

традиційними вмешательствами, в середньому на  $1,8 \pm 0,4$  і  $3,7 \pm 0,1$  сутки відповідно.

#### **ВИВОДИ**

HALS адреналектомія дозволяє удалити опухоль більше 4 см вне зависимости от гистоло-

гической структуры при отсутствии признаков распространения злокачественного процесса.

Методика HALS расширяет возможности хирурга, облегчает выполнение основного этапа операции и ликвидацию возникающих осложнений.



УДК 616.366.-003.7-07-089

**О.Б. Кутувий,  
К.О. Денисова,  
Д.В. Балик**

## **ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПУХЛИНАМИ ПЕРИАМПУЛЯРНОЇ ЗОНИ**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
вул. В. Вернадського, 9, Днепр, 49044, Україна  
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»  
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine  
e-mail: dsma@dsma.dp.ua*

Захворюваність на рак підшлункової залози неухильно зростає і становить близько 9,5-11 на 100 тис. населення на рік.

Мета роботи – оцінка безпосередніх та віддалених результатів хірургічного лікування пухлин периапулярної зони.

Нами проведено аналіз результатів 92 ПДР, виконаних за період з 2008, у клініці хірургії № 2 на базі Дніпровської обласної лікарні ім. І.І. Мечникова. Серед хворих було 49 (53,2%) чоловіків і 43 (46,8%) жінки у віці від 24 до 81 року. Середній вік пацієнтів –  $58,5 \pm 7,9$  року. У гістологічній структурі пухлин аденокарцинома головки підшлункової залози становила – 74,6%, псевдотуморозний панкреатит – 12,0%, аденома підшлункової залози – 3,6%, скірозний рак – 3,6%, нейроендокринні пухлини – 2,4%, ПІСТ – 1,2%, ацинарний паренхіматозний рак – 1,2%, протоковий рак – 1,2%. При цьому у 80 (86,9%) випадках пухлина виходила з головки підшлункової залози, у 7 (7,6%) – з великого дуоденального сосочка, у 5 (5,4%) – з холедоха. За наявності жовтяниці легкого або середнього ступеня тяжкості хірургічне втручання виконували одним етапом. У випадку наявності жовтяниці важкого ступеня був реалізований двоетапний підхід до лікування. Першим етапом проводили деком-

пресію жовчних шляхів (черезшкірно – через печінкове дронування жовчних проток). Після зовнішнього дронування повертали жовч до шлунково-кишкового тракту та проводили гепатотропну терапію. Жовч повертали перорально, призначаючи антисекреторні та обволікуючі засоби для захисту слизової стравоходу та шлунка. Для нейтралізації гірких властивостей жовчі її розводили з напоями, що містили лимонну кислоту, таким чином виключаючи появу печії та нудоти. Проміжок часу між першим та другим етапами лікування становив  $29 \pm 9,4$  доби. Критерієм виконання хірургічних втручань другого етапу був рівень білірубінемії нижче 50 мкмоль/л. 62 (67,3%) хворим панкреатодуоденальна резекція була виконана другим етапом лікування, 30 (32,6%) хворим – першим. Виділення і видалення органоккомплексу проводили стандартним шляхом у 47 (51,0%) пацієнтів, за "no-touch" технологією – у 45 (48,9%). Пілорозберігаюча ПДР виконана в 12 (13,0%) випадках. Відновлювальний етап ПДР здійснювався за Whipple. Вибір методу панкреатоєюноанастомозу залежав від поперечних розмірів перешийка і тіла підшлункової залози, діаметра Вірсунгової протоки. У 18 (19,5%) випадках проведена вірсунгоєюностомія, у

12 (13,0%) – анастомоз за типом «кінець у бік», у 61 (66,3%) – анастомоз за типом «кінець у кінець», у тому числі у власній модифікації. У 60 (65,2%) хворих паренхіма підшлункової залози була твердою, у 32 (34,7%) – м'якою. Для порівняння результатів використовували групу зі 120 хворих, що перенесли паліативні операції.

Серед ранніх ускладнень ПДР спостерігали: неспроможність панкреатоєюноанастомозу – 15 (16,3%), гастростаз – 6 (6,5%), шлунково-кишкові кровотечі – 4 (4,3%), неспроможність гепатикоєюноанастомозу – 3 (3,2%), некроз культі підшлункової залози – 3 (3,2%), тромбоз артеріального алопротеза – 1 (1,08%), кровотеча в черевну порожнину – 1 (1,08%), гостра рання спайкова непрохідність – 1 (1,08%). У 10 (10,8%) випадках неспроможність панкреатоєюноанастомозу розвивалась після формування телескопічних панкреатоєюноанастомозів «кінець у кінець», у 3 (3,2%) – після вірсунгоєюностомії і в 1 (1,08%) – після панкреатоєюноанастомозу «кінець у бік». Крім того, неспроможними частіш за

все були анастомози при «м'якій» паренхімі підшлункової залози – 11 (11,9%), ніж при «твердій» – 4 (4,3%).

Пізні ускладнення представлені післяопераційними вентральними кілами – 18 (19,5%), виразковою хворобою гастроентероанастомозу – 1 (1,08%). Померло 8 хворих, післяопераційна летальність – 8,6%.

Аналіз виживаності пацієнтів, що перенесли радикальне і паліативне лікування, виконаний за методом Каплана-Меєра. При цьому 1-річна виживаність пацієнтів, що перенесли ПДР, становила 59,0%, 3-річна – 33,5%, 5-річна – 20,4%.

Скорочення загального числа ускладнень і летальності після панкреатодуоденальної резекції пов'язане з оптимальним вибором хірургічної тактики. Аналіз виживаності хворих, що перенесли радикальне хірургічне лікування з приводу злякисних новоутворень, порівняно з хворими, що перенесли паліативні операції, дозволяє говорити про достовірну ефективність ПДР.

