

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

інституті раку в 2017 році. Нами виконано 5 дистальних резекцій підшлункової залози з лапароскопічного доступу та 4 панкреатодуоденальні резекції у пацієнтів з новоутвореннями підшлункової залози. Чоловіків було 5 (57,1%), жінок – 4 (42,9%). Середній вік пацієнтів склав $48,7 \pm 10,7$ років (від 34 до 62 років). Критеріями включення були доброякісні та злоякісні пухлини підшлункової залози. Відносним протипоказанням до виконання лапароскопічного оперативного втручання були злоякісні резектабельні пухлини підшлункової залози, що мали щільний контакт з магістральними артеріальними та венозними судинами, а також виражена лімфаденопатія.

Результати. Остаточна морфологічна верифікація новоутворень у пацієнтів даної групи була наступна: 2 (22,2%) нейроендокринні пухлини, 2 (22,2%) муцинозні кістозні пухлини та 5 (55,6%) аденокарциноми – 2 голівки підшлункової залози і 1 тіла. Конверсій не було. В 1 випадку (20,0%) проведено дистальну резекцією зі збереженням селезінки та селезінкових судин за Kimura. При периампулярних новоутвореннях в обох випадках виконували пілорус–зберігаючу методику ПДР з виконанням реконструктивного етапу з мінідоступа на одній петлі за Child та виконанням панкреатоентероанастомозу на зовнішньому дренажі головної панкреатичної протоки. В одному випадку ПДР виконано з крайовою резекцією верхньої брижової вени з мінідоступа. У 2 пацієнтів (1 при виконанні дистальної резекції та 1 при виконанні ПДР) оперативне втручання виконували після раніше виконаного великого оперативного втручання на верхньому поверсі черевної порожнини (правобічна геміколектомія та лапаротомна апендектомія з приводу розлитого перитоніту)

Тривалість оперативного втручання коливалася від 90 до 210 хвилин (середня – $174,0 \pm 48,0$ хвилин) при виконанні дистальної резекції, крововтрата коливалась від 30 до 100 мл (середнє значення $76,0 \pm 30,0$ мл). Панкреатодуоденальні резекції тривали по 420 хвилин, крововтрата складала 100 та 500 мл.

Післяопераційні ускладнення виникли у 2 пацієнтів після дистальних резекцій (40,0%) та у 1 після ПДР; з боку кукси підшлункової залози – у 2 пацієнтів після дистальних резекцій. Летальних випадків в даній групі не було.

Тривалість перебування у стаціонарі після операції у пацієнтів з лапароскопічними резекціями підшлункової залози коливалась від 5 до 14 діб. Середня тривалість перебування в стаціонарі після операції складала $7,4 \pm 2,9$ діб.

Висновки. Резекційні операції на підшлунковій залозі з лапароскопічного доступу є перспективним методом, який має ряд переваг, проте потребує розробки чітких показів до операції та оптимальної техніки її виконання. Перевагою лапароскопічного оперативного втручання є швидка реабілітація пацієнтів.

Сучасні технології ендоскопічного лікування ускладнених псевдокіст підшлункової залози

І. А. Криворучко, Н. М. Гончарова, Л. О. Перерва, С. А. Андрєєщев

Харківський національний медичний університет

Вступ. В останні десятиріччя кількість хворих ускладненими псевдокістами підшлункової залози неуклінно зростає. Незалежно від наявності у арсеналі хірургів широкого спектру оперативних втручань, все ж виникає велика кількість таких ускладнень, як перфорації псевдокіст, кровотечі з арозивних судин підшлункової залози, нагноєння

вмісту псевдокіст, летальність при яких може досягати до 60%. Завдяки розробці та впровадженню у клінічну практику різноманітних мініінвазивних втручань, діапазон методів хірургічного лікування псевдокіст значно поширився.

Мета дослідження: покращення результатів хірургічного лікування хворих з ускладненими псевдокістами підшлункової залози.

Об'єкт дослідження: ускладнені псевдокісти підшлункової залози.

Матеріали та методи дослідження. Проаналізовані результати лікування 168 хворих з ускладненими псевдокістами підшлункової залози за період з 2006 по 2017 рр. Серед них чоловіків було 132 (78%), жінок – 36 (22%), середній вік яких склав $43,0 \pm 1,2$ років. Компресія суміжних органів виявлена у 59 (35,1%) пацієнтів, з них компресія загальної жовчної протоки з розвитком механічної жовтяниці у 32, компресія шлунка – у 13 і дванадцятипалої кишки (ДПК) – у 14 хворих. Нагноєння псевдокіст діагностовано у 50 (29,8%) хворих, кровотеча у порожнину псевдокіст – у 41 (24,4%), перфорація – у 14 (8,3%), цистоплевральні нориці виникли у 4 (2,4%) пацієнтів. У 3 хворих діагностовані комбіновані ускладнення: у 1 пацієнта – нагноєння псевдокіст з компресією ДПК і ворітної вени, у 2 х – нагноєння псевдокіст зі здавленням загальної жовчної протоки. У якості скринінг-методу використовували ультразвукове дослідження (УЗД). У якості загального методу використовували комп'ютерну томографію (КТ) з внутрішньовенним контрастуванням. За показанням виконували рентгенографію, ендосонографію, магнітнорезонансну томографію, ангіографію, а також інвазивні діагностичні методи: пункції псевдокіст з наступним бактеріологічним, цитологічним, біохімічним дослідженням пунктату.

Результати та їх обговорення. Лікувальні мініінвазивні втручання при ускладнених псевдокістах підшлункової залози виконані у 105 (62,5%) хворих. Рентгеноваскулярна оклюзія виконана у 25 пацієнтів, в 1 випадку кровотеча зупинена за допомогою стентграфту. Пункції псевдокіст під контролем УЗД виконані у 22 хворих, зовнішнє дренування псевдокіст під контролем УЗД – у 11, пункції псевдокіст під контролем ендосонографії – у 20, внутрішнє дренування псевдокіст під контролем ендосонографії – у 6, зовнішньо-внутрішнє дренування – у 4, лапароскопічне зовнішнє дренування псевдокіст – у 4, лапароскопічне формування цистогastro- та єюноанастомозів – у 9, дренування плевральної порожнини під контролем УЗД – у 4 хворих.

У 71,3% спостережень мініінвазивні втручання дозволили не тільки вилікувати ускладнення, але й ліквідувати саму псевдокісту підшлункової залози. У 28,7% випадках втручання носили етапний характер, дозволяючи в якості першого етапу лікування ліквідувати ускладнення, а після стабілізації стану хворого, виконати оперативне втручання на підшлунковій залозі.

Висновки. При лікуванні ускладнених псевдокіст підшлункової залози необхідно використовувати диференційований індивідуалізований підхід, з переважним застосуванням мініінвазивних методів оперативних втручань. Відкриті і мініінвазивні методики необхідно розглядати як взаємодоповнюючі способи лікування ускладнених панкреатичних псевдокіст.