

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 ліпідного 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%, рівня САД та ДАД – на 30%, які корелюють з ІМТ та ОТ. У жінок з МС в менопаузі порушені показники ліпідного 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, аутоімуннагресія, 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

оперативного лікування. Тому і результати лікування цієї недуги не завжди позитивні.

Мета дослідження: вивчити безпосередні результати хірургічного лікування хворих на хронічний панкреатит, виявити причини незадовільних результатів, визначити покази до оперативного лікування хворих та вибору методу операції.

Матеріал і методи дослідження

Проведено аналіз хірургічного лікування 81 хворого з ХП, яким протягом 2009 - 2013 років проведено оперативне лікування в хірургічному відділенні і у відділенні малоінвазивної та пластичної хірургії Івано-Франківської обласної клінічної лікарні. Всім пацієнтам до операції проводились загальноприйняті лабораторні обстеження (аналіз крові, сечі, група крові та резус-фактор, біохімічні дослідження крові, коагулограма, цукор крові) та інструментальні методи дослідження (рентгенологічні, відеоезофаго-гастро-дуоденоскопія, ультрасонографія підшлункової залози та органів черевної порожнини, спіральна комп'ютерна томографія з підсиленням).

Ультразвукове дослідження проводили на апараті Alpinion ECUBE 9-STD, який дає можливість візуалізації розмірів, структури залози, її патологічних включень, в багатьох випадках чітко вказує на патологію протокової системи (звуження, екстазії, деформації протоків, кістозні трансформації).

КТ проводили хворим на SOMATOM Emotion 16 з автоматичним ін'єктором (injectionssystem) MEDRAD VISTRON CT.

Результати дослідження та їх обговорення

Всі хворі з ХП поступили на оперативне лікування в плановому порядку з відповідними обстеженнями. Серед 81 пацієнта чоловіків було 75 (92,6%), жінок всього 6 (7,4%). За віком хворі розподілились так: до 20 років був всього 1 хворий (1,2%), від 21 до 40 років – 31 (38,4%), від 41 до 60 років – 46 (56,7%), старші 60 років – 3(3,7%).

Не мали постійного місця роботи, або взагалі не працювали 57 хворих (70,4%). Серед хворих – один студент та двоє пенсіонерів. 10 хворих (12,3%) перебували на інвалідності з причини панкреатиту (у 7 – третя група інвалідності, в 3 – друга).

В хірургічне відділення ОКЛ повторно після раніше перенесених операцій на органах панкреато-біліарної зони поступили 14 (17,2%) хворих. У 10 з них раніше були проведені операції з приводу гострого деструктивного панкреатиту (2 – лапароскопічне дренивання ферментативного перитоніту; 6 – лапаротомії з приводу панкреонекрозу, абсцесів сальникової сумки та заочеревинних флегмон; одному – люмботомія, дренивання заочеревинних панкреатичних флегмон; одному – дренивання гострої парапанкреатичної кисти катетером «rig tail» під контролем УЗД). Ще чотирьом хворим раніше було виконано ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію та папілотомію з приводу біліарної гіпертензії. З решти 67 хворих 52 (64,2%) лікувались раніше стаціонарно консервативно в інших гастроентерологічних та хірургічних стаціонарах, 2 хворих – амбулаторно. 13 хворих (16,0%) ніколи не звертались раніше до лікарів з приводу проблем з ПЗ.

Тривалість «панкреатичного анамнезу» від 1 до 5 років відмічена у 20 хворих (24,7%), більше 5 років – у 6 (7,4%). Решта пацієнтів відзначали, що хворіють не більше одного року. Проте, при більш ретельному опитуванні у них можна було відмітити незначно виражені диспептичні симптоми, на які вони не звертали належної уваги.

Основною скаргою у всіх пацієнтів був біль в животі різного характеру, який періодично мав інтенсивний характер, що спонукало їх приймати знеболюючі середники. Тільки у 7 пацієнтів (8,6%) біль був пов'язаний з прийомом їжі. У решти хворих чіткого зв'язку болю з харчуванням не виявлено. У 70 хворих (86,4%) був чітко виражений астено-вегетативний синдром (загальна слабкість, подразливість, порушення сну, зниження працездатності). У 42 пацієнтів (51,8%) був виражений дискінетичний синдром (проноси, закрепки). Диспептичний синдром (зміна апетиту, нудота, блювання, яке не приносить полегшення, відразу до жирної їжі, слюнотеча, метеоризм) визначався у всіх хворих. Це

вказує на те, що у всіх досліджуваних пацієнтів спостерігались симптоми екокринної недостатності підшлункової залози.

