

ураженнями інших органів та систем. Хворі непрацездатні.

За хронологією ми розрізнили три фази ППРС: гостру (перший місяць), підгостру та хронічну. Перебіг першої фази переважно визначався наявністю ранніх післяопераційних ускладнень та "гострих" метаболічних порушень; другої (2 — 6 міс) — відстроченими хірургічними ускладненнями (рідинні скупчення, спайкова хвороба, гнійно—септичні — внутрішньочеревні абсцеси, абсцеси печінки, панкреатичні нориці тощо, тромботичні та геморагічні ускладнення), виконанням етапних оперативних втручань (закриття нориць, видалення залишкових вогнищ пухлини), формуванням "метаболічного" дефіциту; третьої — прогресуванням пухлинного чи фіброзного процесу (рак/хронічний панкреатит) з розвитком біліарної гіпертензії, холангіту, непрохідності ТК на різних рівнях, портальної гіпертензії тощо, наявністю "пізніх" хірургічних ускладнень (септичних, тромбогеморагічних) та метаболічних наслідків (екзо— та ендокринна недостатність, нутритивні порушення, дисбіоз, печінкова дисфункція, особливо після тотальної панкреатектомії (ТП), хіміотерапії оксалиплатином та іринотеканом, мікроелементний дефіцит тощо). Моніторинг ППРС залежав від фази, обсягу резекції залози, патології, з приводу якої була виконана операція. Лабораторні дослідження містили визначення еластази—1 калу — екзокринна функція, рівня глікемії, HbA1/HbA1c, C—пептиду, імунореактивного інсуліну — ендокринна функція, альбуміну, трансферину, лімфоцитів — нутритивний статус, відповідних пухлинних маркерів, печінкових тестів тощо. У всіх хворих після панкреатодуоденальної резекції (ПДР) спостерігали прогресуюче зниження рівня еластази—1 кала протягом першого року спостереження — до $(25,7 \pm 8,9)$ мкг/г без збільшення його в подальшому, тому моніторингу цього показника після одного року вважаємо недоцільним. У 18% хворих після ПДР (у тому числі з кріоабляцією кукси), дистальної резекції ПЗ ендокринні порушення виникли через 12 — 27 міс після операції, що свідчить про необхідність тривалого моніторингу ендокринної функції ПЗ. Інструментальний моніторинг: УЗД довело високу ефективність в діагностиці рідинних

скупчень, але низьку чутливість та специфічність (62 та 64%) у виявленні рецидивів пухлинного процесу. КТ (перевагу віддавали мультиспіральній КТ, яка довела високу чутливість та специфічність — 87% та 91% в диференційній діагностиці анатомічних характеристик після резекцій ПЗ та рецидивів пухлини) виконували через 1 та 4 міс після операції, подалі — залежно від прогресування пухлинного процесу/наявності хірургічних ускладнень. Вкрай важливим після ПДР та ТП вважали оцінку ступеня печінкового стеатозу (різниця печінка/селезінка "attenuation value") (КТ без контрастного підсилення). Перевагу МРТ віддавали при наявності ниркової недостатності, гіперчутливості до контрасту, патології біліарної системи, підозрі на наявність метастатичного ураження печінки, для ранньої діагностики стеатозу печінки, особливо після ТП, та наявності відповідних факторів ризику. В дослідженнях, що проведені раніше, нами доведено, що екзокринна панкреатична недостатність не пов'язана з стриктурою панкреатоеюноанастомозу, яку не спостерігали в жодному випадку, тому вважаємо за недоцільне включення тестів УЗД/КТ/МРТ з секретинном в алгоритм моніторингу/діагностики ППРС. Особливості моніторингу ППРС після ТП — кожні 3 — 6 міс — визначення Zn, Ca, Mg, вітаміну D, кожні 6 міс — кісткова деситометрія з визначенням T—критерію (з оцінкою його за критеріями ВООЗ, 1994) та скінтиграфія.

Адекватна діагностика та корекція метаболічних проявів ППРС, своєчасна діагностика "хірургічних" ускладнень та виявлення прогресування пухлинного/фіброзного процесу з застосуванням відповідного мульти-модального лікування (хірургія/хіміотерапія/таргентна терапія тощо) дозволила суттєво покращити результати лікування хворих, що перенесли різні обсяги резекцій ПЗ. Так, в 2003 — 2006 рр. частота ППРС I ступеня склала 43%, II — 39%, III — 18%, в 2007 — 2008 рр. — відповідно 59%, 36% та 5%.

Комплексне лікування ППРС з врахуванням його ступеня тяжкості на основі діагностики переважаючих патогенетичних механізмів розвитку дозволяє суттєво покращити результати лікування хворих, що перенесли різні обсяги резекцій ПЗ.

РАННЯ СПАЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА: ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА, ПРОФИЛАКТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ

Б. С. Запороженко, И. Е. Бородаев, О. В. Вилюра, А. Ю. Корытная, В. Г. Шевченко

Одесский государственный медицинский университет

Одним из тяжелых осложнений после операций на органах брюшной полости является ранняя (в течение первых трех недель после операции) острая спаечная непроходимость кишечника (РОСНК). В структуре послеоперационных осложнений со стороны органов брюшной полости РОСНК занимает третье место после

перитонита и абсцессов брюшной полости. Летальность при данной патологии составляет 15 — 45%.

За последние 7 лет (2000 — 2007 гг.) в клинике хирургии № 2 ОДГМУ выполнено 8503 операции на органах брюшной полости. РОСНК как осложнение послеоперационного периода возникла у 43(0,5% оперированных

больных. Основными причинами спайкообразования являются следующие факторы: наличие перитонеального выпота, связанного с основной патологией, неадекватная санация (удаление экссудата и крови) и дренирование брюшной полости, длительность и травматичность оперативных вмешательств, применение концентрированных растворов антисептиков, снижение фибринолитической активности организма, генетическая предрасположенность, истощение неспецифической резистентности (тиол—дисульфидное соотношение менее 2,4).

При неэффективности консервативной терапии, направленной на разрешение РОСНК, больным выполнялась диагностико—лечебная лапароскопия, при которой в случае выявления единичных сращений выполнялся лапароскопический адгезиолизис.

Показанием к конверсии у 28 (66,6%) больных являлись случаи, когда лапароскопически выявлен малый объем брюшной полости; многоуровневый, "каскадный"

характер сращений; наличие крупных, васкуляризованных спаек; образование значительных десерозированных участков кишечника, которые требуют тщательной перитонизации. В послеоперационном периоде с целью профилактики рецидива спайкообразования назначались: фибринолитические препараты, протеолитические ферменты, антикоагулянты, отграничивающие жидкости интраабдоминально, противовоспалительные препараты, неспецифическая десенсибилизирующая терапия, препараты гиалуронидазы, препараты α -липоевой кислоты.

РОСНК является тяжелым осложнением после операций на органах брюшной полости. Своевременная диагностика и своевременное оперативное лечение с обязательной назоинтестинальной интубацией кишечника и патогенетически обоснованной консервативной терапией позволяет снизить риск возникновения и частоту послеоперационных осложнений и летальность.

ГНОЙНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ

М. П. Захараш, Ю. М. Захараш, Е. В. Усова

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца МЗ Украины, г. Киев

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) является наиболее часто выполняемым вмешательством среди всех лапароскопических хирургических операций и "золотым стандартом" в лечении желчнокаменной болезни и ее осложнений. Частота гнойных осложнений после ЛХЭ, по данным различных авторов, составляет от 0,4 до 3,1%, летальность — 0,15 — 0,26%.

Нами проведен ретроспективный анализ результатов лечения 2087 больных, которым за период с 1991 по 2007 г. на клинических базах кафедры выполнена ЛХЭ. Мужчин было 708 (33,9%), женщин — 1379 (66,1%). Средний возраст больных составил $(34,1 \pm 2,6)$ года. У 1647 (78,9%) пациентов вмешательство было выполнено по поводу хронического калькулезного холецистита, у 398 (19,1%) — по поводу острого, у 42 (2%) — полипоза желчного пузыря. Гнойные осложнения после ЛХЭ развились у 14 (0,7%) больных, среди которых желчный перитонит — у 5, подпеченочный абсцесс — у 4, поддиафрагмальный абсцесс — у 3, нагноение троакарной раны — у 2. Причиной перитонита было желчеистечение из ходов Люшка — у 3 (0,1%) больных, соскальзывание клипсы с культи пузырного протока — у 1 (0,05%), краевое термическое повреждение холедоха — у 1 (0,05%). Скрининговым методом в диагностике внутрибрюшных осложнений было УЗИ (чувствительность — 88%, специфичность — 91%). В связи с возникшими гнойными осложнениями в сроки от 2 до 10 сут после ЛХЭ выполнены хирургические вмешательства, пациентам с желчным перитонитом

предварительно выполнена релапароскопия. У большинства пациентов (в 93% случаев) удалось устранить осложнения с помощью миниинвазивных методик: пункционного дренирования под УЗ—контролем — у пациентов с подпеченочным и поддиафрагмальным абсцессом; при желчном перитоните вследствие желчеистечения из ходов Люшка выполнена ревизия, санация, дополнительная коагуляция ложа желчного пузыря и дренирование подпеченочного пространства под контролем лапароскопии и, у 1 больного, наложение клипсы; при соскальзывании клипсы дренированию предшествовало дополнительное клипширование культи пузырного протока. Краевое термическое повреждение холедоха было диагностировано на 2—е сутки с момента операции, которое проявилось обильным желчеистечением по дренажу, установленному в ложе желчного пузыря. Данной пациентке выполнено зашивание перфоративного отверстия и наружное дренирование холедоха. Лечение больных с нагноением троакарной раны заключалось в ее санации и дренировании. Всем больным с гнойными осложнениями, возникшими после ЛХЭ, проводилась активная парентеральная антибактериальная терапия с применением антибиотиков широкого спектра действия. Летальных исходов не было.

Таким образом, ЛХЭ является методом выбора при лечении больных с желчнокаменной болезнью, острым холециститом и полипозом желчного пузыря и сопровождается низким процентом осложнений (0,7%) и ле-