хворих (10,2%): неспроможність швів кукси дванадцятипалої кишки – 4, швів гастродуоденоанастомозу – 2, гастроентероанастомозу – 2, абсцеси черевної порожнини – 5, кровотеча після зашивання судин, що кровоточать – 3, рання спайкова кишкова непрохідність – 2, пневмонія – 2, інфаркт міокарда – 1, нагноєння рани – 2, евентрація – 1.

Релaparотомії виконано 13 хворим (5%). Померло після всіх операцій (первинних та вторинних) 15 хворих (5,8%). Причини летальності: перитоніт – 11, кровотеча – 3, інфаркт міокарда – 1.

ВИСНОВКИ

1. Прогноз при гострій виразковій кровотечі визначається її інтенсивністю, віком хворого та тяжкістю супутніх захворювань.

2. Інтенсивна комплексна консервативна тактика, включаючи ендоскопічні заходи, забезпечує в більшості хворих зупинку виразкової кровотечі, а також служить підготовкою до невідкладної операції, якщо кровотеча не зупиняється або відновлюється.

3. Активна тактика хірурга, своєчасне виконання адекватного оперативного втручання із продовженням інтенсивної терапії під час та після операції сприяють покращенню результатів лікування.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гостищев В.К. Антисекреторная терапия как составляющая часть консервативного гемостаза при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев // Хирургия. – 2005. – №8. – С. 52-57.
2. Гостищев В.К. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии: руководство для врачей / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев. – М., 2008. – 380с.
3. Ефименко Н.А. Кровотечение из хронических гастродуоденальных язв: современные взгляды и перспективы лечения / Н.А. Ефименко, М.В. Лысенко, В.Л. Асташов // Хирургия, 2004, № 3. – С. 56-59.

4. Кубышкин В.А. Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде / В.А. Кубышкин, К.В. Шишин // Consilium medicum. – 2004. – №1. – С. 29-32.
5. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open repair of the perforated peptic ulcer: the LAMA Trial / M.J. Bertleff, J.A. Halm, W.A. Bemelman [et al.] // World J. Surg. . – 2009. – Vol. 33, N 7. – P. 1368-1373.
6. Yang Y.X. Long-term proton pump inhibitor therapy and risk of hip fracture / Y.X. Yang // J. Am. Med. Association. – 2007. – Vol. 296, N 24. – P.2947-2953.

УДК 616.334-005.1:615.276

**В.О. Шапринський,
В.Д. Романчук**

ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНІ КРОВОТЕЧІ, ЗУМОВЛЕНІ ПРИЙОМОМ МЕДИКАМЕНТОЗНИХ ПРЕПАРАТІВ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Ключові слова: гострі виразки, кровотечі, лікування

Key words: acute ulcers, hemorrhages, treatment

Резюме. Острые язвы, связанные с применением лекарственных препаратов, встречаются у 45-68% пациентов пожилого возраста и в последнее время составляют третью часть причин гастроудоденальных кровотечений. В лечении больных с НПВС-гастропатиями и для предотвращения появления новых язв наиболее эффективными являются ингибиторы протонной помпы и мизопростол.

Summary. Acute ulcers connected with drugs usage occur in 45-68% of patients of elderly years and now they cause one third of causes of gastroduodenal bleedings. Inhibitors of proton pump and misoprostol are the most effective in prevention of new ulcers and in treatment of patients with NSAIDs gastropathies.

У сучасній клінічній практиці нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) та глюкокортикостероїди (ГКС) є найбільш затребуваною й поширеною групою лікарських засобів. У наш час важко уявити собі клініку внутрішніх хвороб, неврологічну, ревматологічну, ортопедичну клініку, практику амбулаторного лікаря без призначення НПЗП та ГКС [2, 5, 8].

Разом з тим більше ніж віковий досвід застосування НПЗП та ГКС дозволив виявити цілий ряд серйозних побічних ефектів цієї групи лікарських препаратів. Одним з найнебезпечних побічних ефектів є токсична дія НПЗП та ГКС на шлунково-кишковий тракт, що проявляється утворенням гострих виразок або загостренням хронічного процесу у вигляді кровотеч [13].

Гострі виразки, пов'язані з прийомом лікарських препаратів, спостерігаються у 45-68% хворих похилого віку й останнім часом становлять третину причин гастроудоденальних кровотеч, летальність у хворих з різним ступенем тяжкості кровотечі коливається від 3% до 17% [9, 10, 11, 12]. Термін "НПЗП-гастропатія" застосовують для визначення ерозивно-виразкових уражень гастроудоденальної зони, пов'язаних з уживанням НПЗП. Вони мають такі особливості: виникають гостро, пов'язані із застосуванням НПЗП; є множинними; локалізуються переважно в антральному відділі шлунка; не супроводжуються морфологічними ознаками гастриту; переважно мають асимптомний перебіг, що пояснюється неспецифічною знеболювальною та протизапальною дією ліків, тому найчастіше (60%) першим клінічним проявом НПЗП-гастропатій стає кровотеча; після відміни препаратів гострі гастроудоденальні ерозії і виразки зазвичай загоюються [9, 10, 12].

Мета роботи: аналіз причин та наслідки вживання медикаментозних препаратів, що спричиняють кровотечі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Нами проаналізовані дані центру шлунково-кишкових кровотеч, який знаходиться на базі відділення абдомінальної хірургії Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова за період з 2008 по 2011 рік. Було проаналізовано дані 136 пацієнтів віком від 27 до 82 років. Чоловіків було 87 (64%) та 49 (36%) жінок, у яких була гостра або хронічна виразка, ускладнена профузною кровотечею. Кількість хворих у хронологічному порядку: 2008 рік – 28 хворих, 2009 рік -32 хворих, 2010 рік -35 хворих, 2011 рік – 41 хворий. Метою прийому медикаментозних препаратів була: ішемічна хвороба серця у 73 (53,7%), больовий синдром у 27 (19,9%), захворювання хребта та суглобів у 18 (13,2%), порушення мозкового кровообігу у 10 (7,4%), захворювання вен нижніх кінцівок у 8 (5,8%).

Препарати, які вживали пацієнти, що призвели до кровотеч (табл.): кардіомагніл 75мг по 1 таб. 1 раз на добу; аспекард 0,1г по 1 таб. 2 рази на добу; аспетер 325мг по 2 таб. 2 рази на добу; аспірин-кардіо 0,3г по 1 таб. 1 раз на добу; доларен 0,55г по 2 таб. 3 рази на добу; наклофен 75мг по 1 таб. 2рази на добу; наклофен ретард 100 мг по 1 таб. 2 рази на добу; вольтарен ампл. 75мг – 3,0 мл, внутрішньом'язово 2 рази на добу; диклофенак 50 мг 2 рази на добу внутрішньом'язово; діклоберл 75 мг 2 рази на добу внутрішньом'язово; преднізолон 30 мг по 1 таб. 1 раз добу; варфарін 2,5 мг по 1таб. 2 рази на добу; синкумар 0,002 г 1 раз на добу.

Тривалість прийому препаратів становила від 2-3 діб до 6 років. Виразковий анамнез був у 59 хворих (43,4%). За даними ЕФГДС було встановлено джерело кровотечі та ступінь гемостазу відповідно до загальноновизнаної класифікації Forrest. На момент госпіталізації Forrest Ia – 8

(5,9%), Forrest Ib – 29 (21,3%), Forrest IIa – 47 (34,6%), ForrestIIb – 37 (27,2%), ForrestIIc -15 (11,0%). За локалізацією виразки: у 90 (66,1%) хворих – 12-типала кишка, у 46 (39,9%) – шлунок.

Препарати, що призвели до кровотеч

Назва препарату	Доза вживання	Шлях введення
Кардіомагніл	0,075 г по 1 таб. 1 р. на добу	Per os
Аспекард	0,1 г по 1 таб. 2 р. на добу	Per os
Аспетер	0,325 г по 2 таб. 2 р. на добу	Per os
Аспірин-кардіо	0,3 г по таб 1 р. на добу	Per os
Доларен	0,55 г по 2 таб. 3 р. на добу	Per os
Наклофен	75 мг по 1 таб. 2 р. на добу	Per os
Наклофен ретард	100 мг по 1 таб. 2 р. на добу	Per os
Вольтарен	75 мг 2 р. на добу	в/м
Диклофенак	50 мг 2 р. на добу	в/м
Діклоберл	75 мг 2 р. на добу	в/м
Преднізолон	30 мг по 1 таб. 1 раз на добу	Per os
Варфарін	2,5 мг по 1 таб. 2 р. на добу	Per os
Синкумар	0,002 г по 1таб. 1р. на добу	Per os

З таблиці видно, що більшість препаратів вживалися per os.

Ендоскопічна картина медикаментозної виразки досить характерна. Ерозії й виразки розташовувались, як правило, на набряклій, гіперемованій слизовій оболонці, що відрізняється підвищеною ранимістю й схильністю до кровоточивості, покритою в'язким слизом. Ерозивні ураження зазвичай множинні, округлої форми, діаметром до 0,1-0,7 см, інколи зливаються в поля діаметром до 3-6 см і більше, без чітких меж. Інколи такі поля охоплюють більшу частину шлунка й ДПК, при цьому визначається дифузна кровоточивість майже всієї слизової, яка при контакті з ендоскопом посилюється. Медикаментозні виразки частіше були округлої, рідше овальної форми. Навколо гострої медикаментозної виразки був помітний яскраво-червоний обідок, але відсутні ознаки перифокального запалення, характерного для хронічної виразки. Дно медикаментозної виразки гладеньке, без грануляцій, на дні зазвичай можливо побачити судину, що кровоточить, краї дефекту слизової гострі. Після зупинки кровотечі під час контрольної гастроскопії дно медикаментозної виразки стає блідо-сірого кольору з висту-

паючою точковою судиною темно-коричневого кольору. У одного і того ж хворого одночасно можливе виявлення як поверхневих крововиливів і ерозій, так і глибоких поверхневих виразок.

У хворих з гострими виразками, що ускладнилися шлунково-кишковою кровотечею на фоні прийому медикаментозних препаратів, основним напрямком лікування було призначення гемостатичної та кровозамісної терапії. Консервативно проліковано 115 хворих. Всім пацієнтам призначались препарати, які пригнічують шлункову секрецію (призначались ін'єкційні форми інгібіторів протонової помпи в дозі 40 мг кожні 12 годин (2 рази на добу). Ін'єкційні форми препарату вводили протягом 3 – 5 діб, в подальшому переходили на пероральний прийом у дозі 40 мг 2 рази на добу протягом 10-14 днів. Призначали відміну препаратів, що призвели до кровотечі. Ендоскопічний гемостаз за допомогою аргоно-плазменої коагуляції виконано 15 хворим з добрими наслідками. Серед неоперованих хворих померло 9 (7,82%), в основному за рахунок складної супутньої патології на фоні профузної кровотечі.

Кровотечі, які не вдалось зупинити консервативно, підлягали хірургічній корекції. 21 хворому із загостренням хронічної виразки були виконані такі операції: висічення виразки з проведнням дуоденопластики у 10 хворих, секторальна резекція шлунка - у 3 хворих, резекція шлунка за Більрот - 1 (4 хворих), екстериторизація виразки (4 хворих). Післяопераційних ускладнень не спостерігалось, і хворі в задовільному стані виписані зі стаціонару. Летальності в післяопераційному періоді не було.

ВИСНОВКИ

1. Продовження застосування НПЗП та ГКС гальмує ангіогенез і сповільнює загоєння виразок, тому найраціональнішою тактикою вважається відміна цих ліків. У лікуванні хворих із

НПЗП-гастропатіями і для запобігання появі нових виразок (якщо НПЗП-терапію неможливо припинити) найефективнішими є інгібітори протонної помпи та мізопростол.

2. При успішно виконаному ендоскопічному гемостазі чи відсутності на момент огляду ознак кровотечі, що продовжується, незалежно від тяжкості стану показано консервативне лікування хворого, що включає корекцію крововтрати, введення інгібіторів протонової помпи, лікування супутнього захворювання та ендоскопічний контроль у динаміці.

3. Показаннями до невідкладного оперативного лікування вважаємо кровотечу, що продовжується - Forrest IA і IB (у тому числі її рецидив) при неможливості ендоскопічної зупинки.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ганжий В.В. Применение гастродуоденофиброскопии в диагностике и лечении изъязвления, осложненного гастродуоденальным кровотечением / В.В. Ганжий // Клініч. хірургія. – 2003. - №6. – С. 10-13.

2. Желудочно-кишечные кровотечения как осложнения гастропатий, связанных с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов / Н.А. Шостак, А.А. Рябкова, В.С. Савельев, Л.П. Малярова // Терапевт. архив. – 2003. - №5. – С. 70-73.

3. Кондратенко П.Г. Досвід та перспективи використання ендохірургічних методів при кровотечі з гострих виразок шлунка / П.Г. Кондратенко, Є.Є. Раденко // Львів. мед. часопис. – 2006. – Т. 12, №1.- С.59-63.

4. Кондратенко П.Г. Роль і місце мініінвазивних ендохірургічних втручань у комплексному лікуванні хворих на гостру виразкову гастродуоденальну кровотечу/ П.Г. Кондратенко, Є.Є. Раденко // Шпитальна хірургія. - 2006. №4. – С. 95-97.

5. Малые дозы аспирина и кровотечения из верхних отделов желудочно – кишечного тракта // Клинич. перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2003. – №4. – С.33.

6. Тимербулатов В.М. Гемостаз при острых желудочно-кишечных кровотечениях / В.М. Тимербулатов, Ш.В. Тимербулатов, Р.Б. Сагитов // Хирургия. – 2010.- №3. – С. 20-26.

7. Фомін П.Д. Оптимізація лікувальної тактики у хворих з виразковими гастродуоденальними кровотечами / П.Д. Фомін, С.Й. Запорожан // Вісник Вінниць. нац. мед. ун-ту. – 2010. – Т.14, №1. – С.71-73.

8. Фомин П.Д. Применение антикоагулянтов у больных после операции по поводу желудочно-кишечного кровотечения / П.Д. Фомин, Булыч // Клініч. хірургія. – 2005. - №6. – С.5-8.

9. <http://lib4.net/m/206-medukamentozna-hvoroba>

10. MacDonald T.M. Тенденції добору хворих і частота гастроінтестинальних кровотеч у пацієнтів, які приймають мелоксикам, коксиби і старші неспецифічні нестероїдні протизапальні препарати / Т.М. MacDonald, J.L. Goldstein // Медицина світу. – 2004. – Т.17, №4. – С.250-253.

11. Rainsford K.D. Profile and mechanisms of gastrointestinal and other side effects of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) / K.D. Rainsford // Am. J. Med. – 1999. – Vol. 107, N 6A. – P. 27S-35S.

12. Van Leerdam M.E. Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding / M.E. Van Leerdam // Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol. – 2008. – Vol. 22. – P.209-224.

13. Weil J. Prophylactic aspirin and risk of peptic ulcer bleeding / J. Weil, D. Colin-Jones, N. Langman // Br. Med. J. – 1995. – Vol.310. – P. 827-830.



**О.Є. Каніковський,
С.П. Одарченко,
І.В. Павлик**

ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ КРОВОТОЧИВОГО РАКУ ШЛУНКА З МЕТАСТАТИЧНИМ УРАЖЕННЯМ ПЕЧІНКИ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Ключові слова: рак шлунка,
ускладнений шлунково-кишковою
кровотечею, летальність

Key words: gastric cancer, bleeding,
mortality

Резюме. В хирургической клинике медицинского факультета №2 Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова и хирургическом отделении Винницкого областного клинического онкологического диспансера в течение 2005-2011 гг. проходило лечение 114 больных с раком желудка, осложненным кровотечением. У 105 проводили эндоскопическую гемостатическую терапию, эффективность которой составила 61,9%. Оперативное лечение на высоте профузного или рецидивного кровотечения выполнено у 37, а у 68 - в раннем отсроченном периоде. У 18 пациентов с метастатическим поражением выполнена резекция печени с помощью ультразвукового скальпеля Sonnoca 400. Послеоперационная летальность составила 6,1%.

Summary. In the surgical clinic of the medical faculty N 2 of Vinnitsa National Medical University named after N.I. Pirogov and surgical department of Vinnitsa regional clinical oncology dispensary during 2005-2011 114 patients with stomach cancer complicated by bleeding were treated. Endoscopic hemostatic therapy with effectiveness of 61,9% was conducted to 105 patients. Operative treatment of patients with active diffuse or recurrent bleeding was performed in 37 patients, and in 68 surgery was performed in early period. In 18 patients with liver metastasis resection of the liver was made by ultrasonic scalpel Sonnoca 400. Postoperative mortality was 6,1%.

Виникнення профузної кровотечі у хворих на рак шлунка супроводжується високим рівнем летальності, яка становить, за даними різних авторів, до 15,9% [3,4]. З іншого боку, результат лікування онкологічних хворих залежить від стадії захворювання. При наявності віддалених метастазів (M1) – п'ятирічне виживання пацієнтів не перевищує 4%. Протягом тривалого часу це ускладнення вважалося протипоказанням до розширених резекцій. Тому вибір методу оперативного лікування у хворих на кровоточивий рак шлунка з метастатичним ураженням печінки залишається дискусійним. Деякі автори віддають перевагу органозберігаючим методам лікування на висоті кровотечі [2,6], інші – розширеним та комбінованим оперативним втручанням з лімфодисекцією [1,4,5].

Мета роботи — покращення результатів лікування хворих з гострими ускладненнями раку шлунка.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

У хірургічній клініці медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова та хірургічному відділенні Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру протягом 2005-2011 рр. проходило лікування 114 хворих на рак шлунка, ускладнений шлунково-кишковою кровотечею. Гендерно-віковий розподіл становив: чоловіків –

70 (61,6%), жінок – 44 (38,4%). Від 32 до 45 років – 7, від 45 до 60 років – 33, від 60 до 75 років – 52, від 75 до 90 років – 22 хворих. Середній вік $64,7 \pm 19,2$ року.

Ураження пухлинним процесом кардіального (С) відділу шлунка констатовано у 14 (11,9%), тіла (М) шлунка – 47 (41,1%), антрального (А) відділу – у 32 (28,6%) хворих. Субтотальне ураження (АМ, СМ) знайдено у 13 (11,4%), тотальне (СМА) – у 8 (7,0%) хворих.

Відповідно до стадій ракового процесу [5,8], 2 ст. (T₁₋₃N₀₋₂M₀) діагностована у 11 (9,2%) хворих, 3 ст. (T_{2a-3}N₀₋₂M₀) – у 67 (58,9%), 4 ст. (T₁₋₄N₁₋₃M₀₋₁) – у 36 (31,9%). У 24 хворих виявлено метастази в печінку, причому у 10 хворих діагностовано солітарні метастази, а у 6 хворих множинні, які проростали магістральні судини. Згідно з класифікацією метастазів у печінку за L. Gennari et al., 1984 [9]: I стадія – 10, II стадія – 8, III стадія – 6 пацієнтів.

У всіх хворих проводилося гістологічне дослідження біоптату пухлин (8), операційного (98) та секційного (8) матеріалів. Високодиференційовані аденокарциноми (G1) констатовано у 17 (14,59%), помірнодиференційовані (G2) – у 28 (24,32%), низькодиференційовані (G3) – у 22 (19,46%), недиференційовані (G4) – у 45 (40,01%), саркоми – у 2 (1,62%) хворих.

Хворі з кровотечею госпіталізовані протягом першої доби від початку захворювання у 46,4% (59); від другої до сімнадцятої доби – у 53,6% (68).

Всім пацієнтам обов'язковим було виконання ФГДС з біопсією та констатацією кровотечі за Forrest (1987): Forrest 1 - 62 (54,4%) (1a - 7 (11,59%); 1b - 46 (73,91%); 1x - 9 (14,5%)); Forrest 2 - 43 (37,7%) (2a - 3 (6,9%); 2b - 39 (90,8%); 2c - 1 (2,3%)); Forrest 3 - 9 (7,9%).

Ступінь крововтрати визначали за P.L. Marino (American College of Surgeons 1982). 1 клас - 5 (4,4%), 2 клас - 41 (35,9%), 3 клас - 60 (52,7%), 4 клас - 8 (7,0%) пацієнтів.

Лікування проводили відповідно до «Клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим із гострою шлунково-кишковою кровотечею» і розпочинали з консервативних заходів, що полягали у проведенні комплексної гемостатичної і кровозамісної терапії. У 105 (92,1%) випадках застосували ендоскопічні методи гемостазу (коагуляція судини, аплікації капроферу, перифокальна ін'єкційна інфільтрація).

За ургентними показаннями оперовано 37 хворих, у відтермінованому порядку – 68. У 18 пацієнтів з метастатичним ураженням виконано резекцію печінки з використанням ультразвукового скальпеля Sonnosca 400. Обмежилися консервативним лікуванням у 9 хворих.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Всім хворим після госпіталізації лікування розпочинали із проведення комплексної консервативної терапії, відповідно до клінічного протоколу й рекомендацій провідних клінічних закладів. Під час проведення екстреної ФГДС у 105 (92,1%) випадках використовували ендоскопічну гемостатичну терапію. У випадку наявності гемостазу F1 (62 пацієнти) використовували кліпування судини (7), ін'єкцію спирт-новокаїнової суміші (14) або 0,001% розчину адреналіну (41) з чотирьох точок навкруги судини. Після зупинки кровотечі місце кровотечі додатково зрошували розчином капроферу. Рецидив кровотечі виник у 25 (40,3%) хворих.

У випадках гемостазу F2 (43) кліпування судини виконано у 3 хворих з гемостазом F2a, всім іншим (40) застосовували аплікацію капрофера на джерело кровотечі. Рецидив кровотечі виник у 12 (27,9%) хворих.

Загальна ефективність ендоскопічної терапії становила 61,9%. Оперативне лікування на висоті профузної або рецидивної кровотечі виконано у 37 хворих. Вибір способу оперативного лікування залежав від тяжкості геморагічного шоку, ступеня ризику згідно з класифікацією

ASA, а також розповсюдженості пухлинного процесу. У 7 хворих виконані радикальні оперативні втручання – гастректомія (2), субтотальна дистальна РШ (5) в модифікації Гофмейстера – Фінстерера (4), Болфура (2), Ру (1) з лімфодисекцією D2. У 16 хворих виконано паліативні операції, направлені на надійну зупинку кровотечі – субтотальна РШ (12) в модифікації Гофмейстера – Фінстерера (7), Болфура (3), Вітебського (1), Ру (1) з лімфодисекцією D1. У 14 хворих виконано симптоматичні операції, направлені на зупинку кровотечі – деваскуляризація шлунка з прошиванням кровоточивої судини пухлини, з них у 9 доповнювали накладанням переднього попередубодового ізоперистальтичного ГЕА за Вельфлером. Післяопераційна летальність на висоті кровотечі становила 12,1% (4), причому після радикальних – 14,3% (1), паліативних та симптоматичних – 10% (3).

Гемостаз Forrest 2 не може гарантувати безпеки щодо можливого розвитку рецидиву кровотечі, тому у 68 хворих оперативне втручання виконали в ранньому відтермінованому періоді протягом 3-6 діб з моменту госпіталізації, після стабілізації стану хворого та проведення додаткових методів обстеження, направлених на діагностику поширення пухлини та тяжкість супутньої патології. У 26 пацієнтів виконано радикальні, у 38 – паліативні, ще у 4 – симптоматичні оперативні втручання. Всі радикальні оперативні втручання супроводжувалися D2 лімфодисекцією. Серед радикальних оперативних втручань гастректомію виконано у 13, дистальну субтотальну РШ – у 13 хворих, у т.ч. в модифікації Гофмейстера – Фінстерера (9), Болфура (4). Симптоматичні операції включали санітарну гастректомію (9) та субтотальну санітарну РШ (33) в модифікації Гофмейстера – Фінстерера (20), Болфура (7), Вітебського (4), Ру (2). Післяопераційна летальність після операцій, виконаних у відстроченому періоді, становила 4,4% (3), причому після радикальних – 3,8% (1), паліативних та симптоматичних операцій – 4,7% (2).

Впровадження в хірургічну практику сучасних методів розсічення тканин – ультразвукова, гідроструйна та газоструйна дисекція, відкривають нові можливості радикального оперування хворих на метастатичний рак. У першу чергу ультразвуковий скальпель дозволяє оперувати на так званій «сухій» печінці, з мінімальною крововтратою та надійним гемостазом.

Відповідно до класифікації метастазів у печінку за L. Gennari et al., 1984, у 18 хворих виконано такі оперативні втручання: резекція

сегменту печінки – 5, бісегментектомія – 5, три-сегментектомія – 1, гемігепатектомія – 1, атипова резекція печінки – 6. Ускладнення виникли у

12,6% пацієнтів. Загальна післяопераційна летальність становила 6,1%.

Вибір способу оперативного лікування залежно від ступеня гемостазу та стадії пухлинного процесу

	На висоті кровотечі			У плановому порядку		
	2 ст	3 ст	4 ст	2 ст	3 ст	4 ст
Радикальна	4	3	-	6	20	-
Паліативні	1	11	4	-	20	18
Симптоматичні	-	2	12	-	4	-

ВИСНОВКИ

1. Летальність після екстрених операцій на висоті триваючої та рецидивної кровотечі у 2 рази вища, ніж після операцій, проведених у ранньому відтермінованому періоді, що виконуються після адекватної підготовки та комплексного дообстеження хворих.

2. Всім хворим на рак шлунка, ускладнений кровотечею, доцільно проводити ендоскопічну

гемостатичну терапію, ефективність якої становить 61,9%.

3. Застосування ультразвукового дисектора дозволяє виконувати розширені оперативні втручання у хворих на кровоточивий рак шлунка з метастатичними ураженнями печінки, з низьким рівнем післяопераційних ускладнень (12,6%) та летальності (6,1%).

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бойко В.В. Особенности неотложных хирургических вмешательств у больных с осложнениями местнораспространенного рака желудка / В.В. Бойко, В.А. Лазирский // Междунар. мед. журнал. – 2011. – №3. – С.85-89.
2. Гемостаз при острых желудочно-кишечных кровотечениях / В.М. Тимербулатов, Ш.В. Тимербулатов, Р.Б. Сагитов [и др.] // Хирургия. – 2010. – №3. – С. 20-26.
3. Гостищев В.К. Проблема выбора тактики лечения при гастродуоденальных кровотечениях / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев Хирургия.-2007.-№7.- С.7-17.
4. Кондратенко П.Г. Гостра кровотеча з новоутворень травного каналу: тактичні підходи / П.Г. Кондратенко, М.Л. Смирнов // Укр. журнал хірургії.- 2011.- № 1 (10).- С. 144-149.
5. Особливості виконання гастректомії на висоті шлункової кровотечі у хворих на рак шлунка, що кровоточить / В.В. Бойко, М.П. Донець, І.А. Тарабан [та ін.] // Харків. хірургічна школа. - 2007.- № 4.-С. 10-12.
6. Результаты лечения больных с осложненным

местнораспространенным раком желудка / В.В. Бойко, С.А. Савви, В.А. Лазирский, В.Н. Лыхман // Харків. хірургічна школа. – 2009. – №3 (34). – С.48-53.

7. Фомін П.Д. Аспекти хірургічного лікування гостро кровоточивого раку з субтотальним та тотальним ураженням шлунку / П.Д. Фомін, П.В. Іванчов // Укр. журнал хірургії. – 2011. – №5 (14). – С.60-63.

8. Appraisal of compliance with the UICC/AJCC staging system in the staging of gastric cancer. Union International Contra la Cancrum / American Joint Committee on Cancer / P.J. Mullaney, M.S. Wadley, C. Hyde [et al.] // Br. J. Surg.- 2002.- Vol.89.- P.1405-1408.

9. Japanese classification of gastric carcinoma. Japanese Research Society for Gastric Cancer. – Tokyo: Kanehara. First English edition, 1995.- 187p.

10. Nakayama T. Gastric cancer treatment guidelines in Japan / T. Nakayama // Gastric. Cancer. – 2002. – N 5. – P. 1-5.

11. Tumors of the stomach / G.B. Davis, D.K. Blanchard, G.F. Hatch 3rd [et al.] // World J. Surg. – 2000. – Vol. 24, N 4. – P. 412-420.



УДК 616.33-005.1-089

А.В. Снісар

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ, ЩО УСКЛАДНИЛАСЯ КРОВОТЕЧЕЮ

ДУ “Український державний науково-дослідний інститут
медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України”
м. Дніпропетровськ

Ключові слова: виразкова
кровотеча, хірургічне лікування,
медико-соціальні результати
Key words: ulcerous bleeding,
surgical treatment, medical and
social outcomes

Резюме. Проведена оцінка медико-соціальних результатів хірургічного лікування 70 больних язвенної болістю желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнённой кровотечением, путём проспективного и ретроспективного анализа медико-экспертных данных и результатов комплексного обследования больных. Определена структура послеоперационной патологии, которая приводит к ограничению жизнедеятельности пациентов, и выделены причины неудовлетворительных результатов хирургического лечения язвенных кровотечений.

Summary. The assessment of medical and social outcomes of surgical treatment of 70 patients with peptic ulcer of the stomach and duodenum, complicated with bleeding, by means of prospective and retrospective analysis of medical and expert data and outcomes of complex examination of patients is conducted. Structure of postoperative pathology which leads to limitation of patients' life activity is determined, and the causes of unsatisfactory outcomes of surgical treatment of ulcerous bleedings are distinguished.

Незважаючи на сучасні досягнення медикаментозного лікування виразкової хвороби (ВХ), протягом останніх років відмічається помітне зростання кількості хворих з виразкою шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК), що ускладнилася кровотечею [1,3,4]. Важливим та до кінця не вирішеним є вибір тактики лікування, оптимальних термінів та об'єму оперативного втручання при виразковій кровотечі [2,5]. Залежно від локалізації кровоточивої виразки виконують як резекційні, так і органозберігаючі та симптоматичні оперативні втручання. Оцінка віддалених медико-соціальних результатів різних видів оперативних втручання, які використовуються при виразковій кровотечі, залишаються актуальними та недостатньо вивченими.

Мета дослідження: покращити результати лікування хворих на виразкову кровотечу шляхом оцінки віддалених медико-соціальних результатів хірургічного лікування та встановлення причини розвитку незадовільних наслідків оперативних втручання.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проведено дослідження 350 хворих з обмеженням життєдіяльності (ОЖ) після хірургічного лікування ВХ та її ускладнень. У 70 (20%) хворих показанням до первинної операції була

виразкова кровотеча. Серед них комплексне клініко-експертне обстеження та медико-соціальна реабілітація проведена 37 (52,9%) пацієнтам, у 33 (47,1%) випадках – ретроспективний аналіз медико-експертної документації хворих, які звернулися до медико-соціальних експертних комісій (МСЕК) з приводу негативних інвалідизуючих наслідків оперативних втручання. Середній термін спостереження після останньої операції становив $7,84 \pm 0,55$ року.

При виразковій кровотечі первинна локалізація виразки шлунка була в 20 (28,6%) випадках, у ДПК – у 49 (70%), поєднана локалізація виразки – в 1 (1,4%) випадку.

Залежно від виду останньої операції хворі були розділені на такі групи: I група – 4 (5,7%) хворих після симптоматичних операцій, II група – 13 (18,6%) хворих після органозберігаючих операцій (ОЗО), III група – 53 (75,7%) хворих після резекційних втручання. До III групи були віднесені пацієнти після резекції шлунка (РШ) із ваготомією.

Застосовувалися інструментальні та лабораторні методи дослідження: фіброезофагогастро-дуоденоскопія із виконанням біопсії слизової оболонки (СО) шлунка та ДПК і діагностикою хелікобактерної контамінації; контрастна рентгеноскопія та рентгенографія шлунка та ДПК з пасажем контрастної речовини по тонкій та

товстий кишках; добовий гастро-рН-моніторинг за методикою В.М. Чорнобрового.

Математичне і статистичне опрацювання матеріалів дослідження проводили з використанням методів біостатистики, реалізованих у пакеті програм STATISTICA v.6.1.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При аналізі перебігу захворювання встановлено, що при виразковій кровотечі при первинному втручанні частіше виконувалися резекційні операції – у 47 (67,1%) випадках, при цьому в 29 (61,7%) хворих при виразці ДПК мала місце первинна РШ. Серед резекційних операцій частіше виконувалися РШ за Б-2 – у 32 (68,1%) хворих, РШ за Б-1 – у 10 (21,3%), РШ із ваготомією – у 5 (10,6%) випадках. Органозберігаючі втручання переважно використовувалися при виразці ДПК – у 10 (14,3%) хворих та при поєднаній локалізації. Симптоматичні операції (прошивання виразки або її висічення із гастрочи пілородуоденопластиком) були використані у 12 (17,1%) випадках. Перевага резекційних операцій при виразковій кровотечі зумовлювала необхідність проведення у післяопераційному періоді комплексної медичної реабілітації для профілактики рецидиву та розвитку післярезекційних синдромів.

Після первинної операції рецидив пептичної виразки та її ускладнень діагностовано у 31 (44,3%) пацієнта. Після резекційних операцій рецидив виник у 14 (29,8%) хворих, після ОЗО – у 8 (72,7%), після симптоматичних втручань – у 9 (75%) хворих.

У 14 (45,6%) випадках рецидив виразки став показанням до повторної операції. Виразкова

кровотеча була в 12 (85,7%) хворих, серед яких симптоматичні втручання виконані в 7 (58,4%), РШ – у 4 (33,3%), РШ із ваготомією – в 1 (8,3%) випадку. У 2 (14,3%) випадках показанням до реконструктивної РШ була пептична виразка анастомозу (ПВА). Виконання повторних симптоматичних втручань на тлі виразкової кровотечі, що продовжується, здебільшого було спрямовано на рятування життя хворого та потребувало комплексної післяопераційної реабілітації для профілактики рецидиву. Так, у 4 випадках симптоматичні втручання були виконані у ранньому післяопераційному періоді у зв'язку із рецидивом кровотечі. Однак рецидив виразки після повторної операції діагностовано у 8 (57,1%) хворих. З них до включення у дослідження з приводу рецидиву кровотечі повторно оперовані 4 (50%) пацієнти. Після третьої операції рецидив виразки виник у 1 хворого. Таким чином, збільшення кількості оперативних втручань не призводило до реабілітації хворих, а виконання операції у невідкладних умовах без діагностики причини рецидиву захворювання та недостатньо ефективна післяопераційна реабілітація сприяли поверненню захворювання і призводили до зневіри пацієнта в одужання.

При аналізі структури незадовільних віддалених результатів, що призводили до ОЖ оперованих, встановлено, що у досліджуваній групі частіше зустрічалися рецидив виразки, запальні зміни слизової оболонки шлунка та ДПК, демпінг-синдром, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) (табл.). Характер незадовільних результатів залежав від виду та особливостей перенесеного оперативного втручання.

Структура віддалених результатів залежно від виду операції

Патологія	Групи дослідження		
	I група (n=4)	II група (n=13)	III група (n=53)
Пептична виразка анастомозу	-	1 (7,7%)	7 (13,2%)
Виразка ДПК	4 (100%)	2 (15,4%)	-
Гастрит кукси шлунка	-	-	25 (47,2%)
Анастомозит	-	-	6 (11,3%)
Хронічний гастрит	2 (50%)	7 (53,8%)	-
Демпінг-синдром	-	2 (15,4%)	30 (56,6%)
ГЕРХ	-	6 (46,2%)	15 (28,3%)
Дуоденогастральний рефлюкс	1 (25%)	4 (30,8%)	2 (3,8%)
Ентерогастральний рефлюкс	-	-	8 (15,1%)

Причинами ОЖ у післяопераційному періоді були кишкові нориці у 2 хворих, гастростаз І ст. – у 3, дуоденостаз ІІ ст. – у 2, субкомпенсований пілородуоденальний стеноз – у 2 пацієнтів.

Дослідження стану кислотопродукуючої функції шлунка проведено у 2 хворих після симптоматичних операцій, у 6 – після ОЗО та у 18 – після резекційних втручань. У 2 хворих з рецидивом виразки після симптоматичних втручань відмічена шлункова кислотність на рівні гіперацидності із мінімальним рН 1,12. При виразково-запальному ураженні СО шлунка та ДПК після ОЗО у 4 випадках рівень рН шлункового вмісту був у межах гіпер- та нормацидності, в 1 випадку – помірної гіпоацидності на тлі загострення гастродуоденіту. В 1 випадку зафіксована перевага вираженої гіпоацидності при відсутності ознак запалення СО шлунка та ДПК. Після резекційних втручань при рецидиві пептичної виразки, що спостерігався у 8 (44,4%) пацієнтів за даними анамнезу та під час обстеження, встановлено збереження шлункової кислотопродукції на рівні гіперацидності (в 7 випадках) та нормацидності (в 1 випадку). Серед 7 (38,9%) пацієнтів із явищами запалення СО кульки шлунка та зони анастомозу в 4 випадках мінімальні значення рН були на рівні гіперацидності, в 1 – нормацидності, у 2 – гіпоацидності. У 3 (16,7%) пацієнтів при відсутності ознак запалення СО переважали значення рН на рівні гіпоацидності.

Незадовільні наслідки хірургічного лікування виразкової кровотечі, що призвели до ОЖ, стали причиною звернення до МСЕК 61 (87,1%) хворого. У 9 (12,9%) хворих при обстеженні були виявлені незадовільні результати оперативних втручань, але вони ніколи не зверталися до МСЕК. При первинному огляді ІІ група інвалідності була встановлена в 23 (37,7%) випадках, ІІІ група – в 32 (52,5%), інвалідами не визнані 6 (9,8%) пацієнтів. Серед пацієнтів, які були виз-

нані інвалідами при первинному огляді, у 49 (89,1%) хворих тривалість інвалідності на момент включення у дослідження становила 2 та більше років, що свідчило про неефективність проведеної медико-соціальної реабілітації. В 1 (1,8%) випадку група інвалідності при первинному огляді була встановлена без терміну перегляду.

Проведена комплексна медична реабілітація 37 хворим із ОЖ. Обсяг відновного лікування залежав від виду й об'єму перенесеної операції та характеру виявленої патології. Всі хворі отримували консервативну терапію, яка у 5 пацієнтів проводилась як передопераційна підготовка. Показаннями до хірургічної реабілітації були рецидив пептичної виразки у 4 хворих та синдром привідної петлі (СПП) в 1 випадку. У 2 випадках виконана реконструктивна резекція за Б-1, що доповнена СтВ в 1 пацієнта, у 2 – ізольована СтВ. При СПП операцією вибору вважали ентероентеростомію. Серед 25 (67,5%) інвалідів після проведеного відновного лікування повна реабілітація була досягнута в 10 (40%) випадках. Водночас серед 30 інвалідів за даними ретроспективного аналізу повна реабілітація була досягнута лише в 2 (6,7%) випадках.

ВИСНОВКИ

1. Провідними причинами обмеження життєдіяльності хворих після хірургічного лікування виразкової кровотечі є рецидив пептичної виразки та запалення слизової оболонки шлунка й дванадцятипалої кишки на тлі збереженої підвищеної шлункової кислотності, демпінг-синдром.
2. Недостатньо ефективна післяопераційна реабілітація хворих на виразкову кровотечу сприяє виникненню ранніх та пізніх рецидивів і незадовільних результатів хірургічного лікування, що призводять до обмеження життєдіяльності та тривалої інвалідизації пацієнтів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ганжий В.В. Актуальность амбулаторной реабилитации больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями / В.В. Ганжий, Е.В. Кичангин // Клініч. хірургія. – 2007. – № 5–6. – С. 66–67.
2. Еволюція тактичних підходів до вибору хірургічного лікування ускладнених форм виразкової хвороби / П.Д. Фомін, В.Д. Братусь, В.Л. Нікішаєв [та ін.] // Шпитальна хірургія. – 2005. – № 1. – С. 189–193.
3. Кондратенко П.Г. Причины неблагоприятных результатов лечения и пути их устранения при кровотечениях из хронических гастродуоденальных

язв / П.Г. Кондратенко, Е.Е. Раденко // Харків. хірургіч. школа. – 2008. – № 6. – С. 179–181.

4. Prospective survey for the etiology and outcome of peptic ulcer bleeding: a community based study in southern Taiwan / C.Y. Chang, M.S. Wu, C.T. Lee [et al.] // J. Formos Med. Assoc. – 2011. – Vol. 110, N 4. – P. 223–229.

5. Surgical salvage of bleeding peptic ulcers after failed therapeutic endoscopy / P.W. Chiu, E.K. Ng, S.K. Wong [et al.] // Dig. Surg. – 2009. – Vol. 26, N 3. – P. 243–248.

**В.В. Бойко,
С.В. Сушков,
И.В. Криворотько,
Е.Г. Доценко,
С.Б. Пеев**

«РЕАНИМАЦИОННЫЕ» ЛАПАРОТОМИИ ПРИ ПРОФУЗНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО- КИШЕЧНОГО ТРАКТА

*ГУ «Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины»
г. Харьков*

Ключевые слова: профузное
кровотечение, лапаротомия
Key words: gastrointestinal
bleeding, laparotomy

Резюме. Реанимационні лапаротомії виконано 49 хворим з профузними кровотечами. На підставі аналізу результатів лікування зроблено висновки про особливості діагностики та інтраопераційної зупинки кровотечі, обсягів хірургічних втручань, що дозволило знизити післяопераційну летальність до 4%.

Summary. Reanimation laparotomies were performed to 49 patients with profuse bleedings. Basing on the analysis of treatment results conclusions on peculiarities of diagnostics and intraoperation stop of bleeding, extent of surgical interventions were drawn; this allowed to decrease postoperative lethality to 4%.

Несмотря на широкое внедрение в клиническую практику современных гемостатических, противоязвенных препаратов и лечебной эндоскопии, проблема профузных желудочно-кишечных кровотечений в современной хирургии остается актуальной. Это связано с отсутствием объективных критериев выбора оптимального хирургического лечения и развивающегося каскада функционально-метаболических и морфологических изменений в различных органах и системах организма. Летальность остается высокой и составляет по данным отечественных и зарубежных авторов 10 – 25%.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

В Институте общей и неотложной хирургии АМН Украины с 2005 по 2009 г. подвергнуто реанимационной лапаротомии 49 пациентов с профузными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Реанимационные лапаротомии – жизнеугрожающее неотложное хирургическое вмешательство на фоне прогрессирующего геморрагического шока с падением гемодинамических показателей и неэффективностью любых других гемостатических мероприятий (объем кровопотери ≥ 3 литров; АД ≤ 70 мм рт.ст.; пульс ≥ 120 мин.) Источниками кровотечения в 31 случае были хронические язвы 12-перстной кишки, в 23 – хронические язвы желудка, у 5 больных причиной кровотечения был рак желудка. Средний возраст пациентов составил 56 ± 6 лет. Сроки поступления в стационар от момента начала кровотечения: до 6 часов - 16 больных; от 7 до 24 часов – 20 больных и свыше 24 часов – 13 больных. Все пациенты госпитализированы в отделение интен-

сивной терапии, где проводился медикаментозный и эндоскопический гемостаз, противошоковые мероприятия с выявлением источника кровотечения, степени кровопотери.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В своей работе мы придерживаемся тезиса об одномоментом реанимационно-хирургическом пособии, что подразумевает параллельную работу врачей обоих направлений. На первом этапе консилиум в составе хирурга и анестезиолога на основании оценки тяжести общего состояния, вероятной причины и степени активности кровотечения принимал решение о выполнении экстренной фиброэзофагогастроуденоскопии (ФЭГДС) и объеме гемостатических мероприятий. ФЭГДС выполнена в условиях отделения реанимации 34 больным, в условиях операционной – 10, операция начата без исследования в 5 случаях. Выполнение ФЭГДС на операционном столе позволило сократить отрезок времени от установления источника кровотечения до начала операции. Хирургическое вмешательство без эндоскопической верификации источника кровотечения и попыток гемостаза мы вынуждены были предпринять в случаях профузного кровотечения и отсутствия явных признаков декомпенсированного цирроза печени.

Интраоперационная тактика включала в себя: 1) выявление источника кровотечения и достижение временного гемостаза любым доступным методом (пальцевое сдавление язвенного инфильтрата – 18, пережатие аорты ниже диафрагмы – 7, наложение зажимов на питающие сосуды на протяжении – 16, наложение зажимов или жомов на зону инфильтрации - 6, про-

шивание кратера язвы с кровоточащим сосудом - 14); 2) стабилизация гемодинамических показателей; 3) выполнение мобилизации источника кровотечения и питающих сосудов для выполнения окончательного гемостаза; 3) окончательный гемостаз путем удаление субстрата и восстановление просвета желудочно-кишечного тракта.

Иссечение язвы желудка с пилоропластикой выполнена у 3 больных; иссечение язвы желудка с пилородилатацией – у 9 больных; клиновидная резекция желудка – у 4 больных; резекция малой кривизной желудка – у 5 больных; паллиативная резекция 1/2 желудка – у 5 больных; иссечение дуоденальной язвы – у 19 больных (субциркулярное - 11, циркулярное - 8), с частичной ее экстериоризацией – у 10 больных.

В послеоперационном периоде осложнения отмечены у 8 пациентов. Умерло 2 (4%) боль-

ных, в обоих случаях причиной смерти послужило развитие острой сердечно-сосудистой недостаточности.

ВЫВОДЫ

1. Для сокращения времени от установки источника кровотечения до начала оперативного лечения больных с профузным кровотечением и низкими показателями гемодинамики, ФЭГДС необходимо выполнять на операционном столе.

2. При профузном кровотечении из верхних отделов ЖКТ необходимо выполнять многокомпонентный ступенчатый гемостаз: временный и окончательный.

3. Применение данной тактики лечения больных с профузным кровотечением из верхних отделов ЖКТ позволило нам снизить послеоперационную летальность до 4%.



УДК 616.334-002.1.44-089.819

**В.В. Грубник,
Ю.В. Грубник,
В.Ю. Грубник**

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

*Одесский государственный медицинский университет
кафедра хирургии №1
кафедра хирургии №3*

Ключевые слова:

*лапароскопические операции,
язвенная болезнь
двенадцатиперстной кишки,
осложнения*

Key words: *laparoscopic operations,
duodenal ulcer disease,
complications*

Резюме. На цей момент нами накопичений досвід більше ніж 900 лапароскопічних ваготомій у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки. За період з 1998 по 2008 рік лапароскопічні операції виконувались у 358 хворих з ускладненими виразками дванадцятипалої кишки. У 289 пацієнтів виконана ваготомія за Тейлором, у 169 пацієнтів – за Hill-Barker. Другим етапом було втручання на самій виразці. Тривалість лапароскопічного етапу втручання на виразці з формуванням дуоденопластики або гастроентероанастомозу була від 40 до 110 хв. При обстеженні пацієнтів через 1,5 – 3 місяці після операції загоєння виразки відмічалось у 355 хворих (99%). Післяопераційні ускладнення були у 14 хворих (3,9%), що значно менше, ніж після лапаротомних операцій.

Summary. At present over 900 laparoscopic vagotomies in patients with duodenal ulcer were made in our clinic and 358 of them we did to patients with complicated ones. In 289 patients we did Taylor's procedure, in 169 – Hill-Barker operation. The second step of the operation was the intervention on the ulcer itself. The mean duration of the procedure on the ulcer was from 40 to 110 minutes. In long-term operation period about 1,5 – 3 months we observed total healing of the ulcer in 355 patients (99%). Postoperative complications were in 14 of (3,9%) patients, this is less than after laparotomic operations. So, analyzing our results we can recommend to use laparoscopic operation more often in treatment of the complicated duodenal ulcer.

В настоящее время нами накоплен опыт более 900 лапароскопических ваготомий у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Ближайшие и отдаленные результаты лапароскопических операций оказались не хуже, чем лапаротомных вмешательств, поэтому лапароскопические методики ваготомии стали альтернативным способом лечения больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки [2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 13].

Однако в связи с достаточно высокой эффективностью консервативного лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в последнее время выполняются операции у больных только по абсолютным показаниям, т. е. только в тех случаях, когда имеется большая каллезная язва двенадцатиперстной кишки, осложненная массивным кровотечением, выраженным стенозом или перфорацией. В таких случаях хирург вынужден выполнять не только ваготомию, но и вмешательство на язвенном субстрате.

Целью настоящего исследования было изучить возможность использования лапароскопических методик при хирургическом лечении осложненных дуоденальных язв.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

За период с 1998 по 2008 г. лапароскопические операции выполнялись у 358 больных с осложненными язвами двенадцатиперстной кишки. Среди больных преобладали мужчины, их было 287 (80%). Возраст больных был от 21 до 79 лет, средний возраст составил 47,5+6,8 года.

Показаниями к операции были массивные кровотечения из больших каллезных язв двенадцатиперстной кишки у 201 больного; субкомпенсированный и декомпенсированный стеноз привратника и начального отдела двенадцатиперстной кишки – у 128 больных, перфоративные язвы – у 29 больных.

