Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

**АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ**

**НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ**

**імені О.О. ШАЛІМОВА**

**ПОПОВИЧ ОЛЕГ БОГДАНОВИЧ**

**УДК 616.37–007.253–07–089**

**ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ НОРИЦЬ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ**

**14.01.03 – хірургія**

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т**

**дисертації на здобуття наукового**

**ступеня кандидата медичних наук**

**Київ – 2009**

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Національному інституті хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова АМН України.

**Науковий керівник:**

доктор медичних наук професор, заслужений лікар України, лауреат Державної премії України **НИЧИТАЙЛО Михайло Юхимович***,* Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова АМН України, заступник директора з наукової роботи, відділ лапароскопічної хірургії та холелітіазу, завідувач

**Офіційні опоненти:**

член–кореспондент АМНУ доктор медичних наук професор, **ЗАХАРАШ Михайло Петрович,**Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України, кафедра факультетської хірургії № 1, завідувач

доктор медичних наук професор **СКИБА Володимир Вікторович,** Київський медичний інститут Української асоціації народної медицини, кафедра хірургічних хвороб, завідувач.

Захист відбудеться «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2009 р. о \_\_\_\_\_ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.561.01 при Національному інституті хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова АМН України (03680, м. Київ, вул. Героїв Севастополя, 30).

 З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Національного інституту хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова АМН України (03680, м. Київ, вул. Героїв Севастополя, 30).

 Автореферат розісланий «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2009 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради Д 26.561.01

доктор медичних наук О. М. Литвиненко

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність теми.** Нориці підшлункової залози (ПЗ) є результатом гострих патологічних станів і пошкоджень ПЗ та являють собою одне з найбільш тяжких та складних захворювань органів черевної порожнини.

Попри удосконалення хірургічних методів лікування і тактики післяопераційного ведення хворих, частота виникнення нориць ПЗ залишається на високому рівні, досягаючи 30–37% (Б. И. Альперович та співавт., 1991; В. И. Лупальцов та співавт., 1991; С. Ф. Багненко та співавт., 2000; В. К. Гостищев та співавт., 2006; C. Bassi та співавт., 2004; Z. E. Parr та співавт., 2008).

Більш того, за даними публікацій вітчизняних і зарубіжних вчених простежується тенденція до зростання кількості хворих з панкреатичними норицями (А. В. Пугаев та співавт., 1997).

Ці факти роблять особливо актуальним вивчення причин виникнення, особливостей розвитку, клінічної картини, діагностики, консервативного і хірургічного лікування, профілактики нориць ПЗ.

Незалежно від причин виникнення нориць ПЗ, летальність пов’язана з цією патологією залишається стабільною на протязі останніх двадцяти років та коливається від 4 до 30% (И. П. Протасевич та співавт., 1989; В. Ф. Саенко та співавт., 1999; P. A. Lipsett та співавт., 1992; N. Li, 1992; P. Dhar та співавт., 1996; Z. E. Parr та співавт., 2008).

За даними найбільш повних оглядів зарубіжної літератури, зроблених у 2008 р., на сучасному етапі відсутнє чітке визначення панкреатичної нориці, а також критерії оцінки тяжкості, морбідності та летальності обумовленої цією нозологічною групою. Так, наприклад, у 43 наукових статтях присвячених даній патології були присутні 32 різних визначення нориці ПЗ (Z. E. Parr та співавт., 2008).

На сучасному етапі не має строго специфічних способів діагностики нориць ПЗ. Потребує подальшого вивчення діагностичне значення рентгенологічних, ехографічних, ангіографічних, біохімічних, імунологічних та комбінованих методів підтвердження діагнозу, зважаючи на розбіжності думок вітчизняних та зарубіжних вчених, щодо раціональної послідовності пропонованих досліджень, доцільності їх застосування, інформативності та цінності тих чи інших методик (А. П. Радзиховский, 1989; В. И. Филин та співавт., 1994; В. Ю. Мишин, 1997; Ю. А. Брюховецкий та співавт., 1999; А. А. Шалимов та співавт., 2000; В. В. Митьков, 2000; В. В. Жебровский, 2000; В. И. Белоконев та співавт., 2005; R. J. Shah та співавт., 2000; S. Shimizu та співавт., 2004).

