

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

## Тактичні питання лікування хворих на панкреонекроз

І. А. Криворучко, Є. В. Мушенко, Ю. В. Іванова, О. М. Тищенко

Харківський національний медичний університет,  
Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМН України, м. Харків

**Вступ.** Гострий панкреатит як раніше займає одне з провідних місць в структурі ургентної хірургічної патології органів черевної порожнини. Розробка нових та модифікація існуючих методів лікування даної категорії хворих хоча і призвела до поліпшення результатів хворим у першій фазі захворювання, однак летальність і кількість ускладнень до сих пір залишаються надзвичайно високими.

**Метою** роботи була оптимізація тактики лікування хворих панкреонекрозом.

**Об'єкт і методи дослідження.** Аналізу піддані результати лікування 195 пацієнтів з некротичним панкреатитом, що перебували на лікуванні з 2011 по 2017 рр. Хворих було розподілено відповідно до класифікації Атланта, яка була переглянута Робочою групою у 2012 р. В діагностиці та лікуванні хворих використовувалася тактика «step up approach». Обстеження були стандартними та включали в себе виконання загальноклінічних, коагулологічних, біохімічних і імунологічних аналізів. Серед інструментальних методів діагностики скринінговим вважали ультразвукове дослідження. Комп'ютерна томографія (КТ) з болюсним контрастним посиленням виконана 87,6% пацієнтам. Діагностика панкреатичної інфекції у 22 хворих (17,5%) була заснована на результатах тонкоіголкової пункції–аспірації вмісту патологічних вогнищ, в 67 спостереженнях (53,2%) – на результатах прокальцітонінового тесту і в 37 випадках (29,3%) – на клініко–лабораторних та інтраопераційних даних.

**Результати та їх обговорення.** Істотних статевих відмінностей серед пацієнтів виявлено не було: жінок було 98, чоловіків – 97. Середній вік пацієнтів склав  $48 \pm 2,5$  років. Переважали пацієнти з аліментарним і алкагольним генезом захворювання, а також з біліарної етіологією деструктивного панкреатиту.

Рання КТ в терміни 1–2 діб. від початку захворювання виконана пацієнтам з швидким накопиченням ексудату в сальникові сумці, черевній порожнині і заочеревинному просторі при підозрі на розвиток синдрому роз'єднаної панкреатичної протоки (31 хворий). В інших випадках КТ виконувалося в терміни 7–10 діб. від початку захворювання, а також при плануванні повторних хірургічних санацій.

Консервативне лікування було достатнім у 41 хворого (21%). Решта пацієнтів були оперовані. У ранні терміни (до 14 тижнів) прооперовано 28 хворих (18,2%). Показаннями до цих операцій служили: глибокий поперечний некроз залози з пошкодженням протокової системи і наявністю внутрішньої панкреатичної нориці, ферментативний перитоніт, прогресуюча рання поліорганна недостатність, резистентна до інтенсивної терапії. У всіх випадках застосовані методи черезшкірного пункційного дренивання. Інші хворі були оперовані при підтвердженні інфікування вогнищ некротичної деструкції. Хірургічна тактика була заснована на принципі етапного підходу лікування «step up approach». При наявності гострих некротичних скупчень (54 випадки) і відокремленого некрозу (49 спостережень) перевага віддавалася некрсеквестректомії і дренивання вогнищ некротичної деструкції з локальних мінідоступу з формуванням локальних стом. При панкреатичних псевдокістах (23 хворих) зовнішнє дренивання при їх ускладненому перебігу виконана у 5 пацієнтів з використанням мінімально інвазивних технологій, тампонада порожнини кісти відкритим способом – у 2 випадках. У решти хворих був

сформований цістоеюноанастомоз по Ру в відстрочені терміни після формування її капсули. Ускладнення відзначені у 82 хворих (42%). Загальна летальність склала 18,5% (29 хворих).

**Висновки.** Диференційований підхід до хірургічного лікування хворих некротическим панкреатитом з використанням тактики «step up approach» з виявленням групи пацієнтів, яким необхідно раннє дренування, а також використання етапного хірургічного лікування при інфікуванні вогнищ некротичної деструкції, дозволяє домогтися кращих результатів лікування цієї категорії хворих.

## Опыт выполнения панкреатодуоденальных резекций и их результаты

А. Б. Кутовой, К. О. Денисова, А. В. Снисарь, Д. В. Балык

Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова,  
Днепропетровская медицинская академии МОЗ Украины

Заболеемость раком поджелудочной железы неуклонно растет и составляет около 9,5–11 на 100 тыс. населения в год. Одной из наиболее радикальных операций для лечения рака головки поджелудочной железы и преампулярной зоны является панкреатодуоденальная резекция (ПДР).

**Цель работы:** анализ особенностей выполнения ПДР, их осложнений и отдаленных результатов.

**Материалы и методы.** Нами проведен анализ результатов 83 ПДР, выполненных за период с 2008 по 2018 годы в клинике хирургии № 2 на базе Днепропетровской областной больницы им. И.И. Мечникова. Среди больных было 46 (55,4%) мужчин и 37 (44,6%) женщин в возрасте от 24 до 81 лет. Средний возраст пациентов составил  $58,5 \pm 7,9$  лет. В гистологической структуре опухолей аденокарцинома головки поджелудочной железы составила 74,6%, псевдотуморозный панкреатит – 12,0%, аденома поджелудочной железы – 3,6%, скirroзный рак – 3,6%, нейроэндокринные опухоли – 2,4%, ГИСТ – 1,2%, ацинарный паренхиматозный рак – 1,2%, протоковый рак – 1,2%. При этом в 74 (89,1%) случаях опухоль исходила из головки поджелудочной железы, в 5 (6%) – из большого дуоденального сосочка, в 4 (4,8%) – из холедоха. Выделение и удаление органокомплекса проводили стандартным путем у 46 (55,4%) пациентов, с учетом “no-touch” технологи – у 37 (44,6%). Пилоросохраняющая ПДР выполнена в 10 (12,0%) случаях. Восстановительный этап ПДР осуществлялся по способу Whipple. Выбор метода панкреатоеюноанастомоза зависел от поперечных размеров перешейка и тела поджелудочной железы, диаметра Вирсунгова протока. В 16 (19%) случаев произведена вирсунгоеюностомия, в 12 (14%) анастомоз по типу «конец–в–бок», в 55 (66,2%) – анастомоз по типу «конец–в–конец», в том числе в собственной модификации. Для сравнения отдаленных результатов операции использовали группу из 120 больных, сопоставимых по основным критериям, лечившихся в клинике с 2007 по 2010 г. У всех пациентов паллиативной группы имела тяжелая степень механической желтухи. Наружное дренирование желчных протоков и желчного пузыря выполнено в 42 (35%) случаев, различные варианты билеодигестивных анастомозов – в 78 (65%).

**Результаты.** Среди ранних осложнений ПДР наблюдали: несостоятельность панкреатоеюноанастомоза 14 (16,8%), гастростаз 6 (7,2%), желудочнокишечные кровотечения