Длительность анамнеза у 156 больных было меньше 5 лет, остальные 202 пациента болели язвенной болезнью более 5 лет.

При поступлении в клинику у больных с кровотечением выполнялся эндоскопический гемостаз, который эффективен у 96 % больных. В то же время наличие крупных сосудов на дне больших каллезных язв свидетельствовало, что эндоскопический гемостаз у этих пациентов был временным и, опасаясь рецидивного кровотечения, больным предлагалось оперативное вмешательство. После непродолжительной предоперационной подготовки в течение 1-2 суток больные оперировались.

У больных с субкомпенсированным стенозом предоперационная подготовка с коррекцией

электролитных нарушений проводилась в течение 3-4 суток. Пациенты с перфоративной язвой оперировались сразу после установки диагноза.

Все операции проводились под общим обезболиванием. Первым этапом накладывали пневмоперитонеум и вводили первый троакары на 2-4 см выше пупка, после осмотра брюшной полости вводили дополнительно 3 троакара. Первым этапом выполняли ваготомию. При осложненной дуоденальной язве использовали в основном два вида ваготомии. У 289 пациентов выполнена ваготомия по Тейлору: между ножками диафрагмы выделен и пересечен задний ствол вагуса, по передней стенке желудка вдоль малой кривизны выполнена серомиотомия с интрамуральным пересечением всех веточек переднего вагуса, идущих к телу и кардиальному отделу желудка.

У 169 пациентов выполнена ваготомия по Hill-Barker: задняя стволовая и передняя селективная проксимальная ваготомия.

При достаточной отработке техники лапароскопического выполнения ваготомии этот этап операций длился всего 20-30 мин.

Вторым этапом было вмешательство на самой язве. При перфоративной язве накладывали 3-4 шва на переднюю стенку двенадцатиперстной кишки, которые завязывали интракорпорально. Дополнительно подшивали прядь сальника, укрывая таким образом зону перфорации.

При кровоточащей язве у 32 больных лапароскопическим способом производили мобилизацию двенадцатиперстной кишки по Кохеру. Если язва находилась на боковой стенке кишки, язвенный дефект с помощью коагуляционного крючка клиновидно рассекался и дуоденотомическое отверстие ушивалось на толстом зонде 2-мя рядами узловых швов. При локализации большой каллезной язвы по задней стенке двенадцатиперстной кишки производили продольную дуоденотомию, после чего дно язвы ушивалось узловыми нерассасывающими швами и дуоденотомическое отверстие ушивали в поперечном направлении. К зоне ушивания язвы подводили трубчатый дренаж, и на этом операция заканчивалась.

При стенозирующей язве у 38 больных лапароскопически производили дуоденотомию с частичным иссечением язвенного субстрата, после чего выполняли пилородуоденопластику двурядными узловыми швами. При декомпенсированных стенозах у 15 больных пилородуоденопластику выполнить было технически достаточно сложно, поэтому после выполнения ваго-

томии им накладывали задний гастроэнтероанастомоз на короткой петле. Для этого делали отверстие в брыжейке поперечной ободочной кишки, через которую низводили заднюю стенку дилатированного желудка. Между петлей тонкой кишки и задней стенкой желудка накладывали 1 шов, после чего коагулятором делали отверстие в тонкой кишке и стенке желудка, в брюшную полость заводили лапароскопический сшивающий аппарат GIA-45, с помощью которого формировали задний гастроэнтероанастомоз. После извлечения аппарата эндоскопом осматривали линию швов, и при отсутствии кровотечения из линии швов ушивали отверстие в области анастомоза узловыми швами. Длительность лапароскопического этапа вмешательства на язве с выполнением дуоденопластики или гастроэнтероанастомоза составляло от 40 до 110 мин.

Однако не всегда вмешательство на каллезной язве удается выполнить лапароскопическим методом из-за наличия большой каллезной язвы, выраженных рубцовых изменений двенадцатиперстной кишки, из-за чего выполнить лапароскопическим методом пилородуоденопластику в ряде случаев не представляется возможным. Поэтому у 241 больного для вмешательства на язвенном субстрате мы выполняли минилапаротомию по средней или параректальной линии длиной 4-6 см. Минилапаротомия выполнялась после лапароскопического этапа рассечения всех сращений и мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру. Поскольку двенадцатиперстная кишка была достаточно мобильна и начальный отдел её был мобилизован, через минилапаротомное отверстие удавалось иссечь либо экстеризировать язву и выполнить пилородуоденопластику. Длительность этого этапа операции, как правило, составляла 20-50 мин.

После операции производился тщательный мониторинг больных и регистрировались все осложнения. После выписки из стационара больные обследовались в клинике через 1,5-3-6-12 месяцев. Им выполнялась фиброэзофагогастро-дуоденоскопия желудка, рентгенография желудка, внутрижелудочная рН-метрия. У ряда больных оценивалась желудочная секреция аспирационным методом. Отдаленные результаты в сроки от 5 до 10 лет изучены у 325 (91%) пациентов методом анкетирования и тщательного клинико-инструментального обследования в стационаре.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Как правило, больные достаточно легко переносили лапароскопические операции на же-

лудке. Лапароскопический этап выполнения ваготомии ни в одном случае не сопровождался осложнениями. При вмешательстве на кровоточащих язвах из-за интенсивного кровотечения выполнена конверсия у 2 больных и операция выполнена из лапаротомного доступа. В раннем послеоперационном периоде у 4 больных наблюдался рецидив кровотечения из ушитой кровоточащей язвы. Больным проводилась интенсивная консервативная терапия, включающая ингибиторы протонной помпы, антациды, гемостатическую терапию. Кровотечение было остановлено, повторного оперативного вмешательства не потребовалось. У 1 больного после лапароскопического ушивания перфоративной язвы не удалось купировать течение перитонита, в связи с чем через 2 суток после операции выполнена лапаротомия с тщательной санацией брюшной полости и интубацией тонкого кишечника. После этого больной поправился. У 2 больных после лапароскопической пилородуоденопластики наблюдалась микронесостоятельность швов. Больным производилось консервативное лечение: аспирация кишечного содержимого через зонд, активная постоянная аспирация отделяемого из брюшной полости. Консервативное лечение позволило добиться заживления несостоятельности пилородуоденопластики и повторного оперативного вмешательства не потребовалось. Из других послеоперационных осложнений наблюдались: парез желудка и плохая проходимость через гастроэнтероанастомоз – у 1 больного, послеоперационная пневмония – у 3 больных, послеоперационный панкреатит – у 3 больных. Таким образом, послеоперационные осложнения наблюдались всего у 14 больных (3,9%), что было значительно меньше, чем после лапаротомных вмешательств. После аналогичных лапаротомных операций послеоперационные осложнения наблюдались у 10-15% больных. Больные значительно легче переносили лапароскопические операции, чем лапаротомные. Наркотические обезболивающие препараты потребовались лишь 60% больных в первые сутки после операции. На 2-3 сутки после лапароскопического вмешательства больные начинали ходить. Им производилось контрольное рентгенологическое исследование и при отсутствии признаков несостоятельности больные начинали принимать жидкую пищу. Из стационара больные выписывались в основном на 4-5 сутки после операции. Только в случаях возникновения осложнений больные выписывались на 10-14 сутки. В тоже время, после лапаротомных вмешательств наркотические

аналгетики больные продолжали принимать до 3-4 суток, а выписывались из стационара на 10-14 сутки.

После выписки из стационара всем больным назначалась противоязвенная терапия согласно Маастрихтскому консенсусу, включающему эрадикацию хеликобактерной инфекции, ингибиторы протонной помпы, блокаторы H-гистаминовых рецепторов.

При обследовании пациентов через 1,5 – 3 месяца после операции заживление язвы отмечено у 355 больных (99%). У 3 больных во время эндоскопии выявлены язвенные дефекты без признаков эпителизации. 1 больной оперирован по поводу перфоративной язвы, 2 – по поводу кровоточащей язвы. Важно отметить, что клинически больные чувствовали себя удовлетворительно, их не беспокоила изжога, болевой синдром был умеренно выражен. Этим больным была назначена интенсивная консервативная терапия, после чего у 2 больных язвы зажили. 1 больной повторно оперирован – в другой клинике ему выполнена резекция желудка.

При изучении секреторной функции желудка выявлено, что у подавляющего большинства пациентов после лапароскопической ваготомии достигнуто значительное снижение секреции желудка. Так, рН в теле желудка до операции у

