

bowel disease - the experience in China / Y. Han, M.B. Lin, Y.G. He [et al.] // Invest. Surg. - 2013. - Vol. 26 (4). - P.

180-185.

6. Pendlimari R. Short-term outcomes after elective minimally invasive colectomy

for diverticulitis / R. Pendlimari, J.G. Touzios, I.A. Azodo [et al.] // Br. J. Surg. - 2011. - Vol. 98. - P. 431-435.

Тамм Т.И., Захарчук А.П., Непомнящий В.В., Полянский Д.П.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Резюме. Проанализированы результаты лечения 56 больных, которым была выполнена лапароскопическая резекция пораженного участка ободочной кишки. Возраст пациентов колебался в пределах от 51 до 85 лет. Среди исследуемых мужчин было 22 (42%), женщин - 34 (58%); 52 (92,8%) больных оперированы по поводу злокачественного новообразования ободочной кишки и 4 (7,2%) - по поводу осложненных форм дивертикулярной болезни. Во всех случаях выполнено радикальное оперативное вмешательство, что подтверждено результатами морфологического исследования. Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 6 (10,7%) больных, из которых у 2 (3,5%) наблюдалась несостоятельность анастомоза. Нагноение послеоперационной раны возникло у 2 (3,5%) пациентов. Еще у 2 (3,5%) отмечена длительная лимфорея. Послеоперационная летальность составила 1,7%. Ее причиной стал острый инфаркт миокарда, развившийся на 3 сутки после операции у одной пациентки пожилого возраста. Установлено, что лапароскопический доступ в хирургическом лечении заболеваний ободочной кишки является наиболее приемлемым, так как объективных ограничений к его использованию мало. Внедрение лапароскопических технологий в хирургическом лечении заболеваний ободочной кишки является весьма перспективным направлением хирургии в силу их радикальности и малой травматичности.

Ключевые слова: заболевания ободочной кишки, лапароскопическая резекция ободочной кишки, лапароскопические операции.

Tamm T.I., Zakharchuk A.P., Nepomniaschy V.V., Polyansky D.P.

THE USE OF MINI-INVASIVE TECHNOLOGIES IN SURGICAL TREATMENT OF THE COLON DISEASES

Summary. The analysis of the treatment of 56 patients who underwent laparoscopic resection of the changed segment of the colon has been prepared. Among all patients 22 (42%) were men, 34 (58%) - women. The 52 (92.8%) patients were operated because of cancer of the colon and 4 (7.2%) - due to the complicated forms of the diverticular disease. In all cases, the radical surgery was conducted, as confirmed by the results of morphological studies. Complications in the postoperative period were observed in 6 (10.7%) cases including 2 patients that had dehiscence of the anastomosis, 2 patients with postoperative wound suppuration and another 2 had prolonged lymphorrhea. The postoperative mortality was at the level of 1.7%. The reason for that was the acute cardiac infarction that occurred 3 days after the operation to the senior patient. It was found that laparoscopic access in the surgical treatment of the colon diseases is the most acceptable since the objective limits for its use are too small. Laparoscopic technology in the surgical treatment of the colon diseases is a promising direction of surgery because of their efficacy and low morbidity.

Key words: diseases of the colon, laparoscopic colon resection, laparoscopic surgery.

Рецензент - д.мед.н, проф. Шевченко Р.С.

Стаття надійшла до редакції 18.11.2016р.

Тамм Тамара Іванівна - д.мед.н., проф., зав. кафедри хірургії та проктології Харківської медичної академії післядипломної освіти; +38(050)6379002; tamm_ti@ukr.net

Захарчук Олександр Петрович - к.мед.н., доц. кафедри хірургії та проктології Харківської медичної академії післядипломної освіти; +38(067)1201872; dr-zakhar@rambler.ru

Непомнящий Валентин Володимирович - к.мед.н., асистент кафедри хірургії та проктології Харківської медичної академії післядипломної освіти; +38(097)2868696; surg-proct@yandex.ua

Полянский Дмитро Петрович - аспірант кафедри хірургії та проктології Харківської медичної академії післядипломної освіти; +38(096)4472393; surg-proct@yandex.ua

© Ярешко В.Г., Міхеев Ю.О., Живиця С.Г., Бамбизов Л.М.

УДК: 616.37-002-036.12-06 [617-089.819]

Ярешко В.Г., Міхеев Ю.О., Живиця С.Г., Бамбизов Л.М.

ДЗ "Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України", кафедра хірургії та малоінвазивних технологій (бул. Вінтера, 20, м. Запоріжжя, Україна, 69096)

МАЛОІНВАЗИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ЛІКУВАННІ УСКЛАДНЕНЬ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Резюме. Проаналізовані результати хірургічного лікування 254 хворих з ускладненнями хронічного панкреатиту. З них малоінвазивні втручання, виконані у 106 хворих. Ендоскопічні транспаплярні втручання виконано 22 (20,7%) хворим. Показанням до їх виконання була білярна та панкреатична гіпертензія, а також зовнішні панкреатичні нориці, ефективність даних втручань становила 88,9 та 75% відповідно. Ендоскопічні трансмуральні операції виконано 9 (8,5%) хворим. Методи інтервенційної сонографії виконано 70 (66,0%) хворим. Лапароскопічні операції виконано 5 (4,7%) хворим, у тому числі один лапароскопічний повздожний панкреатоєюноанастомоз. Ендоскопічні транспаплярні втручання при достатній селекції хворих ліквідують явища білярної та панкреатичної гіпертензії, але не мають довготривалого клінічного ефекту та служать першим етапом хірургічного лікування, а ендоскопічні трансмуральні цистодігестивні анастомози при чітких показаннях є ефективними.

ми. Методи інтервенційної сонографії відіграють важливу, але допоміжну роль, розбиваючи хірургічне лікування на етапи та ліквідовуючи основні ускладнення захворювання або операції. Лапароскопічні операції при хронічному панкреатиті є технічно можливими, але потребують подальшого вивчення і диференційованого підходу.

Ключові слова: хронічний панкреатит, ендоскопічна папілотомія, інтервенційна сонографія, лапароскопічний повздожний панкреатоєюноанастомоз.

Вступ

Хронічний панкреатит (ХП) є поширеним захворюванням шлунково-кишкового тракту з вираженим соціально значимим фактором, як на стадіях розвитку захворювання, так і в післяопераційному періоді. Хворі на ХП мають складні клінічні прояви, пов'язані з змінами паренхіми підшлункової залози (ПЗ) сполучною тканиною та розвитком різноманітних ускладнень, таких як панкреатична, біліарна та портальна гіпертензія, порушення прохідності дванадцятипалої кишки. За останні 40 років спостерігається більш ніж двократний зріст захворюваності [1]. Домінуючими в лікуванні ХП залишаються дренуючі та резекційні хірургічні втручання, та, навіть панкреатектомія з алотрансплантацією островкових клітин. Виконання дренуючих та резекційних операцій лапароскопічним способом є технічно складним та дискусійним, а досвід лапароскопічних операцій при ХП (особливо дуоденумзберігаючих резекцій) не є великим, та потребує подальшого вивчення [2, 4]. Ендоскопічні транспапільярні втручання [5, 6], методи ендоскопічних цистодігестивних анастомозів при панкреатичних псевдокістах, не є радикальними та мають короткочасний ефект [7]. А технологічні можливості сучасних лапароскопічних методик при лікуванні ускладнень ХП значно обмежені в порівнянні, наприклад, з лапароскопічним лікуванням жовчнокам'яної хвороби.

Мета - вивчити можливості та ефективність використання малоінвазивних технологій в лікуванні ускладнень хронічного панкреатиту.

Матеріали та методи

Проаналізовані результати хірургічного лікування 254 хворих з ХП, що перебували у клініці кафедри хірургії та малоінвазивних технологій ДЗ "Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України" з 2003 по 2016 роки. З них чоловіків було 207 (81,5 %), жінок - 47 (18,5%). Вік хворих складав від 18 до 83 років, у середньому $42,8 \pm 1,8$.

Окрім загально прийнятих клінічних лабораторних обстежень визначалась активність фекальної еластази-1, проводились ультразвукове дослідження та спіральна комп'ютерна томографія і магнітно-резонансна холангіопанкреатографія, ангіографія судин підшлункової залози.

Основним клінічним проявом у 250 (98,4 %) хворих був больовий синдром. За даними візуалізаційних методів діагностики найбільш часто визначалась різного ступеню вираженості протокова панкреатична гіпертензія - 227 (89,4%) хворих, яка у 134 (52,7 %) супроводжувалась конкрементами головної панкреатичної протоки, а у 98 (38,6 %) - кальцинатами паренхіми ПЗ. Псевдокісти різних розмірів та локалізації відмічалися у 168

(66,1 %) хворих, зміни головки ПЗ по типу "Inflammatory Mass" - у 39 (15,3 %). Біліарна гіпертензія спостерігалася у 104 (40,9 %) хворих, підпечінкова сегментарна портальна гіпертензія - у 69 (27,1 %), дуоденальна непрохідність - у 34 (13,9 %).

У 254 хворих, що були оперовані, резекційні та дренуючі операції (переважно дуоденумзберігаючі резекції) були виконані у 135 (53,1 %), тільки білідігестивні анастомози - у 15 (5,9 %), експлоративна лапаротомія у 2 (0,8 %), малоінвазивні втручання, як остаточні, так і попередні перед прямими втручаннями на ПЗ виконані 106 (41,7 %) хворим (табл. 1).

Як ми бачимо з таблиці 1, серед ендоскопічних втручань переважали транспапільярні втручання, а саме ендоскопічна папілотомія, яка виконана 18 (58 %) хворим при біліарній гіпертензії, стентування загальної жовчної протоки виконано 2 (6,4 %) хворим, загальної панкреатичної протоки - 1 (3,2 %), літоекстракція - 1 (3,2 %). Серед ендоскопічних трансмуральних втручань внутрішнє дренування псевдокіст виконано - 7 (22,6 %) хворим (ендоскопічна цистогастростомія - 2, ендоскопічна цистодуоденостомія - 5), зовнішнє ендоскопічне дренування псевдокісти - 2 (6,4 %). Серед методів інтервенційної сонографії найбільш часто використовували дренування псевдокіст під контролем ультразвуку - 43 (61,4 %), дренування післяопераційних абсцесів - 6 (8,6 %), лише пункція псевдокісти без дренування - 3 (4,3 %). З метою передопераційної гістологічної верифікації діагнозу між раком залози та панкреатитом 13 (18,6 %) хворим виконано черезшкірну трепан-біопсію ПЗ під контролем ультразвуку. У якості першого етапу лікування біліарна гіпертензія була ліквідована черезшкірною черезпечінковою холангіостомією у 3 (4,3 %) пацієнтів, черезшкірною черезпечінковою холецистостомією - 2 (2,8 %). Лапароскопічним методом виконано: один повздожний панкреатоєюноанастомоз, дві цистектомії, та два дренування рідинних утворень.

Результати. Обговорення

Показанням до виконання ендоскопічних транспапільярних втручань при ХП є усунення біліарної та панкреатичної гіпертензії, іноді літоекстракція солітарного конкременту головної панкреатичної протоки, з подальшим прямим рентгенконтрастним дослідженням жовчних протоків та головної панкреатичної протоки. До широкого впровадження магнітно-резонансної панкреатографії ендоскопічна ретроградна панкреатографія була єдиним можливим способом оцінки протокової системи ПЖ, саме на цьому обстеженні була побудована Кембріджська класифікація ХП (1984).

Ендоскопічні транспапілярні втручання у більшості випадків використовувались у якості першого етапу лікування задля ліквідації больового синдрому та явищ біліарної та панкреатичної гіпертензії. У 4 хворих ендоскопічна папілотомія була виконана для ліквідації зовнішньої панкреатичної нориці (у 3 хворих після дистальної резекції ПЗ, у 1 після дренивання псевдокісти під контролем ультразвуку).

Ефективність ендоскопічних транспапілярних втручань для усунення біліарної гіпертензії у наших спостереженнях була достатньо високою - 88,9 %, що пояснюється чіткими показаннями та відбором хворих до їх застосування, так як при значному збільшенні голівки ПЗ, ознаках продовженого тубулярного стенозу великого дуоденального сосочку обирали інші методи декомпресії. Ефективність ендоскопічної папілотомії при зовнішніх панкреатичних норицях склала 75 %. Стентування загальної жовчної протоки та головної панкреатичної протоки у всіх випадках було ефективним. Клінічний ефект запропонованих ендоскопічних операцій при біліарній та панкреатичній гіпертензії був не досить тривалим, тому 19 (86,4 %) хворих були оперовані на ПЗ в терміни до одного року. Ця обставина короткочасного клінічного ефекту ендоскопічної корекції протокової гіпертензії при лікуванні ХП відмічена у багатьох інших клінічних дослідженнях [6].

Однак за даними світової літератури та наших власних спостережень (дві кровотечі з місця папілотомії) саме ендоскопічні транспапілярні втручання при ХП супроводжуються найменшою частотою ускладнень [8].

У віддаленому післяопераційному періоді ендоскопічним трансмуральним втручанням притаманні ті ж недоліки, що і при цистодігестивних анастомозах: неможливість прямого дренивання протоків ПЗ, збереження залишкової порожнини псевдокісти та ділянок хронічного запалення, вірогідність розвитку пептичних виразок, високий ризик рецидиву псевдокісти та больового синдрому, вторинного інфікування залишкової порожнини та рубцювання анастомозу [3].

При ускладненнях ХП інтервенційна сонографія використовувалась нами при псевдокістах великих розмірів з компресією шлунку, дванадцятипалої кишки та загальної жовчної протоки, інфікуванні псевдокісти, рідинних парапанкреатичних скупченнях, післяопераційних абсцесах черевної порожнини, попередньої біліарної декомпресії, доопераційної гістологічної верифікації діагнозу при підозрі на злоякісну пухлину ПЗ.

Перевагами інтервенційної сонографії є відносна її безпечність, можливість повторного використання, а також значне розширення діагностичних можливостей шляхом прямого контрастування. При рентгеноконтрастних дослідженнях порожнини псевдокісти після дренивання зв'язок з панкреатичними протоками було встановлено у 16 (37,2 %) з 43 пацієнтів. У подальшому 14 з них були оперовані лапаротомним способом, одному виконана ендоскопічна папілотомія. Трансгастраль-

Таблиця 1. Малоінвазивні втручання у хворих з ускладненнями хронічного панкреатиту.

Види операцій	Кількість хворих, абс.
Ендоскопічні операції:	
Ендоскопічна папілотомія	18
Ендоскопічне стентування загальної жовчної протоки	2
Ендоскопічне стентування головної панкреатичної протоки	1
Ендоскопічна літоекстракція	1
Ендоскопічне зовнішнє дренивання псевдокісти	2
Ендоскопічна цистогастротомія	2
Ендоскопічна цистодуоденостомія	5
Всього	31
Втручання під контролем ультразвуку:	
Пункція псевдокісти	3
Дренивання псевдокісти	43
Дренивання абсцесу черевної порожнини	6
Трепан-біопсія підшлункової залози	13
Черезшкірна черезпечінкова холангіостомія	3
Черезшкірна черезпечінкова холецистостомія	2
Всього	70
Лапароскопічні операції:	
Лапароскопічний повздовжний панкреатоєюнастомоз	1
Лапароскопічна цистектомія	2
Лапароскопічне дренивання рідинних утворень	2
Всього	5

не проведення дренажу при дрениванні кісти під контролемУЗД вважаємо відносно безпечною маніпуляцією, так як у наших спостереженнях ускладнень не було. Зовнішнє дренивання псевдокіст при хронічному панкреатиті, а це кісти переважно III та II типів за класифікацією A.D'Egido, M.Shein (1991) в більшості випадків носить симптоматичний характер та супроводжується великим відсотком рецидивів та утворенням зовнішніх панкреатичних нориць і може використовуватись переважно у якості першого етапу лікування. Таким же показанням відповідає і черезшкірне черезпечінкове зовнішнє дренивання жовчних шляхів при декомпенсованій механічній жовтяниці та неможливості виконання ендоскопічної папілотомії.

Таким чином, у лікуванні ХП і його ускладнень провідну роль у виборі способу операції відіграє оцінка морфоструктурних змін ПЗ та її функціональних резервів, а методи інтервенційної сонографії та ендоскопічні втручання у більшості випадків є допоміжними у лікуванні ускладнень та самостійними при незворотних змінах в самій залозі та у хворих з обтяжливою супутньою патологією.

Останнім часом у лікуванні ускладнень ХП широко використовуються лапароскопічні технології, особливо при загостренні ХП і рідинних скупченнях, які не пов'язані з потоковою системою та анатомічно доступні для самого методу. У наших випадках всі 4 операції були ефективними, ускладнень не було. У стадії дискусії знаходиться питання прямих резекційно-дренуючих операцій на ПЗ лапароскопічним способом. Приводимо клінічне спостереження позитивного результату лапароскопічної повздовжньої панкреатоєюнастомії при ХП,

ускладненого панкреатичною гіпертензією.

Хвора В. 34 років поступила зі скаргами на біль у епігастральній ділянці. Хворіє близько одного року, коли почали турбувати вищезазначені скарги, що супроводжувалися нудотою та блюванням. Знаходилась на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні за місцем мешкання з діагнозом гострий панкреатит. При УЗД та КТ було діагностовано хронічний панкреатит з наявністю конкрементів у загальній панкреатичній протоці та явища панкреатичної гіпертензії. Направлена до спеціалізованої клініки для оперативного лікування.

При об'єктивному обстеженні: хвора задовільного харчування, індекс маси тіла 22. Лабораторні показники у межах норми. УЗД: ділятка головної панкреатичної протоки до 9 мм з наявністю конкрементів до 8 мм в її просвіті, позапеченкові жовчні протоки не розширені. КТ: ПЗ розташована звичайно, не збільшена (23x11,5x16 мм), контури неровні та чіткі, недольчатого будови. Паренхіма нерівномірної щільності, головна панкреатична протока розширена до 8-9 мм, в проекції перешийку розташовані конкременти до 8 мм. Окрім цього виявлене кистозне утворення лівого яєчника до 40 мм. Таким чином було діагностовано хронічний калькульозно-дегенеративний панкреатит з протоковою панкреатичною гіпертензією. Хворій запропоновано оперативне лікування.

Операція 07.09.2016 лапароскопічна холецистектомія, повздожня панкреатоєюностомія, видалення ендометріодної кісти лівого яєчника, дренажування черевної порожнини.

Під загальною анестезією з ШВЛ в асептичних умовах нижче пупка введено оптичний троакар, робочі троакари встановлені веероподібно, 12 мм троакар для зшиваючого апарата встановлено у правій клубовій ділянці, троакар для ретрактора у лівому підреб'ї. Зпочатку була видалена ендометріодна кіста лівого яєчника за допомогою ультразвукового дисектора Sonicision. Розсічена шлунково-ободова зв'язка за допомогою ультразвукового дисектора Sonicision, шлунок відвернуто ретрактором догори. Візуалізована ПЗ, після пункції за допомогою монополярного гачка розкрита головна панкреатична протока, яка була розсічена поздовжньо на рівні тіла та перешийка залози з видаленням конкременту. За допомогою степлера Endo GIA 60 (синя касета) пересічена тонка кішка на відстані 30 см від зв'язки Трейца, дистальна її частина проведена через отвір у мезоколон до ПЗ. За допомогою двох ниток V-lok 2-0 30 см сформовано поздовжній панкреатоєюноанастомоз однорядним безперервним швом. За допомогою степлера Endo GIA 60 (синя касета) накладено межкиш-

ковий анастомоз (сформовано Ру петля), отвір після степлеру ушито однорядним швом V-lok 2-0 15 см. Виконана холецистектомія з розільним кліпуванням міхурової протоки та артерії. Жовчний міхур та кіста яєчника занурені у контейнер та видалені через троакар. Черевна порожнина дренована: малий таз через отвір у правій клубовій ділянці, зона панкреатоєюноанастомозу через порт у лівій мезогастральній ділянці. Шви на проколи. Загальний час операції 245 хвилин. Післяопераційний період без ускладнень. Рання активізація, не призначались наркотичні анальгетики. Харчування з другої післяопераційної доби. Виписана на 8 добу після операції. При огляді через місяць стан задовільний, скарг не пред'являє. Лабораторні клініко-біохімічні показники без патологічних порушень, за даними УЗД в проекції тіла ПЗ візуалізується петля тонкої кишки, в хвості ПЗ головна панкреатична протока до 5 мм в діаметрі.

Таким чином, в структурі хірургічного лікування ХП та його ускладнень малоінвазивні операції різняться в об'ємах використання, являються не сталою величиною, а їх розвиток буде залежним від технологічного удосконалення та накопичення клінічного досвіду, особливо виконання операцій лапароскопічним доступом.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Ендоскопічні транспапільярні втручання при достатній селекції хворих з ускладненнями хронічного панкреатиту у 88,9 % випадків дозволяють усунути явища біліарної та панкреатичної гіпертензії, але не мають довготривалого клінічного ефекту та служать першим етапом хірургічного лікування.

2. Ендоскопічні транспапільярні втручання та трансмуральні цистодігестивні анастомози при чітких показаннях являються достатньо ефективними та потребують ендосонографічної підтримки.

3. Методи інтервенційної сонографії в лікуванні ускладнень хронічного панкреатиту відіграють дуже важливу, але допоміжну лікувально-діагностичну роль, розбиваючи хірургічне лікування на етапи, ліквідовуючи основні ускладнення захворювання або операції.

4. Лапароскопічні операції при ускладненнях хронічного панкреатиту є технічно можливими, але потребують подальшого вивчення і диференційованого підходу в залежності від виду ускладнень і стану підшлункової залози.

Перспективним напрямком серед використання малоінвазивних технологій при ускладненнях хронічного панкреатиту є вивчення можливостей використання лапароскопічних операцій.

Список літератури:

1. A proposal for a new clinical classification of chronic pancreatitis / M.W. Buchler, H. Martignoni, H. Friess, P. Malfertheiner // BMC Gastroenterol. - 2009. - Vol. 9. - P. 93-100.
2. Cooper M. A. Laparoscopic Frey Procedure for Chronic Pancreatitis / M.A. Cooper, T.S. Datta, M.A. Makary // Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques. - 2014. - Vol. 24. - C. 16-20.
3. EUS-guided pancreatic pseudocyst drainage: review and experience at Harbor-UCLA Medical Center / M. Vosoghi, S. Sial, B. Garrett [et al.] // Med GenMed. - 2002. - № 4. - P. 20-29.
4. Khaled Y. S. Laparoscopic Lateral Pancreaticojejunostomy for Chronic Pancreatitis:

- A Case Report and Review of the Literature / Y.S. Khaled, M.B. Ammori, B.J. Ammori // Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques. - 2011. - Vol. 21 - С. 36-40.
5. Long-term outcome after pancreatic stenting in severe chronic pancreatitis / N. Eleftheriadis[et al.]//Endoscopy. - 2005. - № 37. - P. 223-230.
6. Long-term outcomes of endoscopic vs surgical drainage of the pancreatic duct in patients with chronic pancreatitis / D.L. Cahen, D.J. Gourma, P. Laramee [et al.] // Gastroenterology. - 2011. - № 141(5). - P. 1690-1695.
7. Minimally invasive treatment of pancreatic pseudocysts / E. Zerem, G. Hauser, S. Loga-Zec [et al.]//World J Gastroenterol. - 2015. - № 21. - P. 6850-6860.
8. Safety and efficacy of pancreatic sphincterotomy in chronic pancreatitis / C. Ell, T. Rabenstein, H. T. Schneider [et al.] // Gastrointest Endosc. - 1998. - № 48. - P. 244-249.

Ярешко В.Г., Михеев Ю.А., Живица С.Г., Бамбызов Л.М.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Резюме. Проанализированы результаты хирургического лечения 254 больных с осложнениями хронического панкреатита. Из них малоинвазивные вмешательства выполнены 106 больным. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства выполнены 22 (20,7 %) больным. Показанием к их выполнению была билиарная и панкреатическая гипертензия, а также наружные панкреатические свищи, эффективность данных вмешательств составила 88,9 та 75 % соответственно. Эндоскопические трансмуральные операции выполнены 9 (8,5 %) больным. Методы интервенционной сонографии использованы у 70 (66,0 %) больных. Лапароскопические операции выполнены 5 (4,7 %) больным, в том числе один лапароскопический продольный панкреатоеюноанастомоз. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства при достаточной селекции больных устраняют явления билиарной и панкреатической гипертензии, но не имеют долговременного эффекта и служат первым этапом хирургического лечения, а эндоскопические трансмуральные цистодигестивные анастомозы при чётких показаниях являются эффективными. Методы интервенционной сонографии играют важную, но вспомогательную роль, разбивая хирургическое лечение на этапы и ликвидируют основные осложнения заболевания или операции. Лапароскопические операции при хроническом панкреатите являются технично возможными, но требуют дальнейшего изучения и дифференцированного подхода.

Ключевые слова: хронический панкреатит, эндоскопическая папиллотомия, интервенционная сонография, лапароскопический продольный панкреатоеюноанастомоз.

Yareshko V.G., Mikheiev I.A., Zhivitsa S.G., Bambyzov L.M.

MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGY IN THE TREATMENT OF COMPLICATIONS OF CHRONIC PANCREATITIS

Summary. We analyzed the results of surgical treatment of 254 patients with complications of chronic pancreatitis. Of these, minimally invasive intervention, realized in 106 patients. Endoscopic transpapillary intervention was made to 22 (20,7%) patients. The indications for their implementation were biliary and pancreatic hypertension as well as external pancreatic fistulas, efficiency of these interventions was that 75 (88,9%) respectively. Endoscopic transmural operations performed 9 to (8,5%) patients. Interventional sonography techniques used in examination of 70 (66,0%) patients. Laparoscopic surgery was conducted in 5 (4,7%) patients, including one laparoscopic longitudinal pancreatojejunostomy. Endoscopic intervention transpapillary with sufficient selection of patients eliminates the phenomenon of the biliary and pancreatic hypertension, but does not have long-term effects and serves as the first stage of surgery and endoscopic transmural anastomoses with the clear indications are effective. Interventional sonography techniques play an important but supporting role, breaking surgery on the steps and eliminate the main complications of the disease or surgery. Laparoscopic surgery for chronic pancreatitis are technically possible, but require further study and differentiated approach.

Key words: chronic pancreatitis, endoscopic papillotomy, interventional ultrasound, laparoscopic longitudinal pancreatojejunostomy.

Рецензент - д.мед.н., проф. Рязанов Д.Ю.

Стаття надійшла до редакції 24. 11. 2016р.

Ярешко Володимир Григорович - д.мед.н., проф., зав. кафедрою хірургії та малоінвазивних технологій ДЗ "Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України"; +38(067)9337007; yareshko2005@ukr.net

Михеев Юрий Александрович - к.мед.н., асистент кафедри хірургії та малоінвазивних технологій ДЗ "Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України"; +38(097)3940849; mikheev.u.a@gmail.com

Живица Сергій Георгійович - к.мед.н., доц. кафедри хірургії та малоінвазивних технологій ДЗ "Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України"; +38(067)7695252; serg_zh@mail.ru

Бамбызов Леонід Михайлович - лікар-ендоскопіст хірургічного центру малоінвазивних технологій м. Запоріжжя; +38(067)7946465; BSDK@rambler.ru

© Усенко О.Ю., Сидюк А.В., Мазур А.П., Сидюк О.Є., Клімас А.С.

УДК: 616.329-006.6-089.5-089.168

Усенко О.Ю., Сидюк А.В., Мазур А.П., Сидюк О.Є., Клімас А.С.

ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова НАМН України" (вул. Героїв Севастополя, 30, м. Київ, Україна, 03061)

ШЛЯХИ ПОЛІПШЕННЯ КОНТРОЛЮ БОЛЬОВОГО СИМПТОМУ І ФУНКЦІЇ ЛЕГЕНЬ ПІСЛЯ ЕЗОФАГЕКТОМІЇ

Резюме. Наведені результати застосування удосконаленої методики післяопераційного знеболення у хворих на рак стравоходу, яка полягала у використанні двох катетерів. Один катетер встановлювався перед операцією в епідуральний простір на рівні Th5-Th7, другий - інтраопераційно в паравертебральний простір на рівні виконання торакотомії. Удослідження