

## Обґрунтування вибору типу оперативного втручання у хворих на хронічний панкреатит, ускладнений панкреатичною гіпертензією

О. Є. Каніковський, І. В. Павлик, І. В. Олійник

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

**Вступ.** Загальноновизнаною причиною зростання захворюваності на хронічний панкреатит (ХП) є зміна способу життя – вживання алкоголю та куріння. Пацієнти, як правило, поступають з клінікою кінцевої форми розвитку ХП, і потребують хірургічного лікування – корекції панкреатичної гіпертензії.

**Мета роботи.** Визначення ступеня фіброзу підшлункової залози (ПЗ), як критерію вибору способу та об'єму резекції ПЗ.

**Об'єкт та методи дослідження.** Об'єктом дослідження став аналіз результатів хірургічного лікування 181 хворих на ХП, ускладнений синдромом панкреатичної гіпертензії. За етіологічними чинниками згідно класифікації TIGAR-O в 162 (90%) пацієнтів ХП виник після перенесеного ГП, також у 172 (95%) – відмічався токсичний вплив алкоголю. Відповідно до Марсельсько-Римської класифікації ХП (1989) кальцифікуючу форму діагностовано у 21 хворих, обструктивну – 34, запальну – 2, фіброз підшлункової залози у 12, ретенційні і псевдокісти у 112. У 37 хворих під час проведення оперативного втручання проводили визначення внутрішньопротокового тиску за допомогою манометра, а також визначення тканинного тиску опору за допомогою апарату Stryker pressure monitor. У 148 виконано трансабдомінальну оперативну корекцію панкреатичної гіпертензії. З 37 пацієнтів, резекцію ПЗ за Фреєм виконано у 6, Фрей-Ізбіцким – 26, панкреатодуоденальна резекція у 5 хворих.

**Результати дослідження.** Показники тканинного тиску спротиву (ТТС) залежали від ступеню фіброзу ПЗ. Так, в випадку обструктивної форми ХП у хворих з наявністю стріктури в ділянці головки ТТС був найвищим в ділянці стріктури (>200 мм.рт.ст), тоді як в інших ділянках ПЗ зменшувався до 100 і нижче. У всіх пацієнтів в місці стріктури гістологічно підтверджувалась 4 стадія фіброзу ПЗ і відмічалася достовірна кореляція між показником ТТС та стадією фіброзу ПЗ. Найбільш виражений фіброз відмічався в ділянці так званого пейс-мейкеру ХП. ТТС був >200 мм.рт.ст в головці ПЗ тільки у 30 (81,1%) пацієнтів. Хоча, головка ПЗ не завжди була даним пейс-мейкером. Так у 7 хворих на обструктивну форму ХП стриктура розташовувалася в ділянці переходу головки в тіло ПЗ, і ТТС в даній зоні >200 мм.рт.ст підтверджував наявність фіброзу. У хворих на кальцифікуючу форму ХП (головка – 6, тотальний – 8) та в випадку множинних стриктур панкреатичної протоки (8 пацієнтів) ТТС був високим (>200 мм.рт.ст) у всіх відділах ПЗ, вказуючи на тотальний фіброз ПЗ. Внутрішньопротоковий тиск був збільшений тільки у 22 (59,5%) хворих.

**Обговорення результатів дослідження.** Таким чином, алгоритм вибору способу та об'єму локальної резекції ПЗ залежав від показників інтраопераційних досліджень (патент на винахід №111873 від 24.06.16). Показом до виконання: – локальної резекції головки ПЗ за Frey – при наявності запального інфільтрату в області головки з ТТС >200 мм.рт.ст, а в інших відділах ПЗ 100 мм.рт.ст та >, з ↑ або нормальним протоковим тиском; – операція Izbicki – наявність запального інфільтрату у всіх відділах ПЗ, конкрементів ПЗ та ↑ТТС > 200 мм.рт.ст, та склерозованою панкреатичною протокою; – запропонована методика операції Frey – Izbicki (патент на винахід 103273 від 25.09.13) наявність мно-

жинних стриктур, конкрементів в паренхімі ПЗ, підвищення ТТС 200 та ↑ мм.рт.ст у всіх відділах ПЗ та ↑ протоковим тиском – висічення паренхіми ПЗ на всьому протязі в зв'язку з оклюзією протоків другого та третього порядків.

**Висновки.** Пейсмейкером ХП слід вважати зону максимального фіброзу, яка не завжди локалізується в головці ПЗ. Хірургічна корекція повинна бути направлена не тільки на виконання локальної резекції та зниження внутрішньопротокового тиску ПЗ але на широке висічення стриктури з розкриттям протоків другого та третього порядків. Резекція повинна виконуватися в місці максимального ТТС (>200 мм.рт.ст), в інших зонах (100 мм.рт.ст та >) достатньо простої дренажної процедури.

## Лечебные лапароскопические вмешательства у пострадавших с травматическим панкреонекрозом

А. В. Капшитарь

Запорожский государственный медицинский университет

Травматические повреждения поджелудочной железы составляют от 2,7 до 5,3% от всех абдоминальных повреждений при закрытой травме живота. Одним из частых и грозных осложнений травмы поджелудочной железы является панкреонекроз, составляющий 36,6–64,9% случаев.

Цель исследования: определить роль лечебных лапароскопических вмешательств у пострадавших с травматическим панкреатитом.

**Объект и методы исследования.** Из 40 пациентов с закрытой травмой живота и подозрением на абдоминальные повреждения, после диагностических лапароскопических вмешательств (ДЛСВ), у 25 (60,5%) пострадавших определили стерильный травматический панкреонекроз и выполнили лечебные лапароскопические вмешательства (ЛЛСВ). Мужчин было 20 (80%), женщин – 5 (20%) в возрасте от 15 до 85 лет. Криминальная травма была у 13 (52%) пациентов, бытовая – у 6 (24%), ДТП – у 3 (12%), кататравма – у 1 (4%), факт травмы скрыт – у 2 (8%). В остром алкогольном отравлении находились 5 (20%) лиц, шоке – 4 (16%), их сочетания – 3 (12%). В течение 1 часа после травмы СМП транспортирован 1 (4%) пациент, 2–6 часов – 5 (20%), 6–12 часов – 4 (16%), 12–24 часа – 4 (16%) и 1–10 суток – 11 (44%). Изолированная травма имела место у 13 (52%) пострадавших, множественная – у 2 (8%) и сочетанная – у 10 (40%). Ранее оперировали 7 (28%) пациентов. Все обследованы.

**Результаты и их обсуждение.** ДЛСВ и ЛЛСВ осуществлены аппаратом фирмы Karl Storz (Germany) по усовершенствованной методике Kelling, используя манипулятор собственной конструкции. Они выполнены в течение 1 часа после госпитализации у 12 (48%) пострадавших, 1–2 часов – у 4 (16%), 3–5 часов – у 1 (4%), 6–12 часов – у 5 (20%), 12–24 часа – у 2 (8%), на 7 суток – у 1 (4%). Диагностировали стерильный травматический панкреонекроз (геморрагический–14, жировой–11). Перитонит был у 18 (72%) пациентов.

ЛЛСВ носили разносторонний характер. Перитонеальный экссудат аспирировали у 18 (72%) пострадавших. Блокада круглой связки печени (Патент Украины 28854 А) осуществлена у 15 (60%) пациентов (каниюлирована круглая связка печени–4) и блокада круглой связки печени (Патент Украины 32236 А) – у 3 (12%), блокада мезоколон – у 4 (16%), блокада круглой связки печени и мезоколон – у 3 (12%), холецистостомия – у 1 (4%). Брюшная полость и малый таз дренировали. Продолжена многокомпонентная