больных составляла в среднем $0,96 \pm 0,07$. Через 1,5-3 месяца после лапароскопических операций внутрижелудочная рН составила $2,66 \pm 0,06$ ($p < 0,01$). Базальная продукция соляной кислоты до операции составила в среднем $5,8 \pm 0,04$. Через 3 месяца после операции она составила $2,33 \pm 0,4$ ($p < 0,05$). Максимальная продукция кислоты (МПК) до операции составила $24,8 \pm 1,6$, через 3 месяца после операции она составила – $12,1 \pm 1,5$. Отдаленные результаты лапароскопических операций оказались практически такими же, как и результаты после лапаротомных операций. При оценке эффективности лапароскопических вмешательств по модифицированной шкале Visick отмечены рецидивы язвы в отдаленные сроки у 19 больных (6%). Только у 8 из них потребовалось повторное оперативное вмешательство, остальные пациенты с рецидивными язвами лечились консервативно. В отдаленные сроки у подавляющего большинства больных результаты лапароскопических операций по модифицированной шкале Visick оценивались как отличные и хорошие. Отличные результаты отмечены у 127 больных (39%), хорошие результаты были у 125 больных (38,5%). Удовлетворительные результаты были у 53 (16,3%) пациентов. Неудовлетворительные результаты отмечены у 20 (6,2%) больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Балалыкин Д.А. История развития хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в России (конец XIX - XX вв.) / Д. А. Балалыкин // Хирургия. - 2001. - № 3. - С.64 - 66.
2. Бойко В.В. Некоторые аспекты хирургической доктрины при язвенной болезни желудка / В.В. Бойко // Клініч. хірургія. - 2001. - № 6. С.19 - 24.
3. Видеоэндоскопические операции в хирургии и гинекологии / В.Н.Запорожан, В.В.Грубник, В.Ф.Саенко, М.Е. Ничитайло [и др.]. – К.: Здоров'я, 1999. - 304 с.
4. Використання лапароскопічної ваготомії у лікуванні виразкової хвороби дванадцятипалої кишки / Ю.В.Грубник, С.Г.Четверіков, В.А. Фоменко [та ін.] // Гастроентерологія. - 2000. – Вип. 30. - С.520 - 527.
5. Гадьер Г. Функциональная лапароскопическая хирургия желудка / Г. Гадьер // Хирургия. – 1995. - №5. - С.15.
6. Голиков С.Н. Рациональная фармакотерапия гастроэнтерологических заболеваний / С.Н. Голиков, Е.С. Рысс, Ю.И. Фишзон-Рысс. – СПб.: Гиппократ, 1993. - 287 с.
7. Горбачев В.Н. Лечение кровотечений из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки: автореф. дис. на сщисание учен. степени д-ра мед. наук / В.Н. Горбачев. – СПб., 1995. - 36 с.
8. Грубник В.В. Проблемы лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки / В.В. Грубник, Ю.В. Грубник, С.Г. Четверіков // Одес. мед. журнал. - 1998. - №1. - С.25 - 27.
9. Грубник В.В. Опыт применения различных модификаций лапароскопических ваготомий в лечении дуоденальных язв / В.В. Грубник, Ю.В. Грубник, С.Г. Четвериков // Укр. журнал малоінвазивної та ендоскоп. хірургії. - 1998. - № 3. – С.37 - 41.
10. Грубник В.В. Технические особенности выполнения лапароскопических ваготомий при лечении дуоденальных язв / В.В. Грубник, Ю.В. Грубник, С.Г. Четвериков // Материалы Всерос. науч. конф. "Современные проблемы эндохирургии и перспективы ее развития". Москва, 6 -7 октября 1998 г. - М., 1998. - С.28.
11. Грубник Ю.В.. Сравнительная характеристика различных видов лапароскопической ваготомии, применяемой при лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / Ю.В. Грубник, С.Г. Четвериков // Клініч. хірургія. – 1998. - С.282 - 283. – [III Конгрес хірургів України: Зб. наук. робіт].
12. Грубник Ю.В. Отдаленные результаты лапароскопических ваготомий / Ю.В. Грубник, С.Г. Четвериков, В.А. Фоменко // Тез. докл. науч.-практ. конф. «Актуальные вопросы неотложной эндовидеохирургии». - СПб., 2000. - С.90 - 93.

13. Грубник Ю.В. Экономический эффект лапароскопической ваготомии в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / Ю.В.Грубник, С.Г.Четвериков, В.А. Фоменко // Тез. докл. УкраинскоАмериканского конгресса по эндоскопической хирургии. – Одесса, 1997. - С.92 - 93.
14. Гурин Н.Н. Проблемы современной хирургии язвенной болезни желудка / Н.Н.Гурин, К.В. Логунов // Вестник хирургии им И.И. Трекова. - 1997. – Т.156, № 3. – С.101-105.
15. Дегтярева И.И. Язвенная болезнь (Современные аспекты диагностики и лечения) / И.И. Дегтярева, Н.В. Харченко. – К.: Здоров'я, 1995. - 333 с.
16. Диагностика и лечение острого кровотечения в просвет пищеварительного канала / В.Ф. Саенко, П.Г. Кондратенко, Ю.С. Семенюк [и др.]. – Ровно, 1997. - 384 с.
17. Диагностика, лечение и профилактика язвенных желудочно-кишечных кровотечений / В.В.Грубник, П.Н.Чуев, А.И. Ткаченко [и др.] // метод. рекомендації. – Одесса, 1999. - 14 с.
18. Хирургическая тактика в лечении больных кровоточащими пилороязвами двенадцатиперстной кишки с учетом прогнозной оценки заболевания и послеоперационных осложнений / В.Т. Зайцев, Б.И. Певев, В.В. Бойко, И.А. Тарабан - Х.: ХНИИОНХ, ХМИ, 1992. - 96 с.
19. Bertrand M. Surgical Treatment of Complicated Duodenal Ulcers: Controlled Trials / M. Bertrand, A. Fingerhut, B. Frédéric // World J. Surgery. – 2000. – Vol. 24, N3.
20. Bergamaschi R. Open vs. laparoscopic repair of perforated peptic ulcer / R. Bergamaschi // Surg. Laparosc. Endosc. - 1998. – Vol.8, N 6. - P.479 - 480.
21. Branicki F.J. Minimal access gastroduodenal surgery / F.J.Branicki, L.K. Nathanson // N. Z. J. Surg.- 1994. - Vol.64, N 9. - P.589 - 598.
22. Casas AT. Laparoscopic management of peptic ulcer disease/ A.T. Casas, T.R.Gadacz // Surg. Clin. North. Am. - 1996. - Vo1.76, N 3. – P. 515 - 522.
23. Comparative study of different methods of laparoscopic vagotomy in treatment of duodenal ulcers I / V.V.Grubnik, Y.V.Grubnik, S.G. Chetverikov [et al.] // 6th World Congress of Endoscopic Surgery, Rome, Italy, 3-6 June. – 1998. - P.575 - 578.
24. Costalat G. Combined laparoscopic and endoscopic treatment of perforated gastroduodenal ulcer using the ligamentum teres hepatic / G.Costalal, Y. Alquier // Surg. Endosc. - 1995- Vo1.9, N 6. - P.677-679.
25. Cuschieri A. Laparoscopic vagotomy gimmic or reality? / A. Cuschieri // Surg. Clin. North. Am. 1992. - Vol. 72. - P.357 - 367.
26. Cushieri A. Laparoscopic management of complicated ulcer disease / A. Cushieri // Semin. Laparosc. Surg. - 1994. – Vo1.3, N1 - P.190 - 196.
27. Griffith C. A 50-year perspective upon selective gastric vagotomy / C. Griffith, H.M. Richter // Am. J. Surg. - 1996. – Vol. 172, N 1. – P.9 - 12.
28. Donovan A.J. Perforated duodenal ulcer: an alternative therapeutic plan // A.J. Donovan, T.V. Berne, J.A. Donovan. - Arch. Surg. - 1998. – Vol.133, N 11. – P.1166 - 1171.
29. Lunevicius R. Management Strategies, Early Results, Benefits, and Risk Factors of Laparoscopic Repair of Perforated Peptic Ulcer / R. Lunevicius, M. Morkevicius // World J. Surg. – 2005. – N 29. – P. 1299– 1310.



УДК 616.34-005.1-089

**С.Л. Рачкевич,
О.І. Кушнірук,
М.Р. Бубняк,
В.М. Сало,
О.Т. Гірняк,
В.Д. Гайошко**

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА КРОВОТЕЧІ З ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО- КИШКОВОГО ТРАКТУ НЕВИРАЗКОВОГО ГЕНЕЗУ

*Львівський Національний медичний університет імені Данила Галицького
кафедра хірургії ФПДО
(зав. – проф. Б.О. Матвійчук)
Львівська комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги*

Найчастішою причиною виникнення синдрому портальної гіпертензії є цироз печінки (близько 94% випадків). Проте є й інші причини. При цьому значно зростає опір венозному кро-

воплину печінки через стиснення дрібних гілок портальної та печінкових вен. Підвищений тиск у системі ворітної вени призводить до розвитку колатеральних шляхів кровоплину з компен-

саторним розширенням судин органів портального басейну. Із прогресуванням циротичних змін система колатерального кровоплину перебуває під постійним навантаженням. Це часто призводить до виникнення таких ускладнень, як варикозне розширення вен стравоходу і кардії, спленомегаалії, асцити, кровотечі.

Варикозному розширенню вен стравоходу і кардії притаманний високий ризик несумісних з життям ускладнень, зокрема через розвиток шлунково-стравохідних кровотеч.

Спленомегаалія, яка розвивається внаслідок збільшеного об'ємного кровоплину по селезінковій артерії, у свою чергу, ускладнюється синдромом гіперспленізму у міру прогресування захворювання. Це призводить до хронічної анемії, тромбоцитопенії та гіпокоагуляції внаслідок підвищеного лізису формених елементів крові в селезінці. Таким чином, гіперспленізм різко знижує прогноз виживання при розвитку кровотечі із варикозно розширених вен стравоходу і кардії. Цим пацієнтам неможливо застосувати жодних хірургічних методів лікування, скерованих на корекцію ускладнень портальної гіпертензії.

Викладене змусило нас до пошуку нових підходів у вирішенні питань лікування пацієнтів із портальною гіпертензією та гіперспленізмом, зокрема впровадження у клінічну практику комбінації ендоскопічного лігування вен стравоходу, склеротерапії вен кардії у поєднанні з подальшою ендovasкулярною емболізацією селезінкової артерії, а в окремих випадках і емболізацією а. gastrica sinistra. Цей комплекс заходів спрямований на зниження об'ємного кровоплину в портальній системі і корегує ускладнення, які вже виникли. У нашій клініці ендоскопічні та ендovasкулярні методи лікування пацієнтів із ускладненням портальної гіпертензії широко засто-

совуються із 2000 та 2009 років відповідно, як доповнення до консервативного лікування.

Ендоскопічне лігування варикозно розширених вен стравоходу з метою їх повної ерадикації та склеротерапію гістоакриловими клеями варикозно розширених вен кардії виконуємо всім пацієнтам перед емболізацією селезінкової артерії для зменшення ризику післяопераційних кровотеч через різку зміну гемодинаміки у післяопераційному періоді.

