

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

(МСН), середню концентрацію HGB в Ер (МСНС), ширину розподілення Ер (RDW), вміст HGB в ретикулоцитах (СНг), ступінь проникності мембран Ер (СЗЕ), оцінювали форму Ер – здатність до деформації (ступінь деформованості) (індекс подовження на стрес) та здатність до агрегації (індекс агрегації). Оцінка обміну Fe: сироватковий вміст Fe, феритину (Фр) (оцінка вмісту Fe в депо), трансферину (Тр) та ступінь його насичення Fe (НТЗ), розчинних рецепторів до Тр та відношення їх концентрації до $\log$ Фр.

Результати. Порівняння показників хворих з ГНАП та з набряковим ГАП констатувало ознаки функціонального Fe–дефіцитного стану: мікроцитоз ($MCV < 80 \text{ мкм}^3$), гіпохромії ($МСН < 27 \text{ пг}$) та значенням Фр в межах 100–300 мкг/л на тлі зниження НТЗ < 20%. Це свідчить про фіксацію заліза в ретикулоендотеліальній системі, його достатній кількості в депо.

Виникнення некрозу паренхіми ПЗ різної площини супроводжується ознаками абсолютного Fe–дефіцитного стану. Відокремлений ГНАП характеризується ознаками Fe–дефіцитної анемії: зниження Фр ($< 100 \text{ мкг/л}$), НТЗ < 20% (18%), сироваткового Fe, підвищення Тр та кількості розчинних рецепторів до Тр, відношення концентрації розчинних рецепторів Тр до $\log$ Фр > 2 (високе). При розповсюдженому ГНЕП прояви Fe–дефіцитної анемії прогресують внаслідок імунного дистрес–синдрому: підвищення Фр, зниження насичення Тр Fe (НТЗ) та сироваткового Fe, Тр та кількість розчинних рецепторів до Тр перебувають в межах норми, відношення концентрації розчинних рецепторів Тр до $\log$ Фр < 1 (низьке). При субтотально–тотальному ГНАП абсолютний Fe–дефіцит поглиблюється через цитокинову агресію: значення Фр є в межах показників порівняння та контролю, показник НТЗ, Тр та Fe знижені, кількість розчинних рецепторів до Тр збільшується, а їх відношення до $\log$ Фр > 2 (високе).

Висновки. Перебіг ГНАП супроводжується змінами в системі еритроноу та обміну заліза, причому ступінь цих змін знаходиться в прямій залежності від площини морфологічного субстрату, що дозволяє їх використання в якості критеріїв важкості, прогнозування перебігу та розвитку гнійно–некротичних та органних ускладнень в ранню та пізню фази захворювання, змінюючи тактичну парадигму та визначаючи покази до малоінвазивної хірургічної інтервенції.

Лапароскопічна поздовжня панкреатоеюностомія при хронічному панкреатиті. Перший досвід виконання

Ю. О. Міхеев

Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України

Незважаючи на розвиток сучасних ендоскопічних транспілярних технологій, оперативне лікування є більш ефективним варіантом для полегшення болю при хронічному панкреатиті. Обґрунтованим є виконання ранньої операції при хронічному панкреатиті. Саме у цих пацієнтів без збільшення головки підшлункової залози та дилатацією головної панкреатичної протоки лапароскопічна продольна панкреатоеюностомія може дати добрі довгострокові результати. Ми представляємо наш власний досвід за минулий рік.

Матеріали та методи. Три спроби лапароскопічної поздовжньої панкреатоеюностомії було зроблено у пацієнтів з раннім хронічним панкреатитом без збільшення головки підшлункової залози. Серед них було дві жінки та одна чоловік, середній вік становив 42,6 роки. Показаннями для хірургічного втручання у всіх пацієнтів були абдомінальний

біль та ділатація головної панкреатичної протоки (середній діаметр 12,8 мм) без збільшення головки підшлункової залози та ознак біліарної гіпертензії. Використовували чотирипортову техніку. Після відкриття оментальної бурси пунктували та виконували розтин головної панкреатичної протоки за допомогою ультразвукового диссектора Sonicision з виділенням конкрементів. Потім за допомогою двох лінійних степлерів Endo-Gia 60 формували ізольовану кишкову петлю за Roux-en-Y. Після проведення петлі Roux-en-Y через мезоколон формували поздовжній панкреатоеюноанстомоз безперервним однорядним швом за допомогою особливого шовного матеріалу V-Loc 2-0.

Результати та їх обговорення. Ми мали одну конверсію до відкритої операції через неможливість знайти головну панкреатичну протоку та розвиток кровотечи з паренхіми підшлункової залози. Середній час операцій становив 207 хвилин. Післяопераційне перебування становило в середньому 9 діб, а середній строк follow-up спостереження – 12 місяців. У одного хворого спостерігалось підтікання жовчі до 4 діб (усім хорим також виконувалась холецистектомія). Летальних випадків не було. Всі пацієнти у віддаленому періоді мали зникнення болю та збільшення ваги.

Однак широкому впровадженню лапароскопічних операцій при хронічному панкреатиті заважає низька інформованість гастроентерологів про необхідність ранніх операцій при хронічному панкреатиті, що робить важкою селекцію хворих до даних втручань.

Висновки. Лапароскопічна поздовжня панкреатоеюностомія є безпечною, ефективною та доцільною операцією, особливо при «ранньому хронічному панкреатиті» без збільшення головки підшлункової залози.

Мініінвазивне лікування хронічного панкреатиту з транспапілярного доступу

П. В. Огородник, А. Г. Дейниченко, Н. А. Єрмак

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України

Актуальність. Виражений больовий синдром та структурні зміни в протоковій системі підшлункової залози є основними напрямками інтервенційної терапії при хронічному панкреатиті (ХП). Сучасні підходи при ендоскопічному лікуванні ХП включають: папіловірсуноготомию, дилатацію стриктур головної панкреатичної протоки (ГПП), механічну літотрипсію, вірсунголітоекстракцію та ендопанкреатичне стентування.

Мета: покращити результати хірургічного лікування хронічного панкреатиту шляхом раціонального застосування мініінвазивних ендоскопічних технологій.

Матеріали та методи. Нами досліджені результати ендоскопічного лікування 47 пацієнтів з хронічним панкреатитом та його ускладненнями, що знаходились на лікуванні в клініці інституту в період з 2007 по 2018 роки. Серед досліджуваних хворих було 35 (74,5%) чоловіків та 12 (25,5%) жінок. Середній вік пацієнтів склав $53,7 \pm 7,7$ років. Ендоскопічні втручання виконували в рентгеноопераційній за допомогою відеодуоденоскопів JF-1T 40, TJF-145VR, TJF – 150 VR Olympus, під контролем рентгенівської установки APELEM EVO-R (Франція).

Результати. Досліджувані хворі були розділені нами на 3 групи: 1) ХП + стриктура ГПП + вірсунгоектазія (n=14); 2) ХП + стриктура ГПП + вірсунголітіаз (n= 15); 3) ХП + тубулярний стеноз загальної жовчної протоки (n=18); Пацієнтам першої групи виконували папілотомію, вірсунготомію, балонну дилатацію стриктур ГПП з подаль-