

УДК 616.12-008+616-002-008.953-092+616-092.4

Насраллах А.Х.

Клінічні особливості перебігу метаболічного синдрому у жінок в постменопаузі

Кафедра терапії і сімейної медицини факультету післядипломної освіти

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

anas_nasrallah@hotmail.com

Резюме. Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є головною причиною смерті жінок у розвинутих країнах. Існує зв'язок між менопаузою та ССЗ. В жіночій популяції метаболічний синдром (МС) зустрічається в 20-30% осіб середнього віку; у міру розвитку менопаузи частота випадків його значно збільшується. **Мета дослідження** - дослідити клініко-лабораторні особливості перебігу МС у жінок в постменопаузі. **Матеріал та методи:** обстежено 130 хворих із метаболічним синдромом (МС), серед яких було 24 особи чоловічої статі та 106 жінок. Останні, в свою чергу, були розділені на дві групи: 80 осіб, які перебували в стані фізіологічної менопаузи, та 26 хворих із МС без ознак менопаузи. Проведені антропометричні дослідження, визначення ЧСС та офісного АТ, показників ліпідного обміну. **Отримані результати:** Менопаузальний МС характеризується високим ІМТ, який подібний до аналогічного показника у групі чоловіків із МС; ОТ в 1,2 рази перевищує контрольні значення ($p < 0,01$). Найбільш значущі порушення в ліпідогамі виявили у жінок із МС в постменопаузі. Рівень загального холестерину (ХС) в 1,22 рази перевищував показники контрольної групи ($p < 0,01$). Рівень триацилгліцеролів (ТГ) плазми крові майже в 2,5 рази був вищим від контрольних значень ($p < 0,001$). Концентрація холестерину ліпопротеїдів низької густини (ХС ЛПНГ) перевищувала контрольні параметри в 1,75 разів, а холестерину ліпопротеїдів дуже низької густини (ХС ЛПДНГ) – в понад 2,5 рази ($p < 0,001$). **Висновки.** Для менопаузального МС характерні порушення основних показників гемодинаміки: зростання ЧСС на 16,5%, рівнів САТ і ДАТ – на 30%, які корелюють з ІМТ та ОТ. У жінок в менопаузі з ознаками МС виявляються найбільш значущі порушення ліпідного обміну.

Ключові слова: метаболічний синдром, менопауза, ліпідний обмін.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є головною причиною смерті жінок у розвинутих країнах. Виникнення ССЗ у жінок затримується в часовому аспекті, загалом, на 10 років, порівняно з чоловічою популяцією [1]. Кардіоваскулярні недуги є рідкісними у віці до 45 років серед осіб жіночої статі, проте різко зростають в період менопаузи [2]. Вказаний факт зумовлює існування припущення щодо незалежного (окрім віку) зв'язку менопаузи та ризику ССЗ. Згадана гіпотеза підтверджується даними досліджень про високий несприятливий серцево-судинний ризик за умови хірургічної менопаузи та дослідження на тваринних моделях, які показали мінімальні судинні зміни до менопаузи та різке їх зростання в разі припинення місячних [3].

Метаболічний синдром (МС) характеризується наявністю складових компонентів, які значно підвищують ризик виникнення ССЗ чи цукрового діабету 2 типу. В жіночій популяції МС зустрічається в 20-30% осіб середнього віку; у міру розвитку менопаузи частота випадків його значно збільшується. Починаючи з 1988 року з моменту першої згадки Reaven про МС, існували численні класифікації даної патології – відповідно до визначень National Cholesterol Education Program (NCEP), міжнародної діабетичної федерації (International Diabetes Federation), та ВООЗ. В 2005 році Американська діабетична асоціація (American Diabetes Association) та Європейська асоціація з вивчення діабету (European Association for the Study of Diabetes) встановили тісний зв'язок МС та кардіоваскулярного ризику. Проведено багато міжнародних досліджень щодо підтвердження згаданого зв'язку [4].

Менопаузальний статус характеризуються певними зв'язками з розвитком МС, проте дані стосовно них є неповними. Багато обсерваційних кросс-секційних досліджень показали наявність високого вмісту в період менопаузи у

крові жінок тригліцеридів (ТГ) та низькі концентрації холестерину ліпопротеїдів високої густини (ХС ЛПВГ). Проте, інші дослідження, проведені в Європі, після врахування впливу вікових чинників заперечують дані зв'язки. У двох невеликих дослідженнях, проведених в Азії, не встановлена суттєва різниця у рівнях ТГ та ХС ЛПВГ у жінок доменопаузального та постменопаузального періодів. Вивчення ряду клініко-лабораторних параметрів серед когорти японських жінок, жертв атомного бомбування показало різницю тільки рівнів загального холестерину (ХС) у крові жінок у постменопаузі, проте не спостерігалась різниця у величині артеріального тиску (АТ) чи показника індексу маси тіла (ІМТ) [5].

Мета дослідження. Дослідити клініко-лабораторні особливості перебігу МС у жінок в постменопаузі.

Матеріал і методи дослідження

Обстежено 130 хворих із метаболічним синдромом (МС), серед яких було 24 особи чоловічої статі та 106 жінок. Останні, в свою чергу, були розділені на дві групи: 80 осіб, які перебували в стані фізіологічної менопаузи, та 26 хворих із МС без ознак менопаузи. Верифікація менопаузи проводилась згідно з рекомендаціями Американського товариства клінічних ендокринологів (2011). В дослідження також були включені 21 практично здорові жінки без ознак МС в менопаузі. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб. Діагноз МС виставлявся згідно з рекомендаціями Міжнародної діабетичної федерації (IDF – International Diabetes Federation), Американської серцевої асоціації (AHA – American Heart Association) та Національного інституту серця, легень та крові (NHLBI – National Heart, Lung and Blood Institute) (2005, 2009 – з доповненнями) [6]. Із антропологічних методів проводили визначення зросту (см), маси тіла (кг), обводу талії (ОТ) (см). На основі наявного зросту та маси тіла обчислювали індекс маси тіла (ІМТ) (кг/м²). Визначали частоту серцевих скорочень (ЧСС) та рівень офісного артеріального тиску (АТ). Типування ліпопротеїдемій здійснювалось за вмістом у плазмі крові холестерину (ХС), триацилгліцеролів (ТГ), холестерину ліпопротеїдів низької густини (ХС ЛПНГ), холестерину ліпопротеїдів високої густини (ХС ЛПВГ), холестерину ліпопротеїдів дуже низької густини (ХС ЛПДНГ) згідно з існуючими рекомендаціями. Статистичний аналіз проводили із використанням стандартного пакету програм Statistica 6.1 (StatSoft, Tulsa, OK, USA).

Результати дослідження та їх обговорення

Проведені антропометричні вимірювання показали значне перевищення показника індексу маси тіла (ІМТ) у чоловіків із МС в порівнянні з групою контролю: $32,09 \pm 1,62$ кг/м² проти $23,34 \pm 1,60$ кг/м² ($p < 0,01$). При цьому, 6 (25%) чоловіків мали ожиріння I ступеня, четверо (16,67%) – II ступеня, двоє – III ступеня (8,3%). Показник обводу талії (ОТ) був найвищий в групі чоловіків із МС - $111,42 \pm 3,57$ см проти $86,51 \pm 2,97$ см у практично здорових осіб ($p < 0,01$). ІМТ у жінок із МС репродуктивного віку перевищував аналогічний контрольний - $28,47 \pm 1,18$ кг/м² ($p < 0,05$), достовірно не відрізнявся від подібного показника у чоловіків ($p > 0,05$). ОТ був достовірно вищим від контрольного - $95,0 \pm 3,26$ см, проте нижчим від такого ж показника у чоловіків ($p < 0,05$).

Менопаузальний МС характеризується високим ІМТ - $32,31 \pm 0,71$ кг/м² ($p < 0,01$), який подібний до аналогічного показника у групі чоловіків із МС. При цьому, на ожиріння I ступеня страждали 26 жінок (32,5%), II ступеня – 12 (15%) осіб, III ступеня – 5 (6,25%) осіб. ОТ в 1,2 рази перевищує контрольні значення ($p < 0,01$) і складає $103,5 \pm 1,53$ см.

ІМТ у жінок в менопаузі без МС не відрізняється від

нормальних величин - $24,09 \pm 0,37$ кг/м² ($p > 0,05$) та достовірно нижчий від подібних показників в усіх обстежених із даним синдромом ($p < 0,01$). ОТ вищий від показника контрольної групи - $96,71 \pm 3,36$ см ($p < 0,05$), нижчий від ОТ чоловіків із МС ($p < 0,05$). У випадку наявності МС в усіх обстежених групах відзначається прямий кореляційний зв'язок між показниками ІМТ та ОТ: сильний - у чоловіків ($r = 0,87$, $p < 0,05$) та у жінок репродуктивного віку ($r = 0,86$, $p < 0,05$); середньої сили - у жінок в менопаузі ($r = 0,64$, $p < 0,05$).

У чоловіків із МС встановлені сильні прямі кореляційні зв'язки між ЧСС та ІМТ ($r = 0,80$, $p < 0,05$), ЧСС та ОТ ($r = 0,75$, $p < 0,05$). За умови розвитку менопаузального МС відмічається слабкий прямий кореляційний зв'язок між ЧСС та ІМТ ($r = 0,25$, $p < 0,05$), САТ та ІМТ ($r = 0,29$, $p < 0,05$); прямий зв'язок середньої сили - між ДАТ та ІМТ ($r = 0,40$, $p < 0,05$) і ДАТ та ОТ ($r = 0,34$, $p < 0,05$).

В усіх випадках МС супроводжувався порушеннями ліпідного обміну (табл. 1). Найбільш значущі порушення в ліпідограмі виявили у жінок із МС в постменопаузі. Рівень загального холестерину (ХС) в 1,22 рази перевищував показники контрольної групи ($p < 0,01$). Рівень триацилгліцеролів (ТГ) плазми крові майже в 2,5 рази був вищим від контрольних значень ($p < 0,001$). Концентрація холестерину ліпопротеїдів низької густини (ХС ЛПНГ) перевищувала контрольні параметри в 1,75 разів, а холестерину ліпопротеїдів дуже низької густини (ХС ЛПДНГ) - в понад 2,5 рази ($p < 0,001$). Заслугує увагу факт перевищення в 1,22 рази рівня ХС ЛПНГ у цій групі жінок подібних показників у чоловіків із

МС та в жінок репродуктивного віку з даним синдромом ($p < 0,05$). Рівні холестерину ліпопротеїдів високої густини (ХС ЛПВГ) недостовірно відрізнялись від даних групи контролю ($p > 0,05$), проте були нижчими. Зазначені зміни обумовили зростання показника коефіцієнта атерогенності (КА) у 2,16 рази та коефіцієнта співвідношення ТГ/ХС ЛПВГ у 2,52 рази ($p < 0,001$), що може бути свідченням вираженого атеросклеротичного процесу в даній когорті хворих.

В когорті жінок репродуктивного віку із МС рівні ХС у 1,22 рази перевищували контрольні значення ($p < 0,01$), ТГ - удвічі ($p < 0,001$), ХС ЛПНГ - у 1,44 рази ($p < 0,05$), ХС ЛПДНГ - у 1,86 разів ($p < 0,001$), КА - в 1,74 рази ($p < 0,01$), індексу ТГ/ХС ЛПВГ - в 2,5 рази ($p < 0,001$).

Концентрація ХС в плазмі крові чоловіків із МС у 1,23 рази була вища, ніж у групі контролю ($p < 0,01$); ТГ - у 2,16 разів ($p < 0,001$), ХС ЛПНГ - в 1,43 рази, ($p < 0,05$), ХС ЛПДНГ - у 2,14 разів ($p < 0,001$), КА - удвічі ($p < 0,01$), індексу ТГ/ХС ЛПВГ - в 2,31 разів ($p < 0,001$).

У зв'язку із втраченою захисних властивостей естрогенів порушення ліпідного обміну відмічали також і в постменопаузальних жінок без ознак МС. Зокрема, рівні ХС в 1,2 рази перевищували аналогічний у групі контролю ($p < 0,05$), ТГ - в 1,84 рази ($p < 0,001$), ХС ЛПНГ - в 1,53 рази ($p < 0,01$), ХС ЛПДНГ - в 1,82 рази ($p < 0,001$), КА - удвічі, ТГ/ХС ЛПВГ - у 2,87 разів ($p < 0,001$).

В усіх групах обстежених хворих із МС, у яких типовано дисліпідемію, основну частку складає ІІ тип. Його верифікували у 62,5% чоловіків (15 осіб), 15,38% (4 особи) жінок репродуктивного віку та 50% жінок в менопаузі (40 осіб).

Таблиця 1. Показники ліпідограми в обстежених осіб (М±m)

Показник	Групи обстеження				
	Контроль, n=30	Чоловіки з МС, n=24	Жінки з МС без М, n=26	Жінки з МС в М, n=80	Жінки в М без МС, n=21
ЗХС, ммоль/л	4,31±0,11	5,31±0,33 $p_1 < 0,01$	5,24±0,47 $p_1 < 0,01$ $p_2 > 0,05$	5,73±0,13 $p_1 < 0,01$ $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$	5,21±0,54 $p_1 < 0,05$ $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$ $p_4 > 0,05$
ТГ, ммоль/л	0,61±0,03	1,32±0,24 $p_1 < 0,001$	1,25±0,47 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$	1,52±0,08 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$	1,12±0,16 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$ $p_4 < 0,05$
ХС ЛПНГ, ммоль/л	2,56±0,11	3,67±0,69 $p_1 < 0,05$	3,69±0,57 $p_1 < 0,05$ $p_2 > 0,05$	4,50±0,11 $p_1 < 0,01$ $p_2 < 0,05$ $p_3 < 0,05$	3,94±0,84 $p_1 < 0,01$ $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$ $p_4 > 0,05$
ХС ЛПВГ, ммоль/л	1,43±0,11	1,21±0,14 $p_1 > 0,05$	1,03±0,16 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	1,01±0,04 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$	1,0±0,16 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$ $p_4 > 0,05$
ХС ЛПДНГ, ммоль/л	0,28±0,01	0,60±0,10 $p_1 < 0,001$	0,52±0,12 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$	0,71±0,04 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$	0,51±0,11 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$ $p_4 > 0,05$
КА, ум.од.	2,31±0,19	4,65±1,03 $p_1 < 0,01$	4,03±0,78 $p_1 < 0,01$ $p_2 > 0,05$	4,99±0,22 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$	4,70±0,25 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$ $p_4 > 0,05$
ТГ/ХС ЛПВГ, ум.од.	0,48±0,04	1,11±0,18 $p_1 < 0,001$	1,21±0,18 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$	1,37±0,07 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$	1,38±0,28 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$ $p_4 > 0,05$

Примітки: 1. p_1 - достовірність порівняно з контролем; 2. p_2 - достовірність порівняно з чоловіками з МС; 3. p_3 - достовірність порівняно з жінками з МС без менопаузи; 4. p_4 - достовірність порівняно з жінками з МС в менопаузі

Висновки

1. Для менопаузального МС характерні порушення основних показників гемодинаміки: зростання ЧСС на 16,5%, рівнів САТ і ДАТ - на 30%, які корелюють з ІМТ та ОТ.

2. У жінок в менопаузі з ознаками МС виявляються найбільш значущі порушення ліпідного обміну: зростання ХС в 1,22 рази, ТГ - в 2,5 рази, ХС ЛПНГ - в 1,75 разів, ХС ЛПДНГ - в понад 2,5 рази. У 50% випадків верифікували ІІ тип дисліпідемії, яка характеризується високою атерогенністю.

Перспективою наступних досліджень є вивчення імунних змін в менопаузі та за умови наявності МС.

Література

- Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). //JAMA, 2001. -Vol.285(19). -P. 2486-2497.
- Rosamond W, Flegal K, Friday G, et al. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics—2007 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee / W Rosamond, K Flegal, G Friday, [et al.] //Circulation, 2007. -Vol.115(5). -P. e69-e171.
- Gohlke-Barwolf C. Coronary artery disease: is menopause a risk factor? //Basic Res Cardiol., 2000. -Vol.95, suppl 1. -P.177-183
- Janssen I., Powell L., Crawford S. et al. Menopause and the Metabolic Syndrome. / I.Janssen, L.Powell, S.Crawford [et al.] // Arch. Intern. Med., 2008. - Vol.168. - P. 1568-75.
- Carr M C. The emergence of the metabolic syndrome with menopause. //J Clin Endocrinol Metab. ,2003. -Vol.88(6). -P.2404-2411.
- American Association of clinical endocrinologists medical guideline for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause / Neil F. Goodman; Rhoda H. Cobin; Samara Beth Ginzburg; Ira A. Katz; Dwain E. Woode //Endocrine Practice, 2011. -Vol.17, Suppl7. -P.1-25.

Насраллах А.Х.

Клинические особенности течения метаболического синдрома в женщин в постменопаузе

Резюме. Сердечно-сосудистые заболевания – главная причина смерти женщин в развитых странах. В женской популяции метабо-

лический синдром (МС) зустрічається, в середньому, в 20-30% осіб середнього віку; по мірі розвитку менопаузи частота випадків його значимо зростає. **Цель дослідження** – вивчити клініко-лабораторні особливості перебігу МС у жінок в постменопаузі. **Матеріал і методи:** досліджено 130 осіб з МС, серед яких – 24 чоловіки та 106 жінок. Жінки, в свою чергу, були розділені на 2 групи: 80 осіб, які були в фізіологічній менопаузі, та 26 осіб репродуктивного віку. Проводили антропометричні дослідження, вимірювали ЧСС та офісного АД, ліпидограму. **Результати дослідження:** Менопаузальний МС характеризується високим показником ІМТ, який був ідентичним з ІМТ у чоловіків з МС; ОТ в 1,2 рази вище контрольних значень ($p < 0,01$). У жінок в менопаузі з МС виявили значимі порушення ліпидного обміну. Рівень холестерину (ХС) в 1,22 рази перевищував показники контрольної групи ($p < 0,01$). Рівень тригліцеридів (ТГ) практично в 2,5 рази вище контрольних значень ($p < 0,001$). Концентрація холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ХС ЛПНП) перевищала контрольні параметри в 1,75 раз, а холестерин ліпопротеїнів дуже низької щільності (ХС ЛПДНП) – більше, ніж в 2,5 рази ($p < 0,001$). **Висновки.** Для менопаузального МС характерні порушення основних показників гемодинаміки: збільшення ЧСС на 16,5%, рівней САД та ДАД – на 30%, які корелюють з ІМТ та ОТ. У жінок з МС в менопаузі порушені показники ліпидного обміну.

Ключові слова: метаболічний синдром, менопауза, ліпідний обмін.

A.H. Nasrallah

The Clinical Features of Metabolic Syndrome Course in Postmenopausal Women

SHEI "Ivano-Frankivsk National Medical University", Postgraduate Education Faculty, Department of Therapy and Family Medicine anas_nasrallah@hotmail.com

Summary: Cardiovascular diseases (CVD) are the primary cause of death in women in Western countries. The metabolic syndrome (MetS) is a summary measure of important CVD risk factors that frequently coexist. The syndrome is evident in 20% to 30% of middle-aged women and has been linked to the development of CVD and diabetes. **The aim of study** was to determine the clinical and laboratory features of metabolic syndrome course in postmenopausal women. **Material and Methods.** 130 patients with MetS (24 males, 106 females) were observed. All females with MetS were divided into two groups: 80 menopausal and 24 females in reproductive age. 21 menopausal women without MetS were included to study too. Control group consisted of 30 practically healthy persons. We measured the basic anthropometric parameters, heart rate (HR), blood pressure (BP) and lipids level in plasma. **Results:** Menopausal metabolic syndrome is characterized by a high BMI ($p < 0,01$), which is similar to the same index in the group of men with MetS. WC in 1.2 times higher than control values ($p < 0,01$). The most significant disruption in lipidogram we founded in postmenopausal women with metabolic syndrome. The level of total cholesterol (Ch) was in 1.22 times higher than in control group ($p < 0,01$). The level of TG was in 2.5 times higher than control values ($p < 0,001$). The concentration of low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) exceeded the control parameters in 1.75 times, and cholesterol of very low density (VLDL -C) - in more than 2.5 times ($p < 0,001$). **Conclusions.** The menopausal MetS is characterized by the basic hemodynamic parameters violations: increase of HR by 16,5%, SBP and DBP by 30% which correlated with BMI and WC. Menopausal women with MetS have the most significant deviations in lipid metabolism.

Keywords: metabolic syndrome, menopause, lipids metabolism

Надійшла 25.11.2013 року.

УДК 616-089+616.37-002

Пилипчук В.І., Хрунік А.Д., Дирів О.Л.

Результати хірургічного лікування хронічного панкреатиту

Кафедра хірургії факультету післядипломної освіти (зав. каф. - проф. О.Л.Ткачук) Івано-Франківського національного медичного університету

Резюме. Проведено аналіз хірургічного лікування 81 хворого з хронічним панкреатитом (ХП), яким протягом 2009 - 2013 років проведено оперативне лікування. У 70 хворих (86,4%) був чітко виражений астено-вегетативний синдром, у 42 пацієнтів (51,8%) - дискінетичний синдром. Диспептичний синдром визначався у всіх хворих. У 25 хворих (30,8%) були виражені симптоми пошкодження сусідніх органів, спричинені хронічним панкреатитом. Всім хворим проведені чітко обґрунтовані оперативні втручання з урахуванням змін в самій тканині залози (фібринозно-дегенеративні зміни тканини залози, інтрапанкреатична гіпертензія, кальциноз, вірсунголітіаз) та навколишніх органах (біліарна гіпертензія, дуоденостаз). Операцію Фрея виконано 14 хворим (17,4%), повздожну панкреатоєюностомію – 27 (33,3%), цистоентеростомію - 7 (8,6%), дистальну резекцію підшлункової залози (ПЗ) - 5 (6,2%), ендоскопічне стентування головної панкреатичної протоки (ГПП) – 12 (14,8%), ендобіліарне стентування – 6 (7,4%), накладання обхідних анастомозів (гастроентеро-, білодигестивних) – 3 (3,7%), ендоскопічну дуоденостомію – 4 (4,9%), зовнішнє дренирування псевдокіст – 3 (3,7%). Післяопераційна летальність – 2,5% (померло 2 хворих). Відсутність чітко сформульованих показів до оперативного втручання хронічного панкреатиту спричиняє його тривале та малоефективне консервативне лікування, часто призводить до запізнілої госпіталізації в хірургічний стаціонар. Вибір методу оперативного втручання у хворих із хронічним панкреатитом повинен бути патогенетично обґрунтованим, з урахуванням змін в самій тканині залози (фібринозно-дегенеративні зміни тканини залози, інтрапанкреатична гіпертензія, кальциноз, вірсунголітіаз) та навколишніх органах (біліарна гіпертензія, дуоденостаз). Під час втручання необхідно прагнути максимально усунути ці фактори. А тому в кожному конкретному випадку метод операції повинен бути строго індивідуальним.

Ключові слова: хронічний панкреатит, підшлункова залоза, головна панкреатична протока.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Хронічний панкреатит – поширене захворювання в структурі патології шлунково-кишкового тракту. За даними різних авторів, захворюваність на ХП в країнах СНД складає близько 25-35 на 100 тис. нас., в країнах Європи – 8-10 на 100 тис. населення. З цих хворих від 4 до 9% потребують хірургічної допомоги. За етіологією переважну більшість (до 90%) складають ХП алкогольні, близько 10% - біліарні. Незначний відсоток складають ХП, причину яких точно встановити не вдається. Вважається, що в цих випадках етіологічними факторами можуть бути токсичні впливи медикаментів, аутоімунна агресія, спадкові фактори, тощо. Вищевказані причини в поєднанні з несвоєчасним та неадекватним лікуванням запускають механізм розвитку патологічних процесів у підшлунковій залозі та органах панкреато-біліарної зони. У таких хворих прогресують запально-деструктивні зміни в самій залозі, які зачіпають та глибоко змінюють як ацинарний апарат, так і протокову систему ПЗ. Все це призводить до заміщення тканини ПЗ на фіброзну, екзокринної та ендокринної недостатності ПЗ, розвитку протокової гіпертензії, у пізніх стадіях – до порушення функції сусідніх органів (біліарної гіпертензії, дуоденальної непрохідності, портальної гіпертензії тощо). В даний час лікуванням ХП займаються як гастроентерологи, так і хірурги. Проте, відсутні чітко визначені критерії та покази до консервативного чи