

ISSN 0023 - 2130

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

щомісячний науково-практичний журнал

Заснований у червні 1921 р.

6.2 червень 2018

Асоціація хірургів України
Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова НАМН України

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

Том 85, № 6.2 (червень) 2018

Щомісячний науково—практичний журнал
(спеціалізоване видання для лікарів)

Заснований у червні 1921 р.

Видання включене до міжнародних наукометричних баз
Scopus, EBSCOhost, OCLC WORD CAT, UlrichsWeb,
Google Scholar та ін.
Журнал індексований в IndexMedicus, MedLine, PubMed.

Включений до Переліку наукових фахових видань України
Наказ МОН № 1413 від 24.10.17.

Свідоцтво про державну реєстрацію:
серія КВ № 22539—12439ПР від 20.02.17.

Адреса редакції:
03680, м. Київ, МСП—03680,
вул. Героїв Севастополя, 30.
Тел./факс +38 044 408 18 11,
<http://hirurgiya.com.ua>
e-mail: info@hirurgiya.com.ua
new.article@hirurgiya.com.ua

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 «ЛазуритПоліграф»
04048, м. Київ, вул. Костянтинівська, 73.
Тел./факс +380 44 463 73 01.

Передплатний індекс 74253
Підписано до друку 10.05.18. Формат 60 × 90/8.
Друк офсетний. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 26.
Обл. вид. арк. 9,82. Тираж 1000.
Замов. 52

Редакція не завжди поділяє думку авторів статті.

Відповідальність за достовірність інформації,
наведеної у статті, несуть її автори.

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

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе
рекламодавець.

© Клінічна хірургія, 2018
© Ліга — Інформ, 2018

ISSN 0023 — 2130 (Print)
ISSN 2522 — 1396 (Online)



КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

Том 85, № 6.2 (червень) 2018

Головний редактор
О. Ю. Усенко

Заступники
головного редактора
С. А. Андрєєцев
М. В. Кости́лев

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Luigi Angrisani (Italy)
Л. С. Білянський
С. О. Возіанов
Martin Fried (Czech Republic)
В. Г. Гетьман
О. І. Дронов
М. Ф. Дрюк
Я. Л. Заруцький
М. П. Захараш
Г. П. Козинець
В. М. Копчак
О. Г. Котенко
А. С. Лаврик
В. В. Лазоришинець
John Melissas (Greece)
М. Ю. Ничитайло
С. Є. Подпряттов
А. П. Радзіховський
С. І. Саволюк
А. В. Скумс
Я. П. Фелештинський
П. Д. Фомін
І. П. Хоменко
В. І. Цимбалюк
Rudolf Weiner (Germany)
С. О. Шалімов
П. О. Шкарбан

РЕДАКЦІЙНА РАДА

В. П. Андрюченко
Я. С. Березницький
В. В. Бойко
М. М. Велігоцький
В. В. Ганжий
В. С. Запороженко
І. В. Іоффе
П. Г. Кондратенко
І. А. Криворучко
В. І. Лупальцов
О. С. Никоненко
В. В. Петрушенко
В. І. Русин
В. М. Старосек
А. І. Суходола
С. Д. Шаповал
І. М. Шевчук



Хірургічне лікування ускладнених форм хронічного панкреатиту

I. A. Криворучко, Н. М. Гончарова, С. М. Тесленко, А. В. Сивожелізов,
А. С. Тележний, А. Г. Дроздова

Харківський національний медичний університет МОЗ України

Surgical treatment of complicated forms of chronic pancreatitis

I. A. Kryvoruchko, N.M. Honcharova, S. M. Teslenko, A. V. Syvozhelizov,
A. S. Telezhnyi, A. G. Drozdova

Kharkiv National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine

Реферат

Проаналізовані результати хірургічних втручань у 198 хворих на ускладнені форми хронічного панкреатиту із застосуванням сучасних методик. У результаті лікування рівень післяопераційних ускладнень склав 28,6%, летальність – 1,6%. У віддаленому періоді добрі та задовільні результати лікування отримані більш ніж у 75% хворих.

