

терапії та вивчення ефективності еферентних методів детоксикації.

Література

1. Белоусова Е. А. Панкреатит у лиц пожилого возраста / Е. А. Белоусова, Н. В. Никитина // Фармагека. – 2010. – № 2. – с. 19–24.
2. Шевчук І. М. Профілактика гнійно-септичних ускладнень гострого некротичного панкреатиту у хворих похилого та старечого віку / І. М. Шевчук, Р. Т. Кузенко, М. Г. Шевчук [та ін.] // Науковий вісник Ужгородського університету. – 2011. – № 2 (41). – с. 294–298.
3. Хомяк І. В. Індивідуалізована хірургічна тактика в лікуванні хворих на гострий некротичний панкреатит // Український журнал хірургії. – 2009. – № 1. – с. 129–133.
4. Панкреонекрозы / В. С. Савельев, М. И. Филимонов, С. З. Бурневич [и др.]. – М.: ООО “Медицинское информационное агенство”, – 2008. – 264 с.
5. Андрищенко В. П. Гострий панкреатит: аналіз пріоритетних складових комплексного хірургічного лікування з позицій сучасних наукових досліджень / В. П. Андрищенко, Д. В. Андрищенко, В. А. Магльований [та ін.] // Український журнал хірургії. – 2011. – № 5 (14). – с. 83–87.
6. Сипливий В. О. Результати хірургічного лікування хворих на гострий панкреатит, ускладнений ураженням заочеревинної клітковини / В. О. Сипливий, К. В. Конь, В. І. Робак [та ін.] // Практична медицина. – 2010. – № 4 (том XVI). – с. 170–176.
7. Капшитарь А. В. Лапароскопия в оптимизации хирургической тактики у больных панкреонекрозом / А. В. Капшитарь // Український журнал хірургії. – 2011. – № 3 (12). – с. 249–251.
8. Клепацкий В. Г. Эндовидеохирургия в комплексном лечении тяжелых форм острого панкреатита / В. Г. Клепацкий, А. К. Ракишев, Т. Ж. Кайырмагамбетов // Анналы хирургической гепатологии. – 2007. – № 3. – с. 197–199.
9. Гострий панкреатит / І. М. Шевчук, М. Г. Шевчук, М. М. Дроняк [та ін.] // Івано-Франківськ: Видавництво ІФДМУ, 2008. – 220 С.
10. Banks P. A. / P. A. Banks, M. L. // Freeman Practice guidelines in acute pancreatitis - Amer. J. Gastroenterol. - 2006. Vol. 101, P. 2379-2400.
11. Yang D. J. Early operation for fulminant acute pancreatitis: a possible way to decrease mortality / D. J. Yang, Y. I. He, S.R. Cai [et. al.] // Clin. Med. J. 2009. Vol. 199. № 13. P. 1492-1494.

Шевчук І.М., Пилипчук В.І., Кузенко Р.Т., Протас В.В.

Особенности клинической симптоматики и хирургического лечения острого панкреатита у больных пожилого и старческого возраста

Резюме. В течении 2005-2012 гг на лечении находились 90 больных с острым панкреатитом пожилого и старческого возраста. Среди них

54 (60%) мужчин, 36 (40%) женщин, средний возраст $69 \pm 1,3$ лет. Алиментарный фактор преобладал в 36 (40%) больных, желчекаменная болезнь и ее осложнения - у 31 (34,4%), применения медицинских препаратов - у 13 (14,4%) больных. В 9 (10%) больных причины возникновения заболевания не установлены. На догоспитальном этапе диагностические ошибки имели место у 29 (32,7%) больных. Интерстициальный острый панкреатит диагностирован у 34 (37,7%) больных, очаговый панкреонекроз - у 27 (30%), тотально субтотальный панкреонекроз - у 29 (32,2%) больных. Асептическое течение заболевания установлено у 56 (63%), инфицированный - у 34 (37,7%), острые жидкостные образования имели 10 (11,1%) больных. Лапароскопические вмешательства выполнены у 50 (55,5%) больных. Лапаротомию выполнили в 36 (40%) больных. В 18 (50%) из 36 больных проведены релапаротомии. После мининвазивных вмешательств умерли 6 (10%) из 60 больных. После лапаротомии умерли 14 (38%) из 36 больных. Основной причиной смерти был тяжелый сепсис с полиорганной недостаточностью. Установлены ряд особенностей анестезиологического обеспечения оперативных вмешательств и интенсивной терапии у больных пожилого и старческого возраста.