У 8 (9,8%) хворих були чітко виражені симптоми хронічної дуоденальної непрохідності. Ще у 19 (23,4%) пацієнтів була жовтяниця, пов'язана з патологічним процесом в головці ПЗ. У 2 хворих жовтяниця та хронічна дуоденальна непрохідність були одночасно. Отже, 25 хворих (30,8%) мали чітко виражені симптоми пошкодження сусідніх органів, спричинені хронічним панкреатитом.

При поступленні у відділення у більше, ніж половині хворих – 50 (61,7%) визначалась анемія, причому в 18 з них вона була вираженою (Hb < 100 г/л). У 48,1% (39 пацієнтів) була значна гіпопротеїнемія (загальний білок < 65 г/л). Це зумовило необхідність проведення більш тривалої передопераційної підготовки. Показники загального білірубіну вище норми визначались у 19 хворих (23,4%), причому, у трьох з них цей показник перевищував 200 ммоль/л.

Гіперглікемія при госпіталізації виявлена у 11 хворих (13,5%), що вказувало на ознаки ендокринної недостатності підшлункової залози.

Основними інструментальними методами діагностики патології ПЗ та сусідніх органів були ультразвукове дослідження (УЗД) та селективна комп'ютерна томографія (СКТ) з підсиленням, які в значній мірі визначали вибір методу оперативного втручання.

Ультрасонографію проведено всім хворим. При цьому, у 39 (48,1%) виявлено дифузне чи локальне (головка ПЗ) збільшення залози. У 68 хворих (83,9%) структура ПЗ була неоднорідною. У 16 (19,7%) на УЗД виявлено інтрапанкреатичні кісти, в 39 (48,1%) – кальцинати в тканині залози. У 34 хворих (41,9%) відмічено розширення вірсунгової протоки більше 5 мм, причому у 14 з них протока мала ширину від 8 мм до 10 мм, а у 2 хворих ширина протоки сягала 20 мм, що вказувало на виражену протокову гіпертензію.

Хворим досліджуваної групи були проведені наступні оперативні втручання (табл. 1).

Таблиця 1.

Назва операції	Кількість	%
Операція Фрея	14	17,4
Поздовжня панкреатоєюностомія	27	33,3
Цистоентеростомія	7	8,6
Дистальна резекція ПЗ	5	6,2
Ендоскопічне стентування ГПП	12	14,8
Ендобіліарне стентування	6	7,4
Накладання обхідних анастомозів (гастроентеро-, білодигестивних)	3	3,7
Ендоскопічна дуоденоцистостомія	4	4,9
Зовнішнє дренивання псевдокіст	3	3,7
Всього	81	100

Основними показами для виконання операції Фрея вважали наявність фібринозно-дегенеративного панкреатиту з локалізацією процесу в головці ПЗ та поширенням вірсунгової протоки (14 хворих). У двох хворих операцію Фрея доповнено накладанням холедохо-єюноанастомозу в зв'язку з біліарною гіпертензією (в одного з них – на роз'єднаних кишкових петлях). В одного хворого операцію Фрея завершено накладанням панкреато-дуодено-ентероанастомозом (за В.М.Копчаком).

Поздовжню панкреатоєюностомію виконано 27 хворим. Основним показом до виконання цієї операції вважаємо інтрапанкреатичну гіпертензію, вірсунголітіаз з інтрапанкреатичною гіпертензією.

Останнім часом операцію Фрея та поздовжню панкреатоєюностомію завершуємо накладанням панкреатоєюноанастомозу виключно на ізольованій петлі тонкої кишки (за Ру) – 16 хворих.

Операцію цистоентеростомії виконано 7 хворим зі зрілими псевдокістами ПЗ та сформованою стінкою кісти. У 4 хворих, у яких псевдокіста тісно прилягала до стінки дванадцятипалої кишки та спричиняла явища дуоденостазу,

проведено ендоскопічну цистоуденостомію. Показанням до виконання цистоентеростомії вважаємо випадки, коли псевдокіста ПЗ має сполучення з головною панкреатичною протокою, хоча при цьому протока не поширена.

Протягом 2012–2013 років 12 хворим з протоковою гіпертензією та вірсунгоектазією проведено ендоскопічне стентування вірсунгової протоки. При цьому, у 4 пацієнтів під час втручання виконано літоекстракцію з головної панкреатичної протоки.

У 13 хворих, яким проведені вищеописані операції, під час втручання проведено видалення конкрементів з вірсунгової протоки.

Дистальну резекцію ПЗ виконано у 5 пацієнтів з локалізацією патологічного процесу в хвості ПЗ. Цю операцію виконували при наявності ізольованого фіброзного чи фіброзно-дегенеративного процесу хвоста ПЗ або при підозрі на пухлинний процес.

У 9 пацієнтів (11,1%) оперативні втручання були пов'язані з дуоденальною чи біліарною непрохідністю та полягали в накладанні обхідних анастомозів чи ендобіліарному стентуванні. Через тяжкість стану хворих у них резекційні операції на ПЗ не проводилися.

Безпосередні результати оперативних втручань у пацієнтів досліджуваної групи були наступними.

Після виконаних операцій померло двоє хворих (післяопераційна летальність – 2,5%), яким виконано операцію Фрея. Причиною летального випадку в одного хворого стали кишкові кровотечі із зони анастомозу та недостатність швів панкреатоєноаноанастомозу. В іншого хворого в ранньому післяопераційному періоді розвинулась гостра серцева слабкість.

Під час контрольних оглядів хворих після їх виписки з стаціонару відзначено, що помірно виражений больовий синдром залишався у 9 хворих (11,1%). За даними ультразвукового дослідження у 5 хворих (6,2%) після операції залишались явища біліарної гіпертензії (поширення холедоха до 0,8–0,9 см), хоча суб'єктивно хворі скарг не подавали, а дані біохімічного дослідження крові (білірубін, трансамінази) не вказували на порушення функції печінки.

Висновки

1. Хронічний панкреатит – важлива медико-соціальна проблема, оскільки важко піддається лікуванню, призводить до значного зниження працездатності, а в 12,3% - до інвалідності.

2. Хронічний панкреатит є тяжким захворюванням, при якому у 100% наявні ознаки екзокринної недостатності ПЗ, у 13,5% - симптоми ендокринної недостатності та у 30,8% спричиняє пошкодження сусідніх органів.

3. Відсутність чітко сформульованих показів до оперативного втручання хронічного панкреатиту спричиняє його тривале та малоефективне консервативне лікування, часто призводить до запізнілої госпіталізації в хірургічний стаціонар та в кінцевому результаті – до не завжди позитивних результатів операції.

4. Вибір методу оперативного втручання у хворих з хронічним панкреатитом повинен бути патогенетично обґрунтованим, з урахуванням змін в самій тканині залози (фібринозно-дегенеративні зміни тканини залози, інтрапанкреатична гіпертензія, кальциноз, вірсунголітиаз) 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.

Перспективи подальших досліджень

Перспектива дослідження полягає у визначенні чітких показів до оперативного лікування та вибору методу операції хворих на хронічний панкреатит, обґрунтуванні існуючих та розробці нових методів хірургічного лікування недуги.

Література

1. Ничитайло М. Ю. Ендоскопічні хірургічні втручання при

хронічному панкреатиті, ускладненому псевдокістами / П. В. Огородник, А. Г. Дейниченко // Штитагальна хірургія. - 2011. - № 3. - с. 5-8.

2. Кочагков А.В. Резекция головки поджелудочной железы с продольным панкреатоєноаноанастомозом (операция Фрея) / А.В.Кочагков, А.Г.Кригер, С.В.Берелавичус // Хирургия. - 2012. - № 2. - с. 31-35.

3. Кубышкин В.А. Обоснование выбора способа хирургического лечения хронического панкреатита / В.А.Кубышкин, И.А.Козлов, Н.И.Яшина // Бюллетень сибирской медицины. - 2007. - № 3. - с. 43-49.

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

Результаты хирургического лечения хронического панкреатита

Резюме. Проведено анализ хирургического лечения 81 больного с ХП, которым на протяжении 2009 - 2013 годов проведено оперативное лечение. У 70 больных (86,4%) был выражен астено-вегетативный синдром, у 42 пациентов (51,8%) - дискинетический синдром. Диспептический синдром определялся у всех больных. У 25 больных (30,8%) определялись симптомы повреждения соседних органов вследствие хронического панкреатита. Всем больным проведены оперативные вмешательства с учетом изменений в самой ткани железы (фибринозно-дегенеративные изменения ткани железы, интрапанкреатическая гипертензия, кальциноз, вирсунголитиаз) и в соседних органах (билиарная гипертензия, дуоденостаз). Операция Фрея выполнена 14 больным (17,4%), продольная панкреатоєноностомия – 27 (33,3%), цистоентеростомия – 7 (8,6%), дистальная резекция ПЗ – 5 (6,2%), эндоскопическое стентирование ГПП – 12 (14,8%), эндобилиарное стентирование – 6 (7,4%), наложение обходных анастомозов (гастроэнтеро-, билиодигестивных) – 3 (3,7%), эндоскопическая дуоденостомия – 4 (4,9%), внешнее дренирование псевдокиста – 3 (3,7%). Послеоперационная летальность – 2,5% (умерло 2 больных). Отсутствие четко сформулированных показаний к оперативному лечению хронического панкреатита определяет его длительное и малоеффективное консервативное лечение, часто приводит до поздней госпитализации в хирургический стационар. Выбор метода оперативного вмешательства у больных с хроническим панкреатитом должен быть патогенетически обоснованным, с учетом изменений в самой ткани железы (фибринозно-дегенеративные изменения ткани железы, интрапанкреатическая гипертензия, кальциноз, вирсунголитиаз) и соседних органах (билиарная гипертензия, дуоденостаз). Во время вмешательства необходимо стремиться максимально ликвидировать эти факторы. Поэтому, в каждом конкретном случае метод операции должен быть строго индивидуальным.

Ключевые слова: хронический панкреатит, поджелудочная железа, главная панкреатическая протока

V.V. Pylypchuk, A.D. Khrunyk, O.L. Dyriv

Results of Chronic Pancreatitis Surgical Treatment

Surgery department of postgraduate education faculty (head of the department – Prof. O. L. Tkachuk)

Ivano-Frankivsk National Medical University

Summary. We have analyzed 81 patient with chronic pancreatitis that underwent surgical treatment in 2009-2013. Asthenovegetative syndrome was distinct in 70 patients (86.4%), and dyskinetic syndrome – in 42 patients (51.8%). Dyspeptic syndrome was determined in all patients. Twenty-five patients (30.8%) had symptoms of damage to adjacent organs caused by chronic pancreatitis. All patients received needed surgical treatment taking into account the changes of the pancreas tissue (fibrous and degenerative pancreas alterations, intrapancreatic hypertension, calcinosis, pancreatic duct stones) and surrounding organs (biliary hypertension, duodenostasis). 14 patients (17.4%) underwent Frey surgery, 27 patients (33.3%) - lateral pancreaticojejunostomy, 7 patients (8.6%) - cystoenterostomy, 5 patients (6.2%) - distal pancreatectomy, 12 patients (14.8%) - endoscopic stenting of the Wirsung's duct, 6 (7.4%) - endobiliary stenting, 3 (3.7%) - bypassing (gastroentero- and biliodigestive anastomoses), 4 (4.9%) - endoscopic duodenostomy, and 3 (3.7%) - external draining of pancreatic pseudocyst. Operative mortality is 2.5% (2 patients died). Lack of clearly formulated surgical judgements concerning chronic pancreatitis is the reason for its long and inefficient conservative treatment that often leads to late admission to surgical hospital. Choice of surgery method for patients with chronic pancreatitis should be pathogenetically grounded taking into consideration pancreas tissue alterations (fibrous and degenerative pancreas alterations, intrapancreatic hypertension, calcinosis, Wirsung's duct lithiasis) and alterations of surrounding organs (biliary hypertension, duodenostasis). It is necessary to strive for maximum elimination of these factors in the course of surgical procedure. Therefore, surgical method should be tailored to each individual case.

Keywords: chronic pancreatitis, pancreas, Wirsung's duct

Надійшла 25.11.2013 року.