

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

захворювання у 16 (64%) хворих, псевдокісти за умови наявності сполучення з Вірсунговою протокою та вірсунголітіаз стали причиною оперативного втручання у 9 (36%). У 17 (68%) перебіг захворювання ускладнився механічною жовтяницею.

Результати досліджень. В 21 (84%) випадку операція була виконана в 1 етап, у 4 (16%) через складність канюляції бажаної протоки на першому етапі виконувалась голкова папілосфінктеротомія і другим етапом проводилась канюляція. 14 хворим, з встановленим діагнозом гострого біліарного панкреатиту, виконувалась типова канюляція холедоха з наступною папілосфінктеротомією та балонною літоекстракцією. В 2-х випадках через наявність вираженого папілостенозу доступ до бажаної протоки вдалося отримати за допомогою супрапапілярної холедоходуоденостомії. Виконання даного втручання в перші години від початку захворювання дозволило зупинити розвиток патоморфологічних змін в паренхімі підшлункової залози, які обумовлені порушенням вільного відтоку її секрету конкрементами холедоха. У цих пацієнтів на фоні проведення адекватної інфузійної терапії ми спостерігали швидкий регрес клінічних проявів захворювання.

Обговорення результатів досліджень. Основним завданням ендоскопічного лікування стриктур головної панкреатичної протоки та панкреатичних нориць є встановлення пластикових панкреатичних стентів вище ділянки звуження або дефекту стінки ГПП. В нашому дослідженні у 9 хворих з доброякісними ураженнями головної панкреатичної протоки, що виникли внаслідок хронічного панкреатиту виконано стентування ГПП. З метою полегшення доступу до бажаної протоки всім хворим проводилась ЕПСТ. Вірсунголітіаз мав місце у 1 хворого, якому проведено успішну літоекстракцію. У 1 пацієнта мала місце функціонуюча панкреатична нориця, як результат перенесеного панкреонекрозу, у зв'язку з неефективним консервативним лікуванням спрямованим на її закриття нами виконано стентування головної панкреатичної протоки через стриктуру, що створило умови до закриття нориці. В п'яти випадках проведено стентування ГПП з приводу псевдокіст підшлункової залози різної локалізації.

Висновки. Сучасний стан розвитку ендоскопічної хірургічної техніки та обладнання сприяє зростанню числа органозберігаючих оперативних втручань в лікуванні доброякісних захворювань підшлункової залози. Отримані результати довели, що ендоскопічні транспапілярні втручання при кістах підшлункової залози та стриктурах головної панкреатичної протоки дозволяють не тільки діагностувати зазначені зміни, але і ліквідувати явища протокової гіпертензії з відновленням адекватного відтоку панкреатичного соку або жовчі, виконати ефективне внутрішнє дренування псевдокісти.

Вірсунгектомія при хронічному панкреатиті

В. Г. Ярешко, Ю. О. Міхеєв

Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України

Сучасні методи лікування ускладнень хронічного панкреатиту включають різноманітні види хірургічних втручань від ендоскопічних транспапілярних до навіть панкреатектомії з аутотранспланацією островкових клітин. Найбільш поширеними в хірургічному лікуванні хронічного панкреатиту є різноманітні варіанти дуоденумзберігаючих резекцій підшлункової залози, але у разі панкреатичної гіпертензії без збільшення головки підшлункової залози найчастіше виконують поздовжній панкреатоеюноанастомоз. Однак при наявності кальцинатів та стриктур панкреатичних проток меншого порядку

виконання даної операції не завжди дозволяє ліквідувати панкреатичну гіпертензію за межами головної панкреатичної протоки. Окрім цього, більш половини хворих, що перенесли поздовжню панкреатоєюностомію, через 3–5 років після операції відмічають рецидив больового синдрому та прогресування ускладнень хронічного панкреатиту. Це свідчить про необхідність усувати не тільки центральну протокову гіпертензію, а і периферичну. Запропонована О.В. Воробей циліндрична лазерна вірсунгектомія дозволяє ліквідувати периферичну панкреатичну гіпертензію, однак потребує дорогого устаткування.

Мета роботи. Покращення результатів хірургічного лікування хворих на ХП без збільшення головки підшлункової залози шляхом розробки та впровадження вірсунгектомії з визначенням показань до її виконання.

Матеріали та методи. Проаналізовані результати хірургічного лікування 256 хворих з ХП, що перебували у клініці з 2003 по 2018 роки. З них чоловіків було 208 (81,25%), жінок – 48 (18,75%). Вік хворих складав від 18 до 83 років, у середньому $42,8 \pm 1,8$. Хворих без збільшення головки підшлункової залози та кістозно-дегенеративних змін хвоста підшлункової залози, яким виконано продольна панкреатоєюностомія було 28, з них вірсунгектомія виконана 5 хворим. Запропонований спосіб хірургічного лікування хронічного панкреатиту здійснюється шляхом проведення продольного розтину підшлункової залози з видаленням стінки головної панкреатичної протоки та видаленням конкрементів з проток другого порядку з подальшим формуванням поздовжнього панкреатоєюноанастомозу (патент на корисну модель № 113114).

Результати та обговорення. Обґрунтуванням виконання вірсунгектомії при хронічному панкреатиті є те, що у ряду хворих конкременти розташовані не лише у головної панкреатичної протоці, а і безпосередньо під її стінкою. Завдяки даному способу хірургічного лікування хронічного панкреатиту усувається не лише центральна панкреатична протокова гіпертензія, а і непрохідність панкреатичних проток менших порядків, що забезпечує найкращі віддалені результати. Післяопераційних ускладнень при виконанні вірсунгектомії не відмічалось. На даний момент строки спостереження (follow up) складають від 6 місяців до 2 років. За даними міжнародних опитувальників SF-36 та EORTC – PAN 28 виявлено достовірне збільшення показників функціональних шкал.

Висновки. Виконання вірсунгектомії у хворих на хронічний панкреатит без збільшення головки підшлункової залози та з наявністю кальцинатів під стінкою головної панкреатичної протоки усуває не лише центральну панкреатичну протокову гіпертензію, а і непрохідність панкреатичних проток менших порядків, що забезпечує найкращі результати в найближчому та віддаленому післяопераційному періодах.