Ключові слова: підшлункова залоза, хронічний панкреатит, ускладнення, хірургічне лікування, резекційні втручання.

Abstract

The results of surgical treatment of 198 patients with complicated chronic pancreatitis with the use of modern methods of interventions are analyzed. Due to the treatment the level of postoperative complications was 28.6%, and mortality – 1.6%. In the distant period, good and satisfactory results of treatment were obtained in more than 75% of patients.

Keywords: pancreas, chronic pancreatitis, complications, surgical treatment, resection interventions

У клінічному плані хронічний панкреатит (ХП) являє собою динамічну хворобу, зі складною диференціацією та проявами прогресуючої деструкції тканини підшлункової залози (ПЗ) з виникненням локальних ускладнень [1, 3]. При лікуванні ХП використовується багато оперативних втручань, деякі з яких мають історичне значення. Лише диференційований підхід з обліком як морфологічних змін у ПЗ, так і інших факторів, дозволяє індивідуалізувати лікувальну тактику у цієї важкої категорії хворих [2, 3, 4].

Матеріали та методи дослідження

Проаналізовано результати лікування 198 хворих, які були оперовані у 2010-2017 рр. у віці від 27 до 73 років (середній вік – $41,5 \pm 12,3$) у КЗОЗ «ОКЛ–ЦЕМД та МК» м. Харкова. Всі хворі були обстежені клініко-лабораторно та інструментально. Ендокринну функцію ПЗ оцінювали за рівнем глюкози крові, екзокринну – за активністю амілази та ліпази у крові та діастази у сечі, копрологічного дослідження еласти-1. Також у хворих на ХП визначали онкомаркери – СА 19-9, СЕА.

Результати дослідження та їх обговорення

У якості ускладнень у хворих визначалась кальцифікація ПЗ; вірсунголітіаз та вірсунгорагія; порушення прохідності травного каналу (ТК); регіонарний портальний блок та асцит; механічна жовтяниця (МЖ); псевдокісти (ПК) ПЗ; нориці ПЗ; кровотечі; інтрамуральна гематома дванадцятипалої кишки (ДПК); рак ПЗ. Фактори, що мали вплив на вибір методу операції – тип ХП, вираженість морфологічних змін, особливо голівки ПЗ, та розповсюдженість фіброзу на мезентеріко-порталь-

ний тракт (МПТ); стан головної панкреатичної протоки (ГПП); наявність ускладнень; ступінь проявів екзокринних та ендокринних порушень ПЗ; наявність супутніх захворювань та їх вираженість. Наявність переважного ураження голівки ПЗ при ускладненнях ХП у вигляді стенозу загальної жовчної протоки (ЗЖП) й ДПК, множинних дрібних ПК і абсцесів голівки ПЗ, а також ознак здавлення МПТ, були показанням до виконання трьох різних варіантів оперативних втручань. При наявності значної фіброзної «маси» у голівці ПЗ, часом сягаючої правобічної стінки черевної порожнини, з ознаками чи без стенозу ЗЖП й/або ДПК, наявністю ерозивно-виразкових змін у ній і труднощах диференціальної діагностики між панкреатитом і раком, виконували гастропанкреатоудоденальну резекцію за Whipple (25 хворих) та пілорозберігаючу операцію за Tranverso-Longmaire (6 хворих) з обов'язковим екстремим морфологічним дослідженням видаленого комплексу. Виконання дуоденозберігаючої резекції голівки ПЗ за Veger також робили при наявності значної фіброзної «маси» у голівці ПЗ (6 хворих), у випадках обов'язкового лабораторного та гістологічного підтвердження доброякісного характеру захворювання; крім того, у 2-х хворих операцію виконано за Бернською (2001) модифікацією операції Veger, у 4-х – за власною методикою. Резекцію вентральної частини голівки ПЗ за методикою Frey робили при глибокому заляганні протоки, наявності кіст в збільшеній голівці ПЗ та кальцинатів (24 хворих), в тому числі – у 5-ти з використанням панкреатоудоденобіліарного анастомозу із використанням сегменту тонкої кишки та гуморальним відключенням (ГВ) ПЗ за власною методикою. Медіальну резекцію ПЗ виконано 2-м, дистальну – 14-ти пацієнтам.

У хворих на фіброзно-дегенеративний ХП, ускладнений ПК ПЗ, хірургічна тактика залежала від зв'язку ГПП із порожниною ПК. При наявності зв'язку порожнини ПК із ГПП операцією вибору вважали цистоеюностомію на відключеній із травлення за Ру петлі тонкої кишки (45 хворих). У тому випадку, коли мала місце дилатація ГПП, анастомоз накладали не тільки зі стінкою ПК, але й із протокою ПЗ (5 хворих). У 3-х пацієнтів формували цистодуоденоанастомоз за власною методикою, доповнюючи операцію ГВ ПЗ. При відсутності зв'язку порожнини ПК із ГПП, як при неускладненому, так і при ускладненому перебігу, виконували зовнішнє дренивання порожнини ПК (31 хворий). Для попередження атак панкреатиту проводили наступні оперативні втручання: 1) при непрохідності дистального відділу холедоха, зумовленій холедохолітазом, стриктурою великого сосочка ДПК або їх сполученням у 16-ти пацієнтів зроблена ендоскопічна папілосфінктеротомія; у 14-ти хворих були виконані формування білідігестивних анастомозів; 2) у 6-ти випадках у зв'язку з тяжким станом та наявністю непрохідності ДПК виконали ГВ ПЗ у вигляді антрумектомії за Ру та селективної ваготомії.

Післяопераційні ускладнення виникли у 55 пацієнтів (28,6%): післяопераційний панкреатит – у 18, гастростаз – у 8, неповна зовнішня жовчна нориця – у 4, неповна зовнішня панкреатична нориця – у 6, нагноєння рани – у 4, арозивні кровотечі – у 3, легеневі ускладнення – у 9, тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА) – у 2, інфаркт

міокарду – у 1. Більшість ускладнень ліквідовано проведенням комплексної консервативної терапії у тому числі – із використанням ендоскопічних та ангіографічних технологій. У ранньому післяопераційному періоді померло 3 хворих (1,6%) – від ТЕЛА (1), інфаркту міокарду (1) та гострої кровотечі у порожнину кисті (1). У віддаленому періоді добрі та задовільні результати хірургічного лікування отримані більш ніж у 75% хворих.

Висновки

ХП є наслідком атак панкреатиту, які ведуть до прогресуючого анатомічного й функціонального ушкодження ПЗ. Хірургічна операція є основним видом лікування цієї категорії хворих із використанням різних варіантів оперативних втручань, що визначається доопераційними та інтраопераційними методами дослідження.

Література

1. Хирургическое лечение хронического панкреатита / В.М. Копчак, К.В. Копчак, Л.А. Перерва, А.В. Дувалко // Здоров'я України. – 2012. – № 1(7). – С.18-19.
2. Хірургічне лікування хронічного панкреатиту / В.І. Русин, С.С. Філіп, О.О. Болдіжар, К.Є. Румянцев // Kharkiv surgical school. – 2014. – №2(65). – С.29–35.
3. Beger H.G. Diseases of the Pancreas / H.G. Beger, S. Matsuno, J.L. Cameron. – Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2008. – 949 p.
4. Surgical approaches to chronic pancreatitis: indications and imaging findings / N. Hafezi-Nejad, V.K. Singh, S.I. Johnson [et al] // Abdom. Radiol. (NY). – 2016. – Vol. 41, № 10. – P. 1980-1996.