

- селезінки у здорових міських юнаків та дівчат Поділля різного віку /С.О.-Кривов'яз, С.В.Прокопенко // Biomedical and Biosocial Anthropology.- 2009.- №13.- С.174-179.
- Масляков В.В. Травма селезенки: основные факторы, определяющие возможность выполнения органосохраняющих операций /В.В.Масляков, Ю.Г.Шапкин, Ю.В.Чалык //Эндоскопическая хирургия.- 2011.- Т.17, №1.- С.3-5.
- Маховский В.В. Состояние проблемы и пути оптимизации органосохраняющей тактики в хирургии селезенки /В.В.Маховский //Вопр. реконструктивной и пластич. хирургии.- 2014.- Т.17, №3 (50).- С.42-55.
- Проблемы послеоперационных гнойно-септических осложнений при травме живота с повреждениями селезенки в свете иммунных нарушений /Э.Б.Усеинов, А.Ф.Исаев, М.В.Киселевский [и др.] //Хирургия.- 2006.- №2.- С.69-72.
- Carter J.L. Somatotyping - development and applications /J.L.Carter, B.H.Heath.- Cambridge University Press, 1990.- 504 p.
- Heymssfield S.B. Anthropometric measurement of muscle mass: revised equations for calculating bone-free arm muscle area /S.B.Heymssfield //Am. J. Clin. Nutr.- 1982.- Vol.36, №4.- P. 680-690.
- Matiegka J. The testing of physical efficiency /J.Matiegka //Amer. J. Phys. Anthropol.- 1921.- Vol.2, №3.- P.25-38.

Прокопенко С.В., Булик Р.Е., Антоненко Е.В.

ЛИНЕЙНЫЕ СОНОГРАФИЧЕСКИЕ РАЗМЕРЫ И АКУСТИЧЕСКАЯ ПЛОТНОСТЬ СЕЛЕЗЕНКИ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ МУЖЧИН ПОДОЛЬЯ РАЗНЫХ СОМАТОТИПОВ

Резюме. Определены особенности линейных размеров и акустической плотности селезенки у практически здоровых мужчин Подолья разных соматотипов. Установлено, что у мужчин эктоморфного соматотипа длина, толщина, высота селезенки и селезеночный индекс достоверно больше или имеют значительные тенденции к большим значениям по сравнению с мужчинами мезоморфного и эндо-мезоморфного соматотипов. Определена значительная тенденция к большему значению селезеночного индекса у мужчин эндо-мезоморфного соматотипа по сравнению с мужчинами со средним промежуточным соматотипом. Акустическая плотность селезенки на продольном сечении статистически значимо меньше или имеет значительные тенденции к меньшему значению у мужчин мезоморфного соматотипа по сравнению с мужчинами эндо-мезоморфного и среднего промежуточного соматотипов. Достоверных различий диаметра селезеночной вены между мужчинами разных соматотипов не установлено.

Ключевые слова: сонография селезенки, антропо-соматометрические показатели, здоровые мужчины, соматотип.

Prokopenko S.V., Bulyk R.E., Antonets O.V.

LINEAR SONOGRAPHIC SIZE AND ACOUSTIC DENSITY SPLEEN IN PRACTICALLY HEALTHY MEN FROM PODILLYA WITH DIFFERENT SOMATOTYPES

Summary. The features of the linear dimensions and acoustic density of spleen in practically healthy men with different somatotypes from Podillya are set. Found that in men with ectomorphic somatotype length, thickness, height of the spleen and splenic index was significantly larger or have significant tendency to greater value compared with men with mesomorphic and endo-mesomorphic somatotype. Determined significant tendency to greater value splenic index in men with endo-mesomorphic somatotype compared with men with an average somatotype intermediate. Acoustic density of spleen in longitudinal section statistically significant smaller or has a significant tendency to lower values in men with mesomorphic somatotype compared with men with endo-mesomorphic somatotype and middle intermediate. Significant differences in the diameter of splenic vein between men with different somatotypes not installed.

Key words: sonography of spleen, somatometric-anthropo indexes, healthy male, somatotype.

Рецензент - д.мед.н., профессор Гунас І.В.

Стаття надійшла до редакції 23.06.2015 р.

Прокопенко Сергій Васильович - к.мед.н., ст. наук. співроб., завідувач науково-дослідного центру Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова; +38 067 121-00-05

Булик Роман Євгенович - д.мед.н., проф. завідувач кафедри медичної біології та генетики Буковинського державного медичного університету; +38 03722 3-30-21

Антоненко Олена Володимирівна - пошукувач науково-дослідного центру Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова; +38 098 321-04-44

© Пролом Н.В.

УДК: 616.37+616-082+616-003.4

Пролом Н.В.

ДУ "Інститут гастроентерології НАМН України" (просп. Правди, 96, м. Дніпропетровськ, 49000, Україна)

ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ КІСТОЗНИХ УТВОРЕННЯХ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Резюме. У хірургічному відділі органів травлення ДУ "Інститут гастроентерології НАМН України" за 2014-2015 рр. обстежено 472 вкорих з патологічними змінами у підшлунковій залозі (ПЗ), з яких - 65 пацієнтів з кістозними утвореннями ПЗ. Хірургічні втручання виконані у 31 (47,7%) пацієнтів. Вид, об'єм та строк виконання оперативного втручання визначався походженням кісти ПЗ, локалізацією і розміром, станом протокової системи ПЗ (наявність стріктур, розширень різної протяжності, вірсунголітазом), їх взаємовідношенням з головною панкреатичною протокою, а також враховували ознаки активності запалення ПЗ та ступінь фіброзу ПЗ. Оперативні втручання були розподілені за функціональною спрямованістю на IV типи: I

- дренаж (виконано у 16 (51,6%) пацієнтів), II - органозберігаючі цистектомічні операції (виконано у 2 (6,4%) пацієнтів); III - органозберігаючі резекційно-дренажні (виконано у 3 (9,7%) пацієнтів) та IV - резекційні (виконано у 8 (25,8%) пацієнтів).

Ключові слова: підшлункова залоза, кісти підшлункової залози, оперативні втручання з приводу кіст підшлункової залози.

Вступ

Накопичений багаторічний досвід хірургічної панкреатології свідчить про те, що неадекватний підхід до вибору виду оперативного втручання при кістозних утвореннях підшлункової залози (ПЗ) часто приводить до незадовільних результатів, рецидиву кістозного процесу і невилікованості основного захворювання, що викликало утворення панкреатичної кісти. Вибір адекватної тактики лікування кіст підшлункової залози (КПЗ) залежить від багатьох чинників, які не завжди можливо встановити на доопераційному етапі: терміни утворення кісти, відсутність або наявність в порожнині секвестрів, ступінь зрілості стінки КПЗ і взаємозв'язок з протоками ПЗ, стан головної панкреатичної протоки (ГПП), наявність онкологічного процесу [Карюхин, 2014].

Аналіз літературних даних показує, що питання щодо вибору методу хірургічного лікування КПЗ і на сьогоднішній день залишається дискусійним. Оперативні втручання при КПЗ можна умовно розділити на основні варіанти: зовнішнє дренажування КПЗ, внутрішнє дренажування КПЗ, зовнішньо-внутрішнє дренажування КПЗ, радикальні операції, малотравматичні пункційно-дренажні операції під контролем методів медичної візуалізації, переслідуючі мету внутрішнього і зовнішнього дренажування КПЗ [Узденов, 2010]. Існує велике різноманіття лікувальних підходів до пацієнтів з КПЗ. Існують як прихильники максимально вичікувальної тактики, так і автори, які віддають перевагу радикальному підходу [Ращинский, 2012]. Часто мета хірургічного лікування пацієнтів, страждаючих ХП з КПЗ, не може бути вирішена за допомогою одномоментного оперативного втручання. Тому, у ряді випадків, фахівці вимушені розділяти лікування на 2 і більше етапи.