Ключевые слова: острый панкреатит, преклонный возраст, хирургическое лечение.

Shevchuk I.M., Pulupchuk V.I., Kuzenko R.T., Protas V.V.

The Peculiarity Clinical Symptoms and Surgical Treatment of Acute Pancreatitis in a Patients of Elderly and Senile Years

Summary. The study of treatment 90 patients with the acute pancreatitis of elderly and senile years during 2005-2012 years. Among them 54 (60%) men, 36 (40%) women, by middle age - $69 \pm 1,3$ years. An alimentary factor prevailed patients in 36 (40%), biliary deases illness and complication - in 31 (34,4%), application of medical preparations - in 13 (14,4%) patients. In 9 (10%) patients the reason of origin disease not set. On the subhospital stage diagnostic errors took place in 29 (32,7%) patients. The interstitial acute pancreatitis is diagnosis in 34 (37,7%) patients, total-subtotal pankreonekrosis, - in 29 (32,2%), local pankreonekrosis - in 27 (30%) patients. Aseptic motion of disease is set 56 (63%) patients, infected - in 34 (37,7%), acute liquid educations has 10 (11,1%) patient. Laparoscopy interferences are executed in 50 (55,5%) patients. Laparotomy was executed in 36 (40%) of patients. In 18 (50%) from 36 patients conducted relaparotomy. After miniinvazion interferences died 6 (10%) from 60 patients. After laparotomy died 14 (38%) from 36 patients. Principal reasons of death were heavy sepsis with poliorgany insufficiency. The row of features of the anaesthetic providing of operative interferences and intensive therapy is set for patients elderly and senile years.

Key words. Acute pancreatitis, elderly and senile years, surgery treatment.

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК: 616-089+616.37-002

Шевчук І.М., Шевчук М.Г., Хруник А.Д., Сорочинський І.М.

Безпосередні результати хірургічних втручань у хворих на хронічний панкреатит

Кафедра хірургії № 2 (зав. каф. – проф. І.М.Шевчук)

Івано-Франківський національний медичний університет

Резюме. Проведений аналіз безпосередніх результатів хірургічного лікування 90 хворих з ускладненими формами хронічного панкреатиту, прооперованих у період з 2006 по 2011 рр. Дренувальні операції були проведені у 67 (74,4%) із 90 хворих. Поздовжню панкреатоєностомію виконали у 28 (41,8%) хворих, операцію Фрея – у 7 (10,4%), цистоеєностомію – у 26 (38,8%), цистододеностомію – у 2 (3%) цистопанкреатоєностомію – у 4 (5,9%) хворих. Дистальну резекцію підшлункової залози провели у 5 (5,5%) хворих. Зовнішнє дренування нагноєних псевдокіст здійснено у 14 (15,5%) хворих, з них у 12 – стилет-катетером типу «pig tail». У 4 (4,4%) хворих наклали біліодигестивні і гастродигестивні анастомози. Померли 2 хворих, післяопераційна летальність склала 2,2%. Основним методом лікування хворих з ускладненими формами хронічного панкреатиту є органозберігальні дренувальні операції, частота виконання яких становила 74,4%.

Ключові слова: хронічний панкреатит, хірургічне лікування.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Лікування хворих на хронічний панкреатит (ХП) є складною проблемою гастроентерології і хірургії. Клінічна картина ХП відрізняється поліморфізмом [1, 2]. Хронічний характер перебігу захворювання призводить до тяжких порушень інкреторної та ексреторної функції підшлункової залози (ПЗ) [3, 4]. Консервативне лікування ХП ефектiveness переважно в початкових стадіях захворювання за відсутності тяжких структурних змін у паренхімі ПЗ, її протоковій системі та сусідніх органах. Більшість хворих на ХП в минулому були прооперовані з приводу гострого некротичного панкреатиту [5].

З розвитком грубих фіброзних і фіброзно-дегенеративних процесів в ацинарній тканині, різноманітних порушень в протоковій системі ПЗ, що супроводжується розвитком протокової гіпертензії, в якості оптимального радикального лікування можлива лише хірургічна операція. В той же час прямі оперативні втручання відрізняються значними технічними труднощами, значним числом післяопераційних ускладнень і відносно високою післяопераційною летальністю, яка сягає 6-9%.

Мета дослідження. Поліпшення результатів хірургічного лікування хворих з ускладненими формами ХП шляхом розробки раціонального діагностичного алгоритму та удосконалення паренхімозберігаючих оперативних втручань на ПЗ.

Матеріал і методи дослідження

В основу дослідження покладений аналіз результатів лікування 90 хворих з ускладненими формами ХП, прооперованих у хірургічному відділенні Івано-Франківської ОКЛ з 2006 по 2011 рр. Діагностичний алгоритм у хворих включав аналіз скарг, дані анамнезу, об'єктивних лабораторних та інструментальних методів дослідження, включаючи УЗД, КТ з контрастним підсиленням, ЕРПХГ.

Хворих розподіляли відповідно до класифікації О.О.Шалімова (1997). Так, хронічний фіброзний панкреатит без дилатації головної панкреатичної протоки (ГПП) діагностований – у 7 (7,8%), хронічний фіброзний панкреатит з дилатацією ГПП – у 8 (8,9%) хворих. Фіброзно-дегенеративний ХП мали 75 (83,3%) хворих, з них фіброзно-кістозний, який супроводжувався вираженими морфологічними змінами різних відділів ПЗ, утворенням ретенційних і псевдокіст – у 52 (69,3%) хворих, калькульозний з наявністю конкрементів у паренхімі і ГПП ПЗ – у 23 (30,7%) хворих.

Результати дослідження та їх обговорення

Для фіброзного ХП характерний поступовий, прогресуючий перебіг без різкого погіршення загального стану хворих, що супроводжувалося дифузним поширенням фіброзних змін в ПЗ. Причиною спалахів гострого запалення і деструкції тканини ПЗ у 86% спостережень був тривалий токсичний вплив на ацинарну тканину токсичних речовин, зокрема алкоголю. Залежно від наслідків впливу на протокову систему ПЗ розрізняли фіброзний ХП без- або з панкреатичною гіпертензією, що супроводжувалося розширенням просвіту ГПП понад 5 мм. При фіброзному ХП розширення просвіту ГПП понад 5 мм, чи його звуження до 2-3 мм за наявності стійкого болювого синдрому були одним з показань до хірургічного лікування хворих.

У більшості хворих з фіброзно-дегенеративним ХП в анамнезі був перенесений гострий панкреатит, що стало відправною точкою у початку захворювання. Дегенеративні зміни в тканині ПЗ на тлі фіброзу надалі могли розвиватися з утворенням ретенційної чи псевдокісти, конкрементів (вогнищ кальцифікації ацинарної тканини або внутрішньопотокового літіазу) чи зовнішньої панкреатичної нориці.

Основними складовими комплексного лікування хворих була передопераційна підготовка як етап хірургічної корекції, оперативне втручання і післяопераційне ведення хворих. Основні напрямки передопераційної підготовки хворих передбачали усунення болювого синдрому, відновлення показників гомеостазу, попередження виникнення гострих запальних змін у ПЗ, профілактика можливих ускладнень з боку інших органів і систем. Проте, основним у комплексі лікувальних заходів було оперативне втручання, обсяг і характер його залежали від вираженості і характеру патологічних змін у ПЗ і суміжних з нею органах. У хворих на ХП виділяли дренуючі і резекційні оперативні втручання. При дренуючій операції виконували внутрішнє дренування протокової системи ПЗ без перетинання органа через усі шари, незалежно від можливого висічення її патологічно-змінених тканин. При резекційних втручаннях частину ПЗ, що видалється, перетинали через усю товщу органа від передньої до задньої поверхні, незалежно від характеру завершального етапу операції.

Дренуючі операції були проведені у 67 (74,4%) із 90 хворих. З них, поздовжню панкреатоеюностомію виконали у 28 (41,8%), операцію Фрея – у 7 (10,4%) хворих, цистоюностомію – у 26

(38,8%), цистодуоденостомію – у 2 (3%) цистопанкреатоеюностомію – у 4 (5,9%) хворих. Резекційні втручання (дистальна резекція ПЗ) проведені у 5 (5,5%) хворих на ХП. Операцію зовнішнього дренування ускладнених псевдокіст здійснено у 14 (15,5%) хворих, з них у 12 – стилет-катетером типу «pig tail». Оперативне втручання у 4 (4,4%) хворих передбачало накладання різного роду білодігестивних і гастроентероанастомозу.

Нами були встановлені певні особливості характеру проведених оперативних втручань за різних форм ХП. Так, з 7 хворих на фіброзний ХП без поширення просвіту ГПП дистальну резекцію ПЗ з спленектомією виконали у одного хворого при підозрі на пухлинне ураження хвоста ПЗ. Поздовжню панкреатоеюностомію з формуванням «штучної» протоки ПЗ за J. Izbicki проведено у 2 хворих. Здійснення втручання, яке передбачало проведення дуоденумзберігаючої передньої резекції головки і V-подібне висічення тіла ПЗ до протоків II-III порядку, що дозволило досягти стійкого позитивного результату дає право вважати його методом вибору. При значному збільшенні головки ПЗ, ознаках білярної гіпертензії і дуоденальної непрохідності прямих втручань на ПЗ не проводили. Оперативне втручання у 4 хворих передбачало накладання різного роду білодігестивних і гастроентероанастомозу.

Серед 8 хворих на фіброзний ХП з дилатацією ГПП до 7-9 мм поздовжню панкреатоеюностомію за О.О. Шалімовим виконали у 5 хворих. За ізольованого ураження головки ПЗ у 2 хворих проведено операцію Фрея. У одного хворого застосували методику панкреатоеюнодуоденостомії з використанням ізольованого сегмента тонкої кишки на живильній судинній ніжці, розроблену співробітниками Національного інституту хірургії та трансплантології АМН України ім. О.О. Шалімова. Для формування панкреатоеюноанастомозу використовували ізольований сегмент тонкої кишки, довжиною до 15 см, після чого вільний кінець сегмента анастомозували з передньою стінкою низхідної гілки дванадцятипалої кишки. Застосування цього методу дозволяло забезпечити фізіологічне постушення панкреатичного секрету у дванадцятипалу кишку.

Серед 46 хворих з фіброзно-дегенеративним ХП і псевдокістою ПЗ операцією вибору слугувала цистоюностомія, яку проведено у 26 хворих. Цистодуоденостомію здійснили у 2 хворих при ретродуоденальному розташуванні сформованої псевдокісти. Дистальну резекцію ПЗ з спленектомією провели у 4 хворих при псевдокісті хвоста. У 14 хворих з нагноєними псевдокістами здійснене зовнішнє дренування псевдокісти. У 12 з них втручання виконали під контролем ультразвукового дослідження, у 2 хворих хірургічну тактику було визначено під час лапаротомії.

Особливо складним є вибір методу оперативного втручання при ретенційних (інтрапанкратичних) кістах ПЗ. У 4 хворих за наявності широкої ГПП висікали передню стінку кісти з тканиною ПЗ, розсікали ГПП і формували цистопанкреатоеюноанастомоз. Створення такого анастомозу забезпечувало адекватне дренування порожнини кісти і протокової системи. Операцію Фрея виконали у 2 хворих при ретенційних кістах головки ПЗ, діаметром 2-4 см.

У 23 хворих з фіброзно-дегенеративним ХП були конкременти у паренхімі і ГПП. З них, у 20 хворих конкременти локалізувалися в ГПП, створюючи перешкоду для відтоку панкреатичного секрету, що супроводжувалося поширенням її просвіту. За такої ситуації у 18 хворих операцією вибору були вірсунголіпотомія та поздовжня панкреатоеюностомія.

У 2 хворих на тлі вірсунголітіазу виявляли псевдокісти. Крім відновлення прохідності ГПП, у них здійснювали внутрішнє дренування псевдокісти.

За наявності кальцинозу паренхіми у всіх відділах ПЗ у 3 хворих застосували модифіковану операцію Фрея. Після конусоподібного висічення ураженої кальцинозом тканини головки ПЗ проводили площинне висічення тканини ПЗ в ділянці тіла і хвоста, максимально звільняючи її від змінених тканин з наступним формуванням панкреатоеюноанастомозу. У одного з цих хворих панкреатоеюноанастомоз сформували на ізольо-

ваному сегменті тонкої кишки на живильній судинній ніжці.

Післяопераційні ускладнення виникли у 5 (5,5%) із 90 хворих, серед них нагноєння операційної рани (1), утворення абсцесу черевної порожнини (1), красвий некроз кукси резекованої частини ПЗ з утворенням тимчасової зовнішньої гнійної нориці (1), спайкова післяопераційна кишкова непрохідність (1), гострий післяопераційний панкреатит (2). Померли 2 хворих, післяопераційна летальність склала 2,2%.

Висновки

Показаннями до оперативного втручання у хворих з ускладненими формами ХП були наявність вираженого больового синдрому на тлі фіброзних або фіброзно-дегенеративних змін паренхіми ПЗ, порушення прохідності ГПП, наявність ретенційної (інтрапанкреатичної) і сформованої псевдокісти ПЗ, ураження суміжних органів з порушенням їх функцій.

Основним методом лікування ускладнених форм ХП вважаємо прямі оперативні втручання на ПЗ, зокрема, органозберігаючі дренажальні операції, частота виконання яких, за нашими даними, становить 74,4%. Здійснення непрямих оперативних втручань у таких хворих слід розцінювати як паліативну допомогу.

Перспективи подальших досліджень

Аналіз віддалених результатів проведених оперативних втручань і впровадження ендоскопічних методів лікування.

Література

1. Обоснования выбора способа хирургического лечения хронического панкреатита // Кубышкин В.А. Козлов И.А. Яшина Н.И. Шевченко Т.В. // Бюллетень сибирской медицины. – 2007. № 3. – С. 43-49.
2. Frey Ch. F. Description and rationale of a new operation for chronic pancreatitis // Ch. F. Frey, G. J. Smith // *Pancreas*. 1987. V. 2. P. 701-707.
3. Тактика хирургического лечения осложненных форм хронического панкреатита // Копчак В. М., Тодуров И. М., Дронов А. И., Хомяк И. В., Крестьянов Н. Е. // *Клн. хірургія*. – 2000. – № 1. – С. 10–13.
4. Хирургическое лечение хронического панкреатита // Копчак В. М., Хомяк И. В., Чевердюк Д. А., Копчак К. В., Зелинский А. И. // *Харківська хірургічна школа*. – 2009. – № 2.1 (33). – С. 124–125.

5. Гострий панкреатит // І. М. Шевчук, М. Г. Шевчук, М. М. Дроня та ін. // Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2008. – 220 с.

Шевчук І.М., Шевчук М.Г., Хрунік А.Д., Сорочинський І.М.

Непосредственные результаты хирургических вмешательств у больных хроническим панкреатитом

Резюме. Проведенный анализ непосредственных результатов хирургического лечения 90 больных с осложненными формами хронического панкреатита, прооперированных в период с 2006 по 2011 гг дренирующие операции были проведены у 67 (74,4%) из 90 больных. Продольную панкреатоэюностомию выполнили у 28 (41,8%) больных, операцию Фрея - у 7 (10,4%), цистоеюностомию - у 26 (38,8%), цистодуоденостомию - в 2 (3%) цистопанкреатоэюностомию - в 4 (5,9%) больных. Дистальную резекцию поджелудочной железы провели у 5 (5,5%) больных. Наружное дренирование нагноений псевдокист осуществлено в 14 (15,5%) больных, из них у 12 - стилет-катетером типа «pig tail». У 4 (4,4%) больных наложили билиодигестивный и гастродигестивный анастомозы. Умерли 2 больных, послеоперационная летальность составила 2,2%. Основным методом лечения больных с осложненными формами хронического панкреатита является органосохраняющие дренирующие операции, частота выполнения которых составила 74,4%.

Ключевые слова: хронический панкреатит, хирургическое лечение

Shevchuk I.M., Khrunyk A.D., Shevchuk M.G., Sorochynskii I.M.

The results of Surgery in Patients with Chronic Pancreatitis

Summary: The analysis of immediate results of surgical treatment of 90 patients with complicated forms of chronic pancreatitis, operated between 2006 and 2011 drainative operations were performed in 67 (74,4%) of 90 patients. Longitudinal pancreatojejunostomia performed in 28 (41,8%), Frey operation in 7 (10,4%) patients, cystojejunostomia in 26 (38,8%), cystoduodenostomia – in 2 (3%) cystopancreatojejunostomia – 4 (5,9%) patients. Had a distal resection in 5 (5,5%) patients. The operation external drainage complicated by pseudocyst in 14 (15,5%) patients of them in 12 stylet-catheter type «pig tail». In 4 (4,4%) patients impose biliary-enteric anastomoses and gastrodigestivni. Died 2 patients, postoperative mortality was 2,2%. The main method of treatment of patients with complicated forms of chronic pancreatitis is drainative limb surgery, the frequency of which was 74,4%.

Key words: chronic pancreatitis, surgical treatment.

Надійшла 25.06.2012 року.