Попри значні досягнення у хірургічної панкреатології, залишаються відкритими ряд питань, стосовно лікувальної тактики даної категорії хворих, показань, термінів і об’ємів оперативних втручань (Б. И. Альперович та співавт., 1991; G. Suzuki, 1995). Зусилля направлені на вирішення даної проблеми включають як технічні варіанти оперативного лікування (модифікації панкреатоєюноанастомозу, реконструкція з накладанням панкреатогастростоми, стентування протоку ПЗ та ін.), так до– і післяопераційна інфузія аналогів соматостатину (В. Ф. Саенко та співавт., 1997; О. О. Шалімов та співавт., 2000; О. И. Дацюк та співавт., 2006; C. Bassi, 2004) та використання адгезивних пломбувальних матеріалів (А. А. Шалимов та співавт., 1998; А. И. Шугаев та співавт., 1999; T. Ohta та співавт., 1992; L. Aldrighetti та співавт., 1996; Z. E. Parr та співавт., 2008). Останні методи значно розширили покази до консервативних методів ліквідації нориць, отже питання впливу сандостатину та його аналогів на органний кровообіг ПЗ, її зовнішньо– і внутрішньосекреторну функцію потребують глибшого вивчення.

Таким чином, залишається актуальною необхідність подальшого критичного аналізу проблем етіології, патогенезу, клініки та перебігу панкреатичних нориць, вдосконалення відомих інструментально–діагностичних методів, продовження вивчення їх потенціалу, а також пошук нових ефективних способів диференційної та топічної діагностики нориць ПЗ з метою розробки загальнодоступного, економічного, раціонально послідовного, максимально інформативного комплексу діагностичних заходів. Важливе значення має подальше дослідження ефективних медикаментозних засобів для лікування і профілактики панкреатичних нориць та розробка і обґрунтування нових схем раціональної терапії поряд з вдосконаленням існуючих методів хірургічного лікування.

**Зв’язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційна робота була виконана в рамках науково–дослідної роботи ИН 14.01.03.09.96 «Розробка методів лікування хворих з хронічним панкреатитом, направлених на покращання віддалених результатів функціонального стану підшлункової залози» (номер державної реєстрації 0196U010224).

**Мета і задачі дослідження.** Метою роботи було покращання результатів лікування зовнішніх панкреатичних нориць шляхом розробки раціональної тактики та методик лікування.

Для досягнення поставленої мети були визначені наступні задачі.

1. Оцінити інформативну цінність методів діагностики панкреатичних нориць та розробити раціональний алгоритм діагностичного пошуку.

2. Розробити тактичні підходи до лікування хворих з норицями ПЗ шляхом уніфікації показів до оперативного та консервативного методів лікування.

3. Вивчити вплив сандостатину і соматуліну на органний кровообіг в ПЗ та її зовнішньосекреторну функцію.

4. Дати оцінку ефективності використання сандостатину та соматуліну в консервативному лікуванні та розробити оптимальні схеми лікування при панкреатичних норицях.

5. Уніфікувати покази до дренуючих та резекційних методів оперативних втручань для корекції нориць ПЗ.

6. Оцінити ефективність розробленої тактики та удосконалених методів лікування нориць ПЗ та розробити стратегію та тактику лікування хворих з даною патологією.

*Об’єкт дослідження:* зовнішні панкреатичні нориці.

*Предмет дослідження:* особливості діагностики та лікування нориць підшлункової залози.

*Методи дослідження:* загальноклінічні, біохімічні аналізи, ультразвукове дослідження, рентгеноконтрастна фістулографія, комп’ютерна томографія, допплерографія, дуоденографія, ретроградна панкреатохолангіографія, статистичні методи.

**Наукова новизна одержаних результатів.** В результаті виконання роботи вперше на великому клінічному матеріалі деталізовані етіологічні фактори даної патології та особливості перебігу захворювання. На основі оцінки селективності лабораторних та інструментальних методів діагностики розпрацьована раціональна схема–алгоритм діагностичного пошуку. Вивчення та аналіз результативності сучасних консервативних методів лікування зовнішніх панкреатичних нориць дозволило уніфікувати покази до консервативних та оперативних методів лікування хворих. Вперше вивчені особливості кровообігу ПЗ відносно зі змінами зовнішньосекреторної функції під дією введення сандостатину. Розроблена хірургічна тактика та нові ефективні методики оперативного лікування хворих направлені на зниження числа післяопераційних ускладнень та рецидивів нориць, пріоритетність яких підтверджено патентами України на винахід.

Проведені дослідження дозволили на сучасному науковому рівні вивчити особливості кровообігу в ПЗ у хворих з хронічним панкреатитом і норицями ПЗ, а також зміни його під дією сандостатину. Ці дані розкривають деякі сторони патогенезу хронічного панкреатиту ускладненого утворенням нориць і можуть служити основою для пошуку нових методів патогенетично обґрунтованого консервативного та оперативного лікування даної категорії хворих.

**Практичне значення отриманих результатів.** В роботі запропонований та науково–обґрунтований алгоритм діагностичних досліджень, що дозволяє на доопераційному етапі отримати максимально повну інформацію як про саму норицю так і про стан паренхіми та строми ПЗ. Визначені чіткі покази до оперативного втручання та консервативним методам корекції нориці.

Уніфіковані покази та розроблена схема консервативного лікування панкреатичних нориць з використанням сандостатину та його аналогів.

Розроблені нові методи оперативних втручань, дозволяючи більш ніж у 3 рази зменшити число післяопераційних ускладнень при відсутності летальних наслідків.

Результати дисертаційного дослідження впроваджені в роботу наступних лікувальних закладів: Національного інституту хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова АМН України, центру малоінвазивної хірургії обласної клінічної лікарні м. Івано–Франківська, хірургічного відділення клінічної лікарні № 6 м. Києва. Отримані результати впровадження (згідно актів впровадження) свідчать про ефективність запропонованої хірургічної тактики та об’єктивність способів діагностики.

**Особистий внесок здобувача.** Дисертація є завершеним самостійним науковим дослідженням автора. Автором самостійно вибрані напрямок, мета, задачі та методи дослідження, проведений патентний пошук та аналіз літератури по даній темі, зібраний та проаналізований з використанням сучасних методів статистичної обробки клінічний матеріал. Автор разом з науковим керівником проаналізував та теоретично узагальнив результати проведених досліджень, самостійно обґрунтував висновки. Дисертант особисто брав участь у виконанні 45% оперативних втручань у якості хірурга та асистента.

**Апробація роботи.** Результати роботи доповідались на вітчизняній конференціях з міжнародною участю «Хірургічне лікування захворювань підшлункової залози» (Київ, 2003).

**Публікації.** Матеріали дисертації викладено в 5 наукових роботах у фахових журналах, рекомендованих ВАК України, отримані 2 деклараційні патенти України на винахід.

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертаційна робота викладена на 164 сторінках друкованого тексту, складається з вступу, огляду літератури, 4 розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення отриманих результатів, висновків та списку використаних джерел. Дисертація містить 18 таблиць, ілюстрована 21 рисунком. Список використаних наукових джерел містить 427 посилань, з них 158 – кирилицею та 268 – латиною.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

**Матеріали та методи дослідження.** Матеріалом нашого дослідження є аналіз результатів обстеження та хірургічного лікування 149 хворих з зовнішніми панкреатичними норицями, що знаходилися на лікуванні в Інституті хірургії та трансплантології АМН України за період з 1990 по 2000 рік. Зокрема, 108 чоловіків та 41 жінка у віці від 18 до 72 років. Розподіл хворих по статі та віку представлено в таблиці 1.

Таблиця 1

**Розподіл хворих в залежності від статі та віку**

|  |  |
| --- | --- |
| Вік хворих, років | Кількість хворих |
| чоловіки | жінки | всього |
| абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| до 20 | 3 | 3 | 1 | 2 | 4 | 3 |
| 21 – 30 | 13 | 12 | 5 | 12 | 18 | 12 |
| 31 – 40 | 32 | 30 | 16 | 39 | 48 | 32 |
| 41 – 50 | 39 | 36 | 8 | 20 | 47 | 32 |
| 50 – 60 | 14 | 13 | 9 | 22 | 23 | 15 |
| більше 60 | 7 | 6 | 2 | 5 | 9 | 6 |
| Разом ... | 108 | 100 | 41 | 100 | 149 | 100 |

Як видