

Перспективи подальших розробок

Таки чином, в подальшому планується розпрацювати оптимальні шляхи розрішення хірургічної тактики при коломіхуровому інфільтраті.

Література

1. Андрищенко В.П., Прикупенко В.І., Андрищенко Д.В. Поодинокі, численні, поєднані ускладнення гострого холециститу та можливі їх корекції з використанням загальноприйнятних і сучасних хірургічних технологій // Клінічна хірургія. – 2004. – №4. – С.39–40.
2. Бондарев Р. В. Особенности хирургической тактики при лапароскопической хирургии в условиях перивезикального абсцесса, распространенного перитонита // Клінічна хірургія. – 2007. – №2/3. – С. 65–66.
3. Кондратенко П. Г. Герасименко Е.А. Роль и место миниинва-

зивных вмешательств в хирургическом лечении острого холецистита // Врачебная практика. – 2004. - №6 - С. 36–39.

4. Конькова М. В. Доплерографія в діагностиці гострого холециститу // Шпитальна хірургія. – 2005. – № 2. – С. 28–31.
5. Ничитайло М.Ю., Скумс А.В., Литвиненко О.М. та ін. Лапароскопічна холецистектомія в умовах гострого холециститу // Проблеми медичної науки та світу. – 2005. – № 2. – С. 53–55.
6. Осадець В.С., Василюк М.Д., Василюк С.М., Шевчук А.Г. Клініка гострого холециститу, ускладненого коломіхуровим інфільтратом та його хірургічне лікування // Шпитальна хірургія. – 2004. – № 4. – С. 130–132.
7. Павловський М.П., Коломійцев В.І., Шахова Т.І. та ін. Лікувальна тактика при гострому холециститі в епоху лапароскопічної хірургії // Львівський медичний часопис. – 2005. – № 4. – С. 47–49.

Надійшла 01.07.2014 року.

УДК 616.366–003.7:616.36–008.6–089

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

В. І. Русин, С. С. Філіп, О. О. Болдіжар, К. Є. Румянцев
ДВНЗ «Ужгородський Національний Університет»

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

В. И. Русин, С. С. Филип, А. А. Болдизхар, К. Е. Румянцев
ГВУЗ «Ужгородский Национальный Университет»

SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATIONS OF CHRONIC PANCREATITIS

V. I. Rusyn, S. S. Filip, O. O. Boldizhar, K. Ye. Rumiantsev
Uzhgorod National University

Резюме. В роботі представлено результати лікування 192 хворих на ускладнений хронічний панкреатит, у яких виконано 77 малоінвазивних операцій і 115 лапаротомних втручань. На основі проведених досліджень автори приходять до висновку, що основною метою хірургічного лікування хронічного панкреатиту є органозберігаюча концепція виконання оперативних втручань, що дозволяє не тільки частково відновити зовнішню секреторну активність підшлункової залози, але і максимально зберегти інкреторну функцію органу та ліквідувати больовий синдром.

Ключові слова: хронічний панкреатит, псевдокіста підшлункової залози, малоінвазивні методи, хірургічне лікування.

Резюме. В работе представлены результаты лечения 192 больных осложненным хроническим панкреатитом у которых выполнено 77 малоинвазивных операций и 115 лапаротомных вмешательств. На основании проведенных исследований авторы приходят к выводу, что основной целью хирургического лечения хронического панкреатита является органосохраняющая концепция выполнения оперативных вмешательств, что позволяет не только частично восстановить внешне секреторную активность поджелудочной железы, но и максимально сохранить инкреторную функцию органа и ликвидировать болевой синдром.

Ключевые слова: хронический панкреатит, псевдокиста поджелудочной железы, малоинвазивные методы, хирургическое лечение.

Summary. The paper presents the results of treatment of 192 patients with chronic pancreatitis who have undergone 77 minimally invasive operations and 115 laparotomic intervention. Based on these studies, the authors have come to conclusion that the main goal of surgical treatment of chronic pancreatitis is the concept of conserving surgical intervention, which allows not only to restore partially the appearance secretory activity of the pancreas, but also to preserve endocrine organ function and eliminate pain.

Key words: chronic pancreatitis, pancreatic pseudocyst, minimally invasive techniques, surgical treatment.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Хронічний панкреатит (ХП) за поширеністю, росту захворюваності, тимчасової непрацездатності та інвалідизації є важливою соціально-економічною проблемою. У структурі захворюваності органів травної системи частка ХП становить від 5,1 до 9 %, а в загальній захворюваності - від 0,2 до 0,6%. За останні 30 років відмічена загальносвітова тенденція до збільшення захворюваності гострим і ХП більш ніж у два рази. Поширеність захворювання в США і Данії складає 3,5–4 випадки на 100 тисяч населення, в Європі - 25 випадків на 100 тисяч населення. В Україні відзначено більш інтенсивне зростання захворюваності панкреатитом серед всіх вікових груп населення: він становить 9–25 випадків у дітей і 27,4–50 на 100 тисяч населення у дорослих [1, 2, 5].

Зростання захворюваності хронічним панкреатитом серед осіб молодого працездатного віку, розвиток тяжких

ускладнень, що призводять до ранньої інвалідизації хворих, диктує необхідність вдосконалення діагностики та лікування даного захворювання [3, 4].

З метою покращення результатів лікування хворих на ХП оцінити результати хірургічного лікування в залежності від характеру ускладнення та ступеня патологічних змін в ПЗ.

Матеріали та методи

На стаціонарному лікуванні у хірургічній клініці Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. Андрія Новака м. Ужгород за більше як десятирічний період, від січня 2000 до вересня 2013 року, знаходилося 192 хворих з ускладненим ХП. За статеву ознакою хворі поділені наступним чином: 119 (62,0%) чоловіків та 73 (38,0%) жінок у віці від 28 до 64 років (середній вік – 43,6).

Клінічна картина характеризувалась у всіх хворих диспепсичними розладами травлення та больовим синдромом у (94,4% пацієнтів). Функціональний та морфологічний стан ПЗ оцінювали за результатами загальноклінічних, біохімічних, імунологічних, сонографічних методів дослідження (УСГ), комп'ютерної томографії (КТ), фіброезофагогастродуоденоскопії (ФЕГДС). Стан головної панкреатичної протоки (ГПП) досліджували за допомогою ретроградної холангіопанкреатографії (РХПГ).

Найбільш інформативним методом діагностики ураження ПЗ було УСГ, за допомогою якого верифікували псевдо- та інтрапанкреатичні кісти в ПЗ, структуру тканини ПЗ, ширину ГПП та наявність в ній конкрементів. У випадках недостатньої верифікації змін в паренхімі ПЗ проводилась КТ з внутрішньовенними рентгенконтрасним підсиленням. ЕРПХГ проводилась не у всіх пацієнтів, із-за частих загострень ХП та посилення больового синдрому. За допомогою ФЕГДС виявляли стиснення ззовні дванадцятипалої кишки псевдо- та інтрапанкреатичними кістами ПЗ.

Консервативне лікування при загостренні ХП проводили усім хворим, яке було направлено на пригнічення секреції залози, боротьба з больовим синдромом, зменшення стазу в протоках і дванадцятипалої кишки, а в період ремісії терапія була спрямована на максимальне відновлення функцій підшлункової залози.

Показами хірургічних операцій були: 1. Неefективність повноцінної консервативної терапії протягом кількох місяців. 2. Наявність органічного чинника, який потребує усунення (стеноз, структура, дилатація ГПП, кіста ПЗ).

Хворі були розподілені на 2 групи в залежності від методу оперативного втручання: I група – 158 (82,3%) хворих з псевдокістами ПЗ, II група – 34 (17,7%) хворі, які потребували корекції протокової системи.

Серед пацієнтів I групи, зі сформованими псевдокістами, ускладнений перебіг, який вплинув на вибір та тактику лікування, було діагностовано у 107 (67,7%) пацієнтів.

При виборі способу та об'єму операції у хворих з ускладненим перебігом ХП оцінювали стан протокової системи, характер та локалізацію перешкоди відтоку панкреатичного вмісту. За ступенем дилатації ГПП ми розрізняємо: 1 ступінь дилатації – до 4,0 мм; 2 ступінь дилатації – від 4,0 до 8,0 мм; 3 ступінь дилатації – більш 8,0 мм. В залежності від ступеню дилатації ГПП застосовувалися різні види оперативних втручань.

Результати досліджень та їх обговорення

У 77 хворих оперативне лікування вдалося обмежити малоінвазивними способами. Ендоскопічне внутрішнє дренування виконали у 51 хворого зі ПК підшлункової залози: ендоскопічна цистогастростомія (ЕЦГС) – у 16 (31,4%) хворих, ендоскопічна цистодуоденостомія (ЕЦДС) – у 9 (17,6%) пацієнтів, ендоскопічна цистогастростомія + дренування порожнини псевдокісти – у 8 (15,7%), ендоскопічна цистодуоденостомія + дренування порожнини псевдокісти – у 2 (3,9%), ендоскопічна цистодуоденостомія + транспапільярне ендоскопічне ретроградне дренування (ТЕРД) – у 6 (11,8%), ендоскопічна цистогастростомія + цистоназальне дренування – у 3 (5,9%), ендоскопічна цистогастростомія + дренування порожнини псевдокісти + цистоназальне дренування – у 2 (3,9%), ТЕРД – у 3 (5,9%) хворих та транспапільярна цистодуоденостомія – у 2 (3,9%) пацієнтів.

При ознаках нагноєння псевдокісти у 10 (19,6%) хворих ендоскопічна цистогастростомія та ендоскопічна цистодуоденостомія доповнювалась дренуванням порожнини псевдокісти за допомогою катетерів типу „Pigtail”, розміром 12 French. У восьми із них використано по два катетера типу „Pigtail”.

У трьох хворих при ознаках інфікування вмісту псевдокісти виконували ЕЦГС + цистоназальне дренування катете-

ром „Zimmon” 12F для санації порожнини та бактеріологічного контролю в післяопераційному періоді. Усім пацієнтам з назоцистодренуванням проводили контрастну назоцистографію, деескалаційну антибактеріальну терапію, інтраопераційно та через кожні 3 доби виконували посіви вмісту псевдокісти та ультрасонографічний моніторинг.

У 2 (3,9%) хворих яким було виконано ЕЦГС + дренування порожнини псевдокісти паралельно до попередньо встановленого дренажу проводили цистоназальне дренування катетером „Zimmon” 12F.

Кровотечі з судин кісти ПЗ є одним із найбільш тяжких та небезпечних ускладнень. Кровотеча діагностована нами у 19 хворих, однак досягнути належного гемостазу шляхом використання рентгенендоваскулярних методик вдалось тільки у 8 (42,1%) випадках.

Стиснення вихідного відділу шлунка із явищами високої кишкової непрохідності діагностовано у 4 (7,8%) пацієнтів із ускладненим перебігом псевдокісти ПЗ, яке було ліквідовано формуванням ендоскопічного цистодуодено- чи цистогастроанастомозу.

Нами діагностовано тромбоз селезінкової вени у 21 хворого зі сформованими ПК, який клінічно проявлявся ознаками помірно вираженого гіперспленізму. Пацієнтам цієї групи виконані ендоваскулярні втручання: ендоваскулярна емболізація селезінкової артерії – у 14 хворих, ендоваскулярна емболізація селезінкової артерії і лівої шлункової артерії – у 7.

У 51 хворого, яким були застосовані малоінвазивні способи лікуванням ускладнених сформованих ПК, при трансдуоденальному ендоскопічному ретроградному дренуванні протоки ПЗ у трьох випадках наступила облітерація дренажа, що потребувало його заміни. Серед пацієнтів з виконаною ендоскопічною цистогастростомією у одного хворого відмічено випадіння дренажу, що також потребувало його заміни, у п'яти хворих відмічена кровотеча під час створення цистогастростомії, яку вдалося зупинити під час процедури коагуляцією. У одного пацієнта з назоцистогастральним дренажем на третю добу після дренування виникла шлункова кровотеча середнього ступеня тяжкості з випадінням дренажу внаслідок блювання. Кровотеча зупинена консервативно. Назоцистогастральний зонд замінено на внутрішній дренаж типу „pigtail” через 6 діб після кровотечі, що відбулася.

Рецидив ПК спостерігався у 2 пацієнтів після транспапільярного ретроградного дренування та у 2 хворих після ендоскопічної цистогастростомії. На наш погляд, це було пов'язано з недостатньою величиною анастомозу.

Резекційні способи лікування ПК підшлункової залози проведено 24 пацієнтам: ПДР – 3 хворих, дистальна резекція+спленектомія – 15, дистальна резекція – 2, висічення кісти – 2 випадки.

У хворих з сформованими псевдокістами ПЗ були виконані наступні лапаротомні операції внутрішнього дренування: цистогастростомія за Дос-Сантос – 13 випадків, цистогастростомія за Юрасем – 13, цистодуоденостомія – 15, поєднання ЦГС+ЦДС – 6, цистоеюностомія – 14, панкреатикоєюностомія – 14 пацієнтів. Серед 83 хворих, яким були виконані лапаротомні операції внутрішнього дренування, ускладнення розвинулися лише у 3 випадках, проте у двох закінчилися летально.

Таким чином, післяопераційна летальність становила 1,3% (2 випадки), а ускладнення 2 класу (потенційно небезпечні для життя) становили 13,6% (32 випадки).

У II групі хворих, залежно від ступеня дилатації ГПП виконували наступні види оперативних втручань: при дилатації ГПП I ст. – стентування ГПП, вірсунготомія – 26 хворих, при дилатації II – III ст. – дренуючі оперативні втручання – 8 пацієнтів.

Найбільш часто виконували ендоскопічну вірсунго-

томію. У 85% хворих спостерігали виражене зменшення інтенсивності болю. У віддаленому періоді у 4 пацієнтів діагностовано рецидив стенозування вустя панкреатичної протоки. Якщо протягом двох місяців після ЕПСТ, вірсунготомії зберігався больовий синдром виставляли показання до дренуючої операції.

При фіброзному ХП з дилатацією протоки ПЗ 3 ступеню виконували поздовжню панкреатоєюностомію. При цьому протоку ПЗ розкривали широко з контролем прохідності її дистальних відділів; при наявності в ній конкрементів їх видаляли для відновлення протокової прохідності. При виконанні панкреатоєюноанастомозу обов'язково співставляли слизові оболонки протоки ПЗ і тонкої кишки, що попереджало рубцювання анастомозу, та поліпшувало віддаленні результати лікування. Під час операції вважаємо обов'язковим видалення ділянок ПЗ з найбільш вираженою рубцевою деформацією панкреатичних проток, що ліквідує протокову гіпертензію та сприяє послабленню больового синдрому у оперованих хворих.

Висновки

Хірургічна корекція ускладнень при хронічному панкреатиті вимагає індивідуального підходу до кожного окремого

клінічного випадку. Основними критеріями ефективності хірургічного втручання у цієї групи хворих є органозберігаючий підхід з відновленням адекватного відтоку панкреатичного соку.

Література

1. Аналіз результатів мінінвазивного хірургічного лікування хворих з ускладненим хронічним панкреатитом / Б.С. Запорожченко, А.А. Горбунов, В.І. Шишлов [та ін.] // Наук. Вісн. Ужгород. Ун-ту. Сер. «Медицина». – 2007. – Вип. 31. – С. 109-111.
2. Дренирующие и резекционные операции в хирургическом лечении хронического панкреатита / В.М. Копчак, И.В. Хомяк, К.В. Копчак, А.И. Зелинский // Анналы хир. гепатол. – 2008. – № 3. – С. 167-168.
3. Криворучко І.А. Хірургічне лікування хронічного панкреатиту / І.А. Криворучко, В.В. Бойко, А.В. Сивожелізов // Науковий вісник Ужгородського університету. – 2006. – № 29. – С. 66-69.
4. Хірургічне лікування хронічного панкреатиту / І.М. Шевчук, М.Г. Шевчук, А.Д. Хруник, М.Б. Федорків // Український Журнал Хірургії. – 2011. – № 3 (12). – С. 211-214.
5. 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.

Надійшла 01.07.20104 року.

УДК 616.13-005.4-036.121.81-031.38-089.844

МОЖЛИВОСТІ ПОЄДНАННЯ РЕКОНСТРУКЦІЙНИХ ВТРУЧАНЬ ТА МЕТОДІВ НЕПРЯМОЇ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ ПРИ КРИТИЧНІЙ ІШЕМІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК

В. І. Русин, В. В. Корсак, Я. М. Попович, В. В. Русин
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

ВОЗМОЖНОСТИ СОЧЕТАНИЯ РЕКОНСТРУКЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И МЕТОДОВ НЕПРЯМОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

В. И. Русин, В. В. Корсак, Я. М. Попович, В. В. Русин
ГБУЗ «Ужгородский национальный университет»

THE POSSIBILITY OF RECONSTRUCTIVE AND INDIRECT REVASCULARIZATION TECHNIQUES COMBINATION IN CRITICAL LIMB ISCHEMIA

V. I. Rusyn, V. V. Korsak, Ya. M. Popovych, V. V. Rusyn
Uzhhorod National University, Uzhgorod

Резюме. У роботі наведено аналіз результатів обстеження та лікування 412 хворих із оклюзійно-стенотичними ураженнями стегново-підколінно-гомількового сегмента, яким виконано реконструкційно-відновні втручання, методи непрямой реvascularization та їх комбінування. Комплексне клініко-інструментальне обстеження пацієнтів дало можливість обґрунтувати алгоритм хірургічної тактики. Прокідність гомількових шунтів у віддаленому післяопераційному періоді та збереження зони реконструкції після ендартеректомії через 5 років спостерігали в 14,5% та 7,1%, при умові збереження кінцівки у 56,3% та 55,9% пацієнтів відповідно. Застосування методів ізольованої непрямой реvascularization дозволяє зберегти кінцівку після профундопластики в 38,6%, після поперекової симпатектомії – у 38,1%, після реvascularization остеотрепанції – у 37,6% спостережень; комбіноване застосування профундопластики та реvascularization остеотрепанції дозволяє зберегти кінцівку у 47,6% випадків. При поєднанні шунтуючих втручань з РОТ прохідність зони реконструкції склала 23,4%, а збереженість кінцівки – 63,7%, а при поєднанні шунтуючих втручань з ПС ці показники становили – 18,6% та 61,3% відповідно.

Ключові слова: оклюзійно-стенотичне ураження, критична ішемія нижніх кінцівок, профундопластика, шунтування, реvascularization остеотрепанція, поперекова симпатектомія.

Резюме. В работе приведен анализ результатов обследования и лечения 412 больных с окклюзионно-стенотическими поражениями бедренно-подколенной-берцового сегмента, которым выполнено реконструктивно-восстановительные вмешательства, методы непрямой реvascularization и их сочетание. Комплексное клинико-инструментальное обследование пациентов позволило обосновать алгоритм хирургической тактики. Прокідности берцовых шунтов в отдаленном послеоперационном периоде и сохранение зоны реконструкции после ендартеректомии через 5 лет наблюдали в 14,5% и 7,1%, при условии сохранения конечности у 56,3% и 55,9% пациентов соответственно. Применение методов изолированной непрямой реvascularization позволяет сохранить конечность после профундопластики в 38,6%, после поясничной симпатэктомии – в 38,1%, после реvascularization остеотрепанции – в 37,6% наблюдений; комбинированное применение профундопластики и реvascularization остеотрепанции позволяет сохранить конечность в 47,6% случаев. При сочетании шунтирующих вмешательств с реvascularization остеотрепанцией прохідность зоны реконструкции составила 23,4%, а сохранность конечности – 63,7%, а при сочетании шунтирующих вмешательств с поясничной