

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
Асоціація хірургів України
ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова" НАМН України



XXIV З'їзд хірургів України,

присвячений 100-річчю з дня народження
академіка О. О. Шалімова

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

2018

26 -28 вересня
м. Київ

Завдяки методу УСГ можна вирішити наступні запитання: оперувати чи не оперувати пацієнта, використати пункційне дренивання як остаточний метод лікування, визначити зону оптимального розрізу чи розрізів у місці патологічного вогнища. Вищезазначені заходи забезпечують скорочення термінів лікування даної категорії пацієнтів на $1\pm 0,5$ доби.

Мініінвазивні методи лікування післяопераційних ускладнень у хворих з розлитим перитонітом

В. В. Лесний, А. С. Лесна

Харківський національний медичний університет

Вступ. Удосконалення хірургічної тактики лікування післяопераційних ускладнень можливо завдяки використанню малоінвазивних методів (ендоскопічного стентування біліарного, травного тракту; ендоскопічного лікування з використанням негативного тиску при неспроможності кишкових анастомозів; дренивання рідинних скупчень під контролем сонографії чи комп'ютерної томографії) в алгоритмах лікування інтраабдомінальних ускладнень.

Мета: визначити переваги мініінвазивних методів в лікуванні післяопераційних ускладнень у хворих з розлитим гнійним перитонітом.

Об'єкт і методи дослідження. В роботі проаналізовані результати лікування 65 хворих госпіталізованих в ургентному порядку з клінікою розлитого гнійного перитоніту. Середній вік чоловіків становив $58,5\pm 1,5$ років, жінок – $65,2\pm 1,6$ років. Причинами перитоніту були: перфорація пептичної виразки – 31 (47,7%) пацієнт, гострий апендицит – 17 (26,2%), гострий деструктивний холецистит – 11 (16,9%), гострий некротичний інфікований панкреатит – 3 (4,6%), гостра кишкова непрохідність з некрозом тонкої кишки – 3 (4,6%). Всі хворі були прооперовані в ургентному порядку відповідно до протоколів надання невідкладної та екстреної хірургічної допомоги.

Результати та їх обговорення. У 11 (17%) пацієнтів в ранній післяопераційний період були діагностовані наступні інтраабдомінальні ускладнення: абсцес черевної порожнини – 7 (11%) хворих, жовчетеча – 2 (3%), перфорація гострої виразки тонкої кишки – 1 (1,5%), післяопераційний перитоніт – 1 (1,5%).

Абсцеси черевної порожнини мали наступну локалізацію: піддіафрагмальні – 4 (57%), міжкишковий, що прилежить до передньої черевної стінки – 1 (14%), порожнини малого тазу – 2 (29%). У всіх 7 пацієнтів візуалізували безпечну акустичну траєкторію, що дозволило у 2 (29%) пацієнтів провести пункцію і аспірацію гною (50 ± 10 мл) з одноразовою санацією порожнини абсцесу антисептиками, у 4 (57%) пацієнтів дренивали абсцес (100 ± 15 мл) за допомогою одного катетору типу «Pigtail» 9 Fr, а у 1 (14%) пацієнта провели дренивання абсцесу двома катеторами з накладанням аспіраційно-іригаційної системи. Тривалість післяопераційного періоду склала $9,2\pm 1,5$ днів.

У 2 (3%) пацієнтів, незважаючи на застосування всього спектру консервативних методів лікування, відмічалось наростання явищ ендогенної інтоксикації, ентеральної недостатності, а за даними ультразвукового дослідження черевної порожнини була візуалізована вільна рідина більш ніж у двох анатомічних ділянках. В діагностично-лікувальному алгоритмі хворим була проведена діагностична лапароскопія, яка дозволила після ревізії черевної порожнини, у одного пацієнта виявити перфорацію гострої виразки тонкої кишки, що потребувало виконання релапаротомії. У іншого пацієнта були проведені етапні лапароско-

пічні санації черевної порожнини, що дозволило ліквідувати післяопераційний перитоніт.

Причиною жовчетечі були некроз кукси протоки міхура – 1 (1,5%) пацієнт, пошкодження позапечінкового протоку (тип D по S.M. Strasberg) – 1 (1,5%) пацієнт. У першого пацієнта було проведено лапароскопічне кліпування кукси міхурової протоки та санацію черевної порожнини, а у другого пацієнта провели стентування гепатікохоледоха з дренивання підпечінкового простору катетером типу «Pigtail». Тривалість післяопераційного періоду склала $9,8 \pm 2,5$ днів.

Висновки. При використанні мініінвазивних методів летальних випадків не було. Малотравматичні методики сприяли швидкому відновленню функції кишечника, ранній активізації хворих і зменшенню термінів перебування в стаціонарі, що дозволяє їх використання у пацієнтів з локальними інтраабдомінальними гнійними ускладненнями.

Антибактеріальна терапія у хворих на піопневмоторакс

Д. Е. Лопатенко

Харківський національний медичний університет

Піопневмоторакс (ППТ) є однією з найбільш складних і актуальних питань в торакальній хірургії. Незважаючи на значний прогрес у пошуках нових антибактеріальних засобів, кількість септичних ускладнень та хронічних форм хвороби залишається дуже високою.

Мета. Підвищення якості лікування хворих на ППТ шляхом удосконалення антибактеріальної терапії.

Об'єкт і метод дослідження. Під час дослідження нами було обстежено 159 пацієнтів хворих на ППТ, які перебували на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні № 2 КЗОЗ «ОКЛ ЦЕМД та МК» м. Харкова. Із дослідження виключалися пацієнти із специфічними причинами ППТ (рак, туберкульоз та ін.).

Для бактеріологічних досліджень нами був використаний плевральний ексудат. Матеріал отримували пункційним методом з плевральної порожнини одразу після надходження хворого до стаціонару. Корекція антимікробної терапії проводилася після отримання результатів чутливості мікрофлори до антибактеріальних засобів.

Результати та їх обговорення. В аналізі плевральної рідини переважали грампозитивні бактерії: *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*. Грамнегативні мікроорганізми зустрічалися дещо рідше, серед них переважала *Pseudomonada aeruginosa*. Також були виявлені *Escherichia Coli*, *Enterobacter spp.* та ін. Патогенні гриби роду *Candida* були нами виявлені у 15 (9,4%) хворих та проявили чутливість до похідних триазолу та імідазолу.

При визначенні чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних засобів збудники виявили найбільшу чутливість до карбапенемів, цефалоспоринів четвертого покоління, β -лактамів із інгібіторами пеніцилінази, лінкозамідів та фторхінолонів четвертого покоління. *Pseudomonada aeruginosa* була найменш чутливим мікроорганізмом та в десяти випадках виявилась нечутливою до жодного з антибіотиків. В нашому дослідженні обов'язково використовувалися місцеві антисептичні засоби інтраплеврально – 0,02% розчин декаметоксину.

На основі наших досліджень, розроблено схему для стартової антибактеріальної терапії у хворих на ППТ: