

Міністерство охорони здоров'я України
Асоціація хірургів України
Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова НАМН України

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 10 (835) жовтень 2012
Щомісячний науково-практичний журнал
Заснований у червні 1921 р.



Нагороджений
«КРИШТАЛЕВИМ РОГОМ ДОСТАТКУ»
та медаллю «ТРУДОВА СЛАВА»
Міжнародного Академічного Рейтингу
популярності та якості
«Золота Фортуна»

Редактор
Г. В. Остроумова
Коректор
О. П. Заржицька

Затверджений постановою президії ВАК України
№ 1-05/1 від 10.02.10.

Свідоцтво про державну реєстрацію:
серія КВ № 1033.

Адреса редакції:
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30,
редакція журналу «Клінічна хірургія».
Тел./факс (- 044) 408.18.11, <http://hirurgiya.com.ua>
e-mail: info@hirurgiya.com.ua
ics@fm.com.ua

Передплатний індекс 74253

Підписано до друку 25.10.12. Формат 60 × 84/8.
Друк офсетний. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 8.
Обл. вид. арк.7,86. Тираж 1 500.
Замов. 312.

Видавець
ТОВ «Ліга-Інформ»
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30.
Тел./факс (- 044) 408.18.11.
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
суб'єктів видавничої справи
ДК № 1678 від 04.02.04.

Надруковано з готових фотоформ
в друкарні ТОВ «Лазурит-Поліграф»
04048, м. Київ, вул. Костянтинівська, 73,
тел./факс (- 044) 417.21.70.

Розмноження в будь-якій формі матеріалів, опублікованих в
журналі, можливе тільки з письмового дозволу редакції.

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе
рекламодавець.

ISSN 0023-2130



9 770023 213008 >

© Клінічна хірургія, 2012
© Ліга – Інформ, 2012

ISSN 0023 - 2130



КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 10 (835) жовтень 2012

Головний редактор
М. Ю. Ничитайло

Заступник
головного редактора
С. А. Андрещев

РЕДАКЦІЙНА
КОЛЕГІЯ

РЕДАКЦІЙНА
РАДА

М. Ф. Дрюк
М. П. Захараш
В. І. Зубков
Г. В. Книшов
Г. П. Козинець
В. М. Копчак
О. Г. Котенко
Д. Ю. Кривченя
В. В. Лазорининець
О. С. Ларін
П. М. Перехрестенко
С. Є. Подпратов
Ю. В. Поляченко
А. П. Радзіховський
Б. В. Радіонов
А. В. Скумс
І. М. Тодуров
О. Ю. Усенко
Я. П. Фелештинський
В. І. Цимбалюк
В. В. Чорний
С. О. Шалімов
П. О. Шкарбан

Я. С. Березницький
В. В. Бойко
М. М. Велігоцький
В. В. Ганжий
Б. С. Запорожченко
І. В. Іоффе
Л. Я. Ковальчук
П. Г. Кондратенко
І. А. Криворучко
В. І. Лупальцов
О. С. Никоненко
М. П. Павловський
В. В. Петрушенко
В. І. Русин
Ю. С. Семенюк
В. М. Старосек
А. І. Суходоля
С. Д. Шаповал



ПРОБЛЕМИ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

- 5-7 **Лупальцов В. И., Ягнюк А. И., Ворощук Р. С., Дехтярук И. А.**
Миниинвазивные методы лечения гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений у больных при разлитом перитоните
- 8-13 **Русин В. И., Філіп С. С.**
Дренувальні оперативні втручання з приводу невідмежованого інфікованого ретроперитонеонеокрозу
- ✓14-18 **Кондратенко П. Г., Ширшов И. В.**
Антибактериальная терапия при остром небилиарном инфицированном некротическом панкреатите
- 19-22 **Ганжий В. В., Колесник И. П., Матюшкина И. С.**
Диагностика некротической формы острого панкреатита в первые 3 суток после госпитализации пациентов
- ✓23-25 **Тамм Т. И., Непомнящий В. В., Бардюк А. Я., Захарчук А. П., Крамаренко К. А.**
Влияние тяжести осложнений и степени зрелости ложных кист поджелудочной железы на объем оперативного вмешательства
- 26-28 **Костирной О. В.**
Зміни лікувальної програми гострого панкреатиту
- ✓29-31 **Безручко М. В., Малик С. В., Кравченко С. П., Осіпов О. С., Дрбовський В. С.**
Можливості застосування пункційного дренивання під контролем ультразвукового дослідження в хірургічному лікуванні псевдокіст підшлункової залози
- 32-33 **Захараш М. П., Кучер Н. Д., Пойда А. И., Захараш Ю. М., Криворук М. И.**
Пути улучшения результатов хирургического лечения больных язвенным колитом
- 34-36 **Грубник В. В., Малиновский А. В.**
Анализ отдаленных результатов лапароскопической пластики грыж пищеводного отверстия диафрагмы и фундопликации по Ниссену
- 37-40 **Шапринський В. О., Кривецький В. Ф., Шапринський Є. В.**
Підходи до лікування стенозуючих захворювань стравоходу
- 41-44 **Білянський Л. С., Тодуров І. М., Мялковський Д. С., Крестянов М. Ю.**
Нейропатія пахвинних нервів в структурі синдрому хронічного болю у пахвинній ділянці
- 45-48 **Иващенко А. В.**
Некоторые вопросы эпидемиологии желчнокаменной болезни у пациентов молодого возраста в свете 20-летнего опыта лапароскопической хирургии
- 49-52 **Мамчич В. І., Погорелов О. В., Воскобойнік О. Ю.**
Сучасні аспекти хірургічного лікування вузлових форм зоба
- 53-56 **Кебкало А. Б.**
Використання оперативних втручань та клітинних технологій в комплексному лікуванні хворих з некротичним панкреатитом
- 57-59 **Капшитарь А. В.**
Особенности диагностических лапароскопических вмешательств у пострадавших с закрытым травматическим повреждением тонкой кишки
- 60-61 **Борога А. В., Полунин Г. Е., Булавицкий Ю. В., Мирошниченко Е. Ю.**
Тактика восстановительной хирургии при заболеваниях, требующих тотальной колопроктэктомии
- 62-64 **Комарчук В. В.**
Оценка качества жизни пациентов при осложненных формах язвенной болезни в сочетании с рефлюксной болезнью





CONTENTS

GENERAL PROBLEMS OF SURGERY

- 5-7 **Lupaltsov V. I., Yagnyuk A. I., Voroshchuk R. S., Dekhtyaruk I. A.**
Miniinvasive methods of purulent-inflammation complications treatment in patients with a diffuse peritonitis
- 8-13 **Rusin V. I., Philip S. S.**
Drained by operative intervention concerning for non-delimited infected retroperitoneonecrosis
- 14-18 **Kondratenko P. G., Shyrshov I. V.**
Antibacterial therapy in acute nonbiliary infected necrotizing pancreatitis
- 19-22 **Ganzhiy V. V., Kolesnik I. P., Matushkina I. S.**
Diagnosis necrotizing form of acute pancreatitis in the first 3 days after hospitalization
- 23-25 **Tamm T. I., Nepomnyaschiy V. V., Bardyuck A. Ya., Zakharchuk A. P., Kramarenko K. A.**
Influence severity of complications and maturity pseudocyst pancreas on surgical intervention volume
- 26-28 **Kostyrnoy A. V.**
Change of acute pancreatitis treatment programme
- 29-31 **Bezruchko M. V., Malyk S. V., Kravchenko S. P., Osipov A. S., Drabovskiy V. S.**
Possibilities of punctures drainage application using ultrasonic control in surgical treatment of pancreatic pseudocysts
- 32-33 **Zakharash M. P., Kucher N. D., Poyda A. I., Zakharash Yu. M., Krivoruk M. I.**
Ways fir improvement of surgical treatment of patiens with ulcerative colitis
- 34-36 **Grubnik V. V., Malynovskiy A. V.**
Analysis of long-term results of laparoscopic repair of hiatal hernias and Nissen fundoplication
- 37-40 **Shaprynskiy V. O., Kryvetskiy V. E., Shaprynskiy E. V.**
Approaches to the treatment of stenotic esophageal diseases
- 41-44 **Belianskiy L. S., Todurov I. M., Myalkovskiy D. S., Krestyanov M. Yu.**
Neuropathy of inguinal nerves in the structure of chronic groin pain syndrome
- 45-48 **Ivashchenko A. V.**
Some epidemiological problems of the gallstone disease in young patients after 20 years of experience in laparoscopic surgery
- 49-52 **Mamchych V. I., Pogorelov A. V., Voskoboynik O. U.**
Modern aspects of nodular goiter syrgical treatment
- 53-56 **Kebkalo A. B.**
Use surgery and cellular technologies in the complex treatment of patients with pancreatic necrosis
- 57-59 **Kapshytar A. V.**
Diagnostic features laparoscopic procedures in victims of traumatic injuries closed small intestine
- 60-61 **Borota A. V., Polunin G. E., Bulavitskiy Yu. V., Miroshnichenko E. Yu.**
Reconstructive surgery ractics after total coloproctectomy
- 62-64 **Komarchuk V. V.**
Evaluation of quality of patients with complicated forms ulcer in combination with reflux disease



ПРОБЛЕМЫ ЗАГАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ



УДК 616.381—002—031.81—002.3—089.81—089.168

МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО—ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПРИ РАЗЛИТОМ ПЕРИТОНИТЕ

В. И. Лупальцов, А. И. Ягнюк, Р. С. Ворощук, И. А. Дехтярук

Харьковский национальный медицинский университет

MINIINVASIVE METHODS OF PURULENT—INFLAMMATION COMPLICATIONS TREATMENT IN PATIENTS WITH A DIFFUSE PERITONITIS

V. I. Lupaltsov, A. I. Yagnyuk, R. S. Voroschuk, I. A. Dekhtyaruk

РЕФЕРАТ

Проанализированы результаты хирургического лечения распространенного перитонита (РП) у 62 больных пожилого и старческого возраста. Приведена ультразвуковая семиотика интраабдоминальных послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений. Приведен сравнительный анализ эффективности различных способов лапароскопии, в том числе с использованием лапароскопического доступа. Применение после операции ультразвукового мониторинга брюшной полости и лапароскопических технологий при ее санации позволило улучшить результаты лечения.

Ключевые слова: распространенный перитонит, гнойно-воспалительные осложнения; ультразвуковая диагностика, лапароскопическая санация; пациенты пожилого и старческого возраста.

Перитонит — наиболее частое осложнение хирургических заболеваний органов брюшной полости: 15—27% срочных операций в абдоминальной хирургии производят на фоне перитонита, из интраабдоминальных осложнений после экстренной лапаротомии перитонит составляет 38—86% [1,2]. Летальность составляет 25—30%, а при полиогранной дисфункции — достигает 80—90% [3]. Особенно значительны частота осложнений и летальность у пациентов пожилого и старческого возраста, оперативные вмешательства у которых выполняют на фоне тяжелых сопутствующих заболеваний [4]. Определение тактики повторных вмешательств при гнойно-септических осложнениях у таких больных является актуальной задачей. Одним из перспективных путей ее решения является внедрение лапароскопической санации (ЛС).

Цель исследования: проанализировать результаты применения миниинвазивных методов санации брюшной полости в комплексе лечения гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений у больных пожилого и старческого возраста при РП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследован 61 больной с РП в возрасте от 60 до 79 лет, мужчин — 25 (40,1%), женщин — 36 (59,9%). В исследование включены больные в возрасте старше 60 лет, с вторичным РП с серозно-фибринозным, фибринозно-гнойным или гнойный экссудатом, причиной которого была деструкция полого органа (прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки — у 11, острый аппендицит — у 12, острый холецистит — у 13, перфорация тонкой — у 5 или ободочной кишки — у 9), острая механическая непроходимость

кишечника — у 11. Больные распределены на две группы: основную (27) и группу сравнения (35). Сопутствующие заболевания: сахарный диабет (у 5), ишемическая болезнь сердца (у 31), гипертоническая болезнь (у 43), сердечно-легочная недостаточность различной степени выраженности (у 12), хронические заболевания легких (у 17), ожирение (у 7), которые часто сочетались.

По характеру основного и сопутствующих заболеваний, тяжести течения и распространенности перитонита, а также по полу и возрасту группы сопоставимы. В обеих группах осуществляли мониторинг внутрибрюшного давления (ВБД), УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства в целях выявления на ранних стадиях признаков формирования гнойно-септических осложнений. В основной группе в комплексе лечения РП применяли ЛС брюшной полости.

Диагноз РП устанавливали на основании данных клинико-лабораторного и инструментального обследования. О тяжести течения перитонита судили по динамике показателей эндогенной токсемии: лейкоцитарному индексу интоксикации (ЛИИ) и уровню пептидов средней молекулярной массы (ПСММ). Сепсис диагностировали при сочетании РП и синдрома системной воспалительной реакции, тяжелый сепсис — при полиорганной недостаточности, септический шок — при наличии артериальной гипотензии, корригируемой инотропной поддержкой на фоне адекватной инфузионной терапии.

Больные оперированы в течение 2–3 ч после госпитализации, предоперационной подготовки, направленной на коррекцию волевических нарушений, белкового и электролитного дисбаланса, устранение нарушений функционального состояния основных органов и систем жизнеобеспечения.

Мониторинг ВБД проводили при поступлении и через каждые 6 ч после операции, прекращали, когда ВБД было ниже 100 мм вод. ст. в трех измерениях. После исследования катетер оставляли в мочевом пузыре для отведения мочи и контроля ВБД. Уровень интраабдоминальной гипертензии (ИАГ) определяли по классификации J. Burch и соавторов (1996): ИАГ I степени — ВБД от 0,98 до 1,47 кПа (100–150 мм вод. ст.); II степени — от 1,47 до 2,45 кПа (150–250 мм вод. ст.); III степени — более 2,45 кПа (250 мм вод. ст.). Наличие признаков полиорганной дисфункции на фоне ИАГ выше 2,45 кПа (250 мм вод. ст.) расценивали как абдоминальный компартментсиндром (АКС).

УЗИ включало обследование брюшной полости и забрюшинного пространства, оценку плевральных синусов на аппарате Ultima Pro 30 (Радмир, Украина) с применением конвексного датчика с частотой 3,5–5 МГц. Его выполняли в динамике при поступлении, в 1,3,5,7-е сутки после операции, что позволило прогнозировать перитонит после операции или выявить УЗ-признаки осложнений.

Достоверность различий полученных результатов определяли с помощью *t* – критерия Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

ЛИИ у больных обеих групп был повышенным и составлял в основной группе — $8,82 \pm 0,84$, в группе сравнения — $8,12 \pm 0,64$, что значительно превышало норму. Проведение оперативного вмешательства способствовало незначимому ($P > 0,05$) его увеличению по сравнению с исходным, а при благоприятном течении послеоперационного периода на 7–10-е сутки он достоверно не отличался от нормы.

Перед операцией уровень ПСММ в основной группе и группе сравнения составлял соответственно $(0,496 \pm 0,021)$ и $(0,512 \pm 0,012)$ ед. опт. плотн. ($P > 0,05$). С первых суток при благоприятном течении послеоперационного периода имела тенденция к снижению показателя, на 7-е и 10-е сутки он достоверно снижался до $(0,393 \pm 0,024)$ и $(0,341 \pm 0,031)$ ед. опт. плотн. ($P < 0,05$).

По данным УЗИ при поступлении расширение просвета кишки и утолщение ее стенки отмечено у всех больных. Чем тяжелее течение патологического процесса в брюшной полости при РП, тем больше диаметр тонкой кишки на фоне имеющегося пареза. Диаметр кишки от $(28,2 \pm 3,4)$ до $(56,7 \pm 4,9)$ мм, стенка ее имела слоистую, неоднородную структуру, толщина от $(3,9 \pm 0,3)$ до $(6,2 \pm 0,3)$ мм. При неосложненном течении послеоперационного периода в первые сутки сохранялись признаки перитонита и пареза кишки — жидкость в просвете тонкой кишки, утолщение ее стенки, ослабление или отсутствие перистальтики, наличие свободной жидкости, на 5–7-е сутки после устранения очага перитонита и санации брюшной полости, они исчезали.

ВБД у больных обеих групп при поступлении было сходным, в пределах, соответствующих ИАГ II–III степени и зависело от степени вздутия живота, количества выпота в брюшной полости, ригидности передней брюшной стенки. При неосложненном течении послеоперационного периода ВБД быстро и существенно снижалось, достигая нормы, что клинически проявлялось регрессом пареза кишечника.

При возникновении осложнений отмечали ухудшение общего состояния больных, стабильно высокую температуру тела, ослабление перистальтики кишечника, вздутие живота, увеличение количества отделяемого по дренажам, уменьшение диуреза, выраженную тахикардию и тахипноэ, повышение ВБД. Параллельно увеличивались показатели эндогенной токсемии.

При прогрессировании перитонита по данным УЗИ с первых суток определяли свободную жидкость в брюшной полости в виде анэхогенных прослоек в двух анатомических областях и более — в латеральных каналах, кармане Моррисона, селезеночно-по-

чечном кармане, полости малого таза, подпеченочном углублении. Количества свободной жидкости ко вторым—третьим суткам увеличивалось, ее определяли во всех отделах брюшной полости, больше —вне зоны дренажей. В просвете тонкой кишки отмечали жидкость без гиперэхогенных включений. Диаметр просвета тонкой кишки увеличивался более 35 мм, стенка утолщена, сохраняла гипоехогенную структуру.

Воспалительный инфильтрат в брюшной полости лоцировался в виде гомогенных очагов различных размеров, без жидкостного компонента, и был, как правило, повышенной эхогенности с вовлечением измененных (утолщенных и расширенных) петель тонкой кишки. Абсцессы брюшной полости характеризовались формированием неппульсирующих и перистальтирующих полостных жидкостных образований различных размеров и конфигурации, с четкими контурами и анэхогенным или гетерогенным содержанием.

При возникновении гнойных интраабдоминальных осложнений и прогрессировании перитонита всегда отмечали стойкое повышение ВБД. Это может быть критерием при прогнозировании осложнений и их своевременной диагностике.

В группе сравнения у 11 (31,1%) больных диагностированы интраабдоминальные осложнения, что потребовало выполнения релапаротомии (РЛ). У 7 (20%) из них диагностирован тяжелый абдоминальный сепсис, у 6 — выполнена однократная РЛ (межпечельные абсцессы — у 4, поддиафрагмальные — у 2). У 4 пациентов выполнены 2 РЛ, у 1 — программированные РЛ ввиду прогрессирования перитонита. У этого больного применены декомпрессионные методы закрытия брюшной полости. Показанием к прекращению санационных мероприятий были и УЗИ—признаки благоприятного течения: уменьшение количества свободной жидкости в брюшной полости, появление гетерогенного содержимого в просвете кишки, уменьшение толщины стенки с повышением ее эхогенности, восстановление и усиление перистальтики.

В основной группе у 10 (37,1%) больных после выявления интраабдоминальных осложнений выполняли лапароскопические вмешательства. ЛС проводили проточно—аспирационным способом с использованием изотонического раствора натрия хлорида и раствора декасана. Для облегчения ревизии и обеспечения максимальной санации вмешательство проводили при меняющемся положении операционного стола. ЛС при абсцессах выполнена у 5 больных: у 1 — при подпеченочной, у 3 — поддиафрагмальной локализации. После эвакуации содержимого и санации гнойной полости растворами антисептиков абсцессы дренировали через отдельный разрез по стандартным принципам. ЛС при прогрессировании перито-

нита как окончательный метод вмешательства применили у 4 больных: после разъединения сращений эвакуировали экссудат, растворами антисептиков промывали брюшную полость, тщательно осматривали зону первичного очага. Операцию завершали дренированием брюшной полости. У 2 больных с межпечельными абсцессами из—за невозможности провести адекватную эндохирургическую санацию при выраженном спаечном процессе, наличии массивных наложений фибрина на париетальной и висцеральной брюшине и значительном расширении тонкой кишки, что требовало ее интубации, осуществлена конверсия в РЛ.

После ЛС не потребовалось применение декомпрессионных методов, так как повышение ВБД, отмеченное перед ЛС, в дальнейшем не превышало 125—140 см вод. ст. О более благоприятном течении послеоперационного периода у больных основной группы также свидетельствовало более быстрое снижение ВБД. Положительная динамика ВБД после ЛС уже в первые сутки — ($135 \pm 5,98$) см вод. ст. достоверно ($P < 0,05$) отличалась от показателей после РЛ. Дальнейшее снижение ВБД составляло к 7—10—м суткам ($61 \pm 2,82$) см вод. ст.

Умерли в основной группе 3 больных. в группе сравнения — 6. Причиной смерти был тяжелый абдоминальный сепсис. Состояние умерших больных было при поступлении крайне тяжелым, показатели мангеймского индекса перитонита более 30 баллов.

ВЫВОДЫ

1. Ультразвуковой мониторинг состояния брюшной полости и брюшной стенки после операции позволяет своевременно диагностировать гнойно—воспалительные осложнения, четко определить их характер и локализацию.

2. Применение лапароскопических технологий при интраабдоминальных гнойно—воспалительных послеоперационных осложнениях у больных пожилого и старческого возраста вполне обосновано как в целях плановой ЛС, так и для дренирования гнойных очагов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гамзатов Х. А. Сравнительная оценка методов прогнозирования исходов острого перитонита / Х. А. Гамзатов // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. — 2008. — Т. 167, № 6. — С. 96—99.
2. Кемеров С. В. Ошибки хирургического лечения распространенного перитонита / С. В. Кемеров // Хирургия. — 2005. — № 9. — С. 50—53.
3. Хирургическое лечение тяжелого послеоперационного перитонита / В. В. Бойко, И. А. Криворучко, И. В. Гусак [и др.] // Кліні. хірургія. — 2007. — № 2—3. — С. 35—38.
4. Хрупкин В. И. Оценка иммунологических нарушений у больных распространенным перитонитом / В. И. Хрупкин, С. А. Алексеев // Воен.—мед. журн. — 2003. — Т. 324, № 9. — С. 30—34.