Операції зовнішнього дренажування КПЗ є одним з основних і часто вживаних способів хірургічного лікування КПЗ, показання до якого виявляються у 25-30% хворих. А у пацієнтів з несформованими і ускладненими кістами відсоток застосування лапаротомного зовнішнього дренажування до активного впровадження малоінвазивних втручань під контролем ультразвукового дослідження (УЗД) досягав 85,0 - 95,0% [Тамм и др., 2013, Шевченко и др., 2014]. Внутрішнє дренажування КПЗ в шлунково-кишковий тракт (ШКТ) набуло найбільшої популярності, і частота його використання досягає 60,0%. Прихильники даної групи методик обґрунтовано стверджують, що створення внутрішнього дренажу КПЗ призводить до усунення больового синдрому, забезпечує відтік соку ПЗ в ШКТ, запобігає подальшому порушенню функції ПЗ, має менше ризик розвитку ускладнень, властивих зовнішньому дренажуванню КПЗ, що сприяє більшій вірогідності отримання добрих результатів [Мухин и др., 2005; Кеск, 2009].

Безперечною перевагою радикальних оперативних

способів лікування КПЗ є можливість ліквідації основного патоморфологічного субстрата хронічного панкреатиту - видалення паренхіми зміненої підшлункової залози, що приводить не лише до зникнення панкреатичної кісти, але і можливому поліпшенню якості життя пацієнтів за рахунок дозволу клініки основного захворювання, тобто усунення больового і інших провідних синдромів [Клименко и др., 2011; Карюхин, 2014].

Таким чином, актуальне завдання вибору оптимального методу лікування хворих з КПЗ на сучасному рівні остаточно не вирішено. Зростання захворюваності панкреатитом, значна кількість ускладнень, висока летальність при невчасному лікуванні хворих з КПЗ, різноманітність методів хірургічного і мініінвазивного втручання, відсутність чіткого алгоритму їх використання послужили підставою для проведення даного дослідження.

Метою нашого дослідження була розробка селективної тактики хірургічного лікування при кістозних утвореннях підшлункової залози.

Матеріали та методи

У хірургічному відділі органів травлення Державної установи "Інститут гастроентерології НАМН України" за період 2014-2015 рр. обстежено 472 хворих на патологічні зміни ПЗ, з яких для спостереження відібрано 65 пацієнтів з кістозними утвореннями ПЗ - МКХ-10 (шифр К 86.2, 86.3), з яких хірургічні втручання виконані у 31 пацієнта. Обстежені пацієнти з кістозними утвореннями ПЗ були розподілені на дві групи: I групу склали 51 (78,5%) пацієнт з післянекротичними кістами (ПК) ПЗ, II групу - 14 (21,5%) пацієнтів з кістозними пухлинами ПЗ. Пацієнти I групи були розподілені на дві підгрупи: IA підгрупа - 21 (41,2%) пацієнт із зрілими (сформованими) ПК ПЗ та IB підгрупа - 30 (58,8%) пацієнтів з незрілими (несформованими) ПК ПЗ.

Діагностична програма обстеження включала лабораторну діагностику (функціональні проби печінки с визначенням активності ферментів холестеразу лужної фосфатази (ЛФ), гамма-глутамилтрансферази, панкреатичних ферментів в крові та сечі), інструментальна діагностика проводилася на апараті УЗД ("Kransbuller Sonoscor 30" (Germany); "TOSHIBA XARIO SSA-660A), при необхідності, КТ (апарат "TOSHIBA AKVILION MULTI TSX 101A" (Japan)). Проводили морфологічне та імуногістохімічне дослідження визначення біоптати ПЗ (отримані під час операції з голівки, тіла і хвостової частини ПЗ).

Результати. Обговорення

Всім хворим на етапі передопераційної підготовки проводили інтенсивну, патогенетично і симптоматично обґрунтовану, терапію, що направлена на зниження інтенсивності больового синдрому, купірування місце-

вих запальних процесів. Після максимально можливо купірування проявів загострення хронічного панкреатиту хворих лікували хірургічно.

При оцінці оперативних втручань останні були розподілені за функціональною спрямованістю на IV типи: I - дренажні (виконано у 16 (51,6%) пацієнтів), II - органозберігаючі цистектомічні операції (виконано у 2 (6,4%) пацієнтів); III - органозберігаючі резекційно-дренажні (виконано у 3 (9,7%) пацієнтів) та IV - резекційні (виконано у 8 (25,8%) пацієнтів).

Вид, об'єм та строк виконання оперативного втручання визначався походженням КПЗ, локалізацією і розміром, станом протокової системи ПЗ (наявність стриктур, розширень різної протяжності, вірсунголітіазом), їх взаємовідношенням з головною панкреатичною протокою, а також враховували ознаки активності запалення ПЗ (Деклараційний патент України на корисну модель № 92494 UA) та ступеню фіброзу ПЗ (Деклараційний патент України на корисну модель № 90761 UA). Так, у пацієнтів із незрілими (несформованими) ПК ПЗ невеликих розмірів (до 3-4 см), активним запаленням (за даними клінічних, лабораторних досліджень) та без ускладнень проводили консервативну терапію, нагляд у динаміці. У хворих з незрілими (несформованими) ПК ПЗ, неактивним запаленням проводили консервативну терапію, при необхідності - мініінвазивне втручання (при ускладненнях, пов'язаних з великими розмірами

ПК - більше 4-5 см). У пацієнтів зі зрілими (сформованими) ПК ПЗ, активним запаленням ПЗ та пізнім фіброзом проводили консервативну терапію, направлену на зниження запального процесу, після чого проводили оперативне втручання. А у хворих зі зрілими (сформованими) ПК ПЗ, неактивним запаленням - проводили оперативне втручання.

Після встановлення діагнозу кистозного утворення віддавали перевагу резекційним методам оперативного втручання (в залежності від локалізації процесу - в голівці, в тілі чи в хвості ПЗ): панкреатодуоденальна резекція ПЗ (ПДР) - у 3 (42,9%) пацієнтів, дистальна резекція ПЗ - у 3 (42,9%). Незважаючи на значний вибір сучасних методів променевої діагностики, виключити пухлинний характер процесу в голівці підшлункової залози вдається до операції не завжди, що вимагає виконання ПДР. Дистальна резекція ПЗ сумісно з кістою в поєднанні зі спленектомією була виконана при локалізації кистозного процесу у хвості ПЗ. Характер оперативних втручань у хворих з кистозними утвореннями ПЗ представлений у таблиці 1.

Тактика хірургічного лікування хворих I групи залежала від належності до підгрупи. Так, у IA підгрупі із зрілими (сформованими) ПК ПЗ оперативне лікування проведено у 17 (80,9%) та у IB підгрупі із незрілими (несформованими) ПК ПЗ - у 7 (23,3%) пацієнтів.

На вибір тактики лікування та типу оперативного втру-

Таблиця 1. Характер оперативних втручань у хворих з кистозними утвореннями ПЗ.

Оперативні втручання		кількість хворих		кількість хворих	
		абс	%	абс	%
Дренажні оперативні втручання під контролем УЗД	пункція та аспірація кісти ПЗ під УЗ-контролем	1	3,2	4	12,9
	ЗДПКПЗ під УЗ-контролем	3	9,6		
Ендоскопічні дренажні втручання	ендоскопічна цистодуоденостомія	1	3,2	1	3,2
Зовнішнє дренирування КПЗ під УЗ-контролем + відкрите оперативне втручання	цистодуоденостомія	1	3,2	4	12,9
	цистоентеростомія	2	6,4		
	цистоентеростомія+ дренирування абсцесу	1	3,2		
Лапаротомія, зовнішнє дренирування кісти		3	9,6	3	9,6
Операції внутрішнього дренирування кісти	цистоентеростомія	1	3,2	4	12,6
	цистогастростомія	1	3,2		
	цистопанкреатоєюностомія на виключеній по Ру петлі тонкої кишки	2	6,4		
Органозберігаючі резекційно-дренажні операції	операція за Фреєм	3	9,6	3	9,6
Резекційні операції:	ПДР	4	12,9	8	25,2
	дистальна резекція ПЗ з спленектомією	3	9,6		
	дистальна резекція ПЗ з спленектомією + панкреатоєюностомією	1	3,2		
Органозберігаючі цистектомічні операції:	енуклеація кісти ПЗ	2	6,4	2	6,4
Паліативні оперативні втручання	холедохоєюностомія, гастроентеростомія	2	6,4	2	6,4
Всього				31	100,0

Таблиця 2. Характер оперативних втручань у хворих зі зрілими (сформованими) КПЗ.

Вид оперативних втручань	Кількість (n=17)	
	абс. к-ть	%
пункція та аспірація КПЗ під УЗ-контролем	1	5,9
Зовнішнє дренивання КПЗ під УЗ-контролем	2	11,8
ендоскопічна цистодуоденостомія	1	5,9
Зовнішнє дренивання КПЗ під УЗ-контролем + цистодуоденостомія	1	5,9
Зовнішнє дренивання КПЗ під УЗ-контролем + цистоентеростомія	2	11,8
Зовнішнє дренивання КПЗ під УЗ-контролем + цистоентеростомія на виключеній по Ру петлі тонкої кишки + дренивання абсцесу	1	5,9
цистоентеростомія на виключеній по Ру петлі тонкої кишки	1	5,9
цистогастростомія	1	5,9
холедохоєюностомія, гастроентеростомія	1	5,9
ПДР	1	5,9
дистальна резекція ПЗ з спленектомією+ панкреатоєюностомія	1	5,9
операція за Фреєм	3	17,4
енуклеація кісти ПЗ	1	5,9
Всього	17	100,0

Таблиця 3. Характер оперативних втручань у хворих із незрілими (несформованими) КПЗ

Вид оперативних втручань	Кількість (n=7)	
	абс. к-ть	%
зовнішнє дренивання КПЗ під УЗ-контролем	1	14,3
цистопанкреатоентеростомія	2	28,5
лапаротомія, зовнішнє дренивання КПЗ	3	42,9
холедохоєюностомія та гастроентеростомія	1	14,3
Всього	7	100,0

Таблиця 4. Характер оперативних втручань у хворих з КП ПЗ.

Вид оперативних втручань	Кількість (n=7)	
	абс. к-ть	%
дистальна резекція ПЗ	3	42,9
енуклеація кісти ПЗ	1	14,2
ПДР	3	42,9
Всього	7	100,0

чанья у хворих ІА підгрупи (із зрілими (сформованими) ПК ПЗ) впливало розмір ПК, локалізація (інтра-, екстрапанкреатичне розміщення), рівень активності запалення (за даними лабораторних досліджень) та ступінь фіброзу (за даними морфологічного дослідження). Дренуючі та органозберігаючі резекційно-дренуючі операції були виконані у хворих з ПК ПЗ з урахуванням ознак активного запалення та ступеня фіброзу ПЗ. Характер оперативних втручань у хворих із зрілими (сформованими) КПЗ представлений у таблиці 2.

Так, у хворих ІА підгрупи з екстрапанкреатичним

розташуванням КПЗ без ускладнень (без розширення ГПП) без активного запалення виконували внутрішні дреноуючі оперативні втручання (цистогастростомія - у 1 (5,9%), цистодуоденостомія - у 1 (5,9%), цистоентеростомія на виключеній по Ру петлі тонкої кишки - у 3 (17,4%)) без дренивання ГПП, а у хворих з розширенням ГПП (перешкодження у дистальній частині протоки), без активного запалення та з пізнім фіброзом - виконували дреноуючі оперативні втручання з її дрениванням (цистопанкреатоєюностомія на виключеній по Ру петлі тонкої кишки).

Радикальні оперативні втручання проведено у 5 (29,4%) хворих з інтрапанкреатичним розташуванням КПЗ та з розширенням ГПП без активного запалення. В залежності від локалізації (головка, тіло, хвіст ПЗ) виконували резекційні оперативні втручання: операція Фрея проведена у 3 (17,4%) пацієнтів, ПДР - в 1 (5,9%) пацієнта, дистальна резекція ПЗ із панкреатоєюностомією на виключеній по Ру петлі тонкої кишки - в 1 (5,9%) пацієнта.

В 1 (5,9%) пацієнта ІА підгрупи, як випадок, виконано енуклеацію КПЗ. В 1 (5,9%) пацієнта ІА підгрупи із КПЗ з активним запаленням, що ускладнилась дуоденальною непрохідністю та механічною жовтяницею, виконано паліативне оперативне втручання - лапаротомія, холедохоєюностомія та гастроентеростомія.

На вибір тактики лікування та типу оперативного втручання у хворих ІБ підгрупі з незрілими (несформованими) КПЗ впливали розмір ПК, локалізація (інтра-, екстрапанкреатичне розміщення), рівень активності запалення (за даними лабораторних досліджень) та ступінь фіброзу (за даними морфологічного дослідження) (табл. 3).

У 3 (42,9%) пацієнтів із незрілими (несформованими) КПЗ було виконано лапаротомія, зовнішнє дренивання КПЗ, у післяопераційному періоді контролювали УЗД в динаміці. В 1 (14,3%) пацієнта ІБ підгрупи, враховуючи ускладнення (механічну жовтяницю, порушення пасажу їжі по антральному відділу шлунку та дванадцятипалої кишки) та активне запалення, проведено паліативне оперативне втручання - лапаротомія, холедохоєюностомія та гастроентеростомія. У 2 (28,5%) хворих ІБ підгрупи було виконано цистопанкреатоентеростомію на виключеній по Ру петлі тонкої кишки на фоні активного запалення та раннього фіброзу, що призвело до виникнення ускладнень в післяопераційному періоді (недійсність швів анастомозу).

У хворих на кистозні утворення ПЗ операції вибору - резекційні методи (панкреатодуоденальна резекція, дистальна резекція ПЗ). На вибір методу оперативного втручання у хворих на кистозні утворення ПЗ впливали розміри та локалізація, розповсюдженість процесу, супутня патологія пацієнтів. Характер оперативних втручань у хворих на кистозні пухлини ПЗ представлений у таблиці 4.

ПДР по Уіпплу було виконано у 3 (42,9%) пацієнтів, дистальні резекції ПЗ були виконані у 3 (42,9%) хворих. Ускладнення були у 14,3% у вигляді недійсності швів

анастомозу. Летальних випадків не було.

Висновки та перспективи подальших розробок

Отже, у хірургічному лікуванні хворих з КПЗ необхідне застосування диференційованого підходу до вибору оперативного втручання не тільки залежно від локалізації кисти, її характеру і розмірів, а також від ступеню зрілості КПЗ, з урахуванням ознак активності запалення ПЗ та ступеню фіброзу ПЗ:

1. - у пацієнтів з незрілими (несформованими) ПК ПЗ невеликих розмірів (до 3-4 см), активним запаленням, проводять консервативну терапію, нагляд в динаміці;

2. - у хворих із незрілими (несформованими) ПК ПЗ, неактивним запаленням проводили консервативну

терапію, при необхідності - виконання мініінвазивних втручань;

3 - у пацієнтів зі зрілими (сформованими) ПК ПЗ, активним запаленням ПЗ та пізнім фіброзом проводили консервативну терапію, направлену на зниження запального процесу, після чого проведення оперативних втручань;

4 - у хворих зі зрілими (сформованими) ПК ПЗ, неактивним запаленням - проводять оперативне втручання;

5 - у хворих на кістозні пухлини більше 3 см - операцією вибору є резекційні способи.

В наступних дослідженнях планується вивчення функціонального стану підшлункової залози у прооперованих хворих у віддаленому післяопераційному періоді та якість життя пацієнтів після операції.

Список літератури

- Карюхин И.В. Дифференцированное лечение кист поджелудочной железы при хроническом панкреатите: дисс. ... к. мед. н. /И.В.Карюхин.- Рязань.- 2014.- 173с.
- Комплексный подход к ведению периоперационного периода у больных с постнекротическими кистами поджелудочной железы /А.С.Мухин, Л.А.Отдельнов, И.С.Симутис [и др.] // Человек и его здоровье.- 2005.- №2.- С.45-48.
- Морфологическое обоснование лечения кист поджелудочной железы /Т.И.-Тамм, Б.М.Даценко, В.В.Непомнящий [и др.] //Укр. журнал хірургії.- 2013.- №3 (22).- С.156-159.
- Проблемные вопросы хирургического лечения хронического панкреатита и пути их решения /В.Н.Клименко, А.В.Клименко, А.А.Стещенко [и др.] //Сучасні мед. технології.- 2011.- №3-4.- С.153-156.
- Ращинский С.М. Анализ результатов хирургического лечения боли у пациентов, страдающих хроническим панкреатитом /С.М.Ращинский //Новости хирургии.- 2012.- Т.18, №1.- С.21-29.
- Узденов М.Б. Дифференцированный выбор метода хирургического лечения кист поджелудочной железы: автореф. дис. ... к. мед. н. /М.Б. Узденов.- Ставрополь, 2010.- 36с.
- Эффективность эндоскопического лечения псевдокист поджелудочной железы по результатам отдаленного периода /В.Г.Шевченко, Б.С.Запорожченко, А.А.Горбунов [и др.] //Вісник Вінницького нац. мед. унів.- 2014.- Т.18, Ч.2, №1.- С.36-38.
- Keck T. The inflammatory pancreatic head mass: significant differences in the anatomic pathology of German and American patients with chronic pancreatitisdetermine very different surgical strategies /T.Keck //Ann. Surg.- 2009.- Vol.249, №1.- P.105-110.

Пролом Н.В.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Резюме. В отделе хирургии органов пищеварения ГУ "Институт гастроэнтерологии НАМН Украины" за период 2014-2015 гг. обследовано 472 больных с патологическими изменениями поджелудочной железы, из которых - 65 пациентов с кистозными образованиями поджелудочной железы. Хирургические вмешательства выполнены у 31 (47,7%) пациента. Вид, объем и срок выполнения оперативного вмешательства определяли происхождением кисты поджелудочной железы, локализацией и размером, а также состоянием протоковой системы поджелудочной железы (наличие стриктур, расширений различной протяженности, вирсунголитиаза), взаимоотношением кист с главным панкреатическим протоком, а также учитывали признаки активности воспаления поджелудочной железы и степень фиброза. Оперативные вмешательства были распределены по функциональной направленности на IV типа: I - дренирующие (выполнено у 16 (51,6%) пациентов), II - органосохраняющие цистэктомические операции (выполнено у 2 (6,4%) пациентов); III - органосохраняющие резекционно-дренирующие (выполнено у 3 (9,7%) пациентов) и IV - резекционные (выполнено у 8 (25,8%) пациентов).

Ключевые слова: поджелудочная железа, кисты поджелудочной железы, оперативные вмешательства по поводу кист поджелудочной железы.

Prolom N.V.

MEDICAL TACTIC AT CYSTS OF PANCREAS

Summary. For the period 2014-2015 we observed 472 patients with pathology of pancreas in the surgery department of organs of digestion State Institution "Institute of Gastroenterology NAMS of Ukraine", from which 65 patients had cysts of the pancreas. Surgical procedures were performed in 31 (47.7%) patients. The type, amount and duration of surgical intervention depended upon origin, location and size of pancreatic cysts, as well as the ductal system of the pancreas (presence of strictures, extensions of various lengths, virsungolitiiaz), correlation of cysts and the main pancreatic duct, we also took into account the active signs of inflammation of the pancreas and the extent of its fibrosis. Surgeries were divided on IV types by functional orientations: I - draining (were performed in 16 (51.6%) patients), II - organ-saving cystectomy operation (were performed in 2 (6.4%) patients); III - organ-saving resection-draining (were performed in 3 (9.7%) patients) and IV - resection (were performed in 8 (25.8%) patients).

Key words: pancreas, pancreatic cysts, surgery on the gland cysts pancreas.

Рецензент: д. мед. н., профессор, Шевченко Б.Ф.

Стаття надійшла до редакції 22.04.2015р.

Пролом Наталія Вікторівна - к. мед. н., ст. наук. сп. відділу хірургії органів травлення ДУ "Інститут гастроентерології НАМН України", +38 067 284-11-07; prlom1978@gmail.com