Безпосередню емболізацію селезінкової артерії виконуємо за методикою Сельдінгера методом "хронічної емболізації". Ця методика полягає у послідовному введенні через ангіографічний катетер у селезінкову артерію (рис. 1а, 2а) кількох десятків емболів із пінополіуретану розміром 2500-3000 мкм (Гелатамп) з наступним встановленням однієї або кількох спіралей типу Гіантурко залежно від клінічної ситуації (Рис. 1б, 2б, 2в).

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

З грудня 2009р. до березня 2012р. емболізацію селезінкової артерії проведено 16 хворим із синдромом портальної гіпертензії. У всіх хворих був цироз печінки різної етіології, ускладнений портальною гіпертензією, гіперспленізмом, варикозним розширенням вен стравоходу і кардії. Вік хворих коливався від 22 до 71 р. Розміри селезінки коливалися від 151x100мм до 226x115 мм. Кількість тромбоцитів була в межах від 51 Г/л до 213 Г/л. 9 хворих мали С ступінь цирозу, 6 пацієнтів – В ступінь за класифікацією Child-Pugh, переважно вірусного генезу. Семеро з цих хворих мали асцит, а ще двоє пацієнток – гідроторакс, які були резистентні до максимальних терапевтичних доз діуретиків. Їм доводилося часто проводити лікувальні пункції з евакуацією асцитичної рідини.



Рис. 1а. Хвора Р., 63 р.
Ангіографія: а.lienalis до емболізації

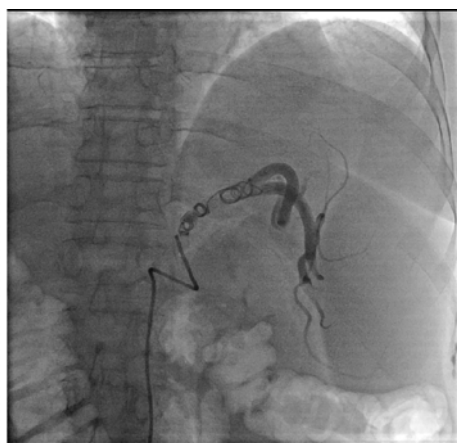


Рис. 1б. Хвора Р., 63 р. Ангіографія: а.lienalis під час встановлення спіралей Гіантурко



Рис. 2а. Хворий Ж., 57 р.
Ангіографія: a.lienalis до
емболізації



Рис. 2б. Хворий Ж., 57 р.
Ангіографія: a.lienalis під час
встановлення спіралей Гіантурко

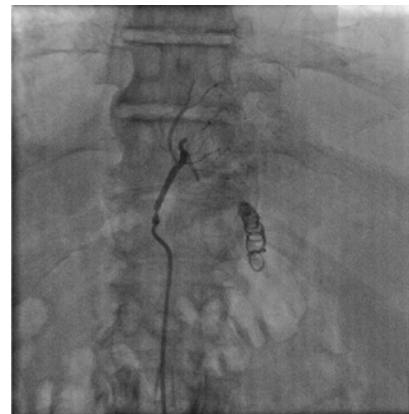


Рис. 2в. Хворий Ж., 57 р.
Ангіографія: сповільнення
кровоплину по a.lienalis та її
гілках після введення
поролонових емболів та
встановлення спіралей Гіантурко

Всі хворі, крім однієї, були госпіталізовані в плановому порядку після кількості етапної (здебільшого 2-3 ендоскопічні маніпуляції) повної ерадикації варикозно розширених вузлів стравоходу шляхом ендоскопічного лігування. Лігування проводили аспіраційним методом з допомогою наборів BML-6 Mubltiband Ligator фірми COOK, Ірландія. У випадку значно розширених вен кардіального відділу шлунка, особливо із «червоними знаками», які потенційно могли бути або були джерелом кровотечі, лігування доповнювали ендоскопічною інтраваскулярною склеротерапією двокомпонентними клеями або на основі гістоакрилу (Aescular, Німеччина), розведеного з Ліпідолом.

Емболізацію селезінкової артерії проводили у відділенні інтервенційної радіології комунальної міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги м. Львова, на ангіографі Siemens Axion Artis dMP. Артеріальний доступ здійснювали через пункцію правої загальної стегнової артерії. Селективну катетеризацію черевного стовбура і його гілок виконували катетерами типу «С-2», «JL-4», «JR-4». Втручання проводили за методикою «хронічної емболізації». Спочатку в селезінкову артерію вводили пінополіуретанові емболи «Гелатамп» розміром 2500-3000мкм (15-32 шт.), до сповільнення кровоплину по артерії, далі на межі проксимальної і медіальної частини артерії ставили 1-5 фрагментів конусоподібної спіралі типу «Гіантурко» з діаметром витків 3-10 мм до різкого сповільнення кровоплину. У 5 хворих, в яких було виявлено ліву шлункову артерію діаметром більше ніж 2мм, емболізацію селезінкової артерії доповнювали частковою

емболізацією останньої введенням 3-6 емболів «Гелатамп» розміром 2500-3000мкм, для профілактики шлункових кровотеч у ранньому післяопераційному періоді внаслідок різкого перерозподілу крові в басейні черевного стовбура. Після втручання катетери забирали з судинного русла, на місце пункції після мануальної компресії протягом 15 хв. накладали тиснучу пов'язку на 12 год. Хворим призначали строгий постільний режим на 24 год. із обов'язковою антибіотико-профілактикою впродовж 10-14 діб після ендovasкулярного втручання (переважно цефалоспорины 2-3 покоління дом'язово).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Всі пацієнти добре перенесли втручання. У 2-х хворих виявлено незначні підшкірні гематоми в ділянці пункції. Починаючи з 2-4 доби у всіх пацієнтів виникав постемболізаційний синдром у вигляді болю різної інтенсивності в ділянці селезінки і гіпертермії 37,5-39°C, який тривав від 5 до 10 днів. Всі хворі протягом 10 днів після операції отримували антибактеріальну й протизапальну терапію. При контрольних УСГ протягом періоду госпіталізації у всіх пацієнтів в селезінці виявлялися ділянки сегментарних некрозів, розміри селезінки поступово зменшувалися і становили протягом року від 93x63 до 213x117 (зменшення в середньому на 25-30%). Кількість тромбоцитів у крові зростала від 5-го дня і становила через місяць після втручання від 216 до 360 г/л (збільшення в середньому на 60-75%).

В одній хворій на 20 день після емболізації (вже після виписки зі стаціонару) виникла шлунково-кишкова кровотеча, імовірно з вен

кардіального відділу шлунка, які не були заблоковані через відсутність на той момент технічної можливості склерозування. Хвора померла. Решта 15 хворих за період спостереження живі, рецидивів кровотеч не було, що вважаємо значним досягненням у цієї тяжкої категорії пацієнтів; у всіх пацієнтів відзначається суб'єктивне покращення самопочуття, в периферичній крові спостерігається картина інтермітуючої поліцитемії. Також відмічено сповільнення динаміки цирозу із зменшенням синдрому гіперспленізму (ультрасонографічні стигмати) та зменшення випадків печінкової недостатності. Рецидиви шлунково-кишкових кровотеч є рідкістю навіть у декомпенсованих пацієнтів. У цілому в дисциплінованих пацієнтів збільшується тривалість життя та покращується його якість.

ПІДСУМОК

Лікування хворих на кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту невиразкового генезу, під доплероскопічним контролем портальної гіпертензії, з використанням всіх сучасних можливостей ендоскопічної корекції варикозно-розширених вен стравоходу і кардіального відділу шлунка в поєднанні з ендovasкулярною емболізацією селезінкової артерії і оптимальною медикаментозною терапією дає можливість суттєво покращити прогноз та якість і тривалість життя хворих на ускладнений цироз печінки. Такий підхід повинен впроваджуватися в рутинну клінічну практику, особливо в спеціалізованих центрах.



УДК 616.345-006-005.1-089

**Ю.В. Грубник,
А.Д. Нетков,
А.И. Кравченко,
В.В. Крыжановский,
В.А. Фоменко,
В.Ю. Грубник**

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С КИШЕЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ, ОБУСЛОВЛЕННЫМИ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

*Одесский национальный медицинский университет
кафедра хирургии № 3*

Городской центр желудочно-кишечных кровотечений и политравмы на базе ГКБ №11

Лечение больных с кровоточащим раком толстой кишки является сложной задачей urgentной хирургии. Целью исследования было снижение летальности за счет применения современных эндоскопических методов диагностики и малоинвазивных операций.

За последние 3 года нами прооперированы 75 больных, поступивших в хирургическое отделение с клиникой кишечного кровотечения, обусловленного раком тонкой и толстой кишок. Мужчин было 35, женщин – 40. Возраст больных варьировал от 40 до 85 лет (средний возраст 62,5 года). Кровопотеря легкой степени с дефицитом ОЦК до 700 мл была в 24 случаях, средней степени с дефицитом до 1500 мл – в 31 случае и тяжелой – с дефицитом свыше 1500 мл наблюдалась в 20 случаях. Для диагностики источника кровотечения использовалась колоноскопия, urgentная ирригоскопия, компьютерная томография, УЗИ, капсульная эндоскопия. В результате проведенных исследований установлено, что кровотечение было обусловлено колоректальным раком в 71 случаях, раком тонкой киш-

ки в 4 случаях. После стабилизации состояния больных и остановки кровотечения все они были оперированы. Из 75 оперированных больных по поводу кровоточащего рака толстой и тонкой кишок части больных выполнена правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза, в 46 случаях - левосторонняя гемиколэктомия с удалением опухоли и выведением колостомы. В 11 случаях произведена лапароскопическая операция Гартмана с выведением колостомы с использованием методики «Hand Assisted». В 4 случаях произведена резекция тонкой кишки с опухолью с наложением энтероэнтероанастомоза. Умерло 3 больных. Это были больные с тяжелой сопутствующей патологией и возрастом старше 70 лет.

Применение эндоскопических методов диагностики и остановки кровотечения, а также лапароскопических операций у больных с кровоточащим раком тонкой и толстой кишок позволило снизить летальность у данной категории больных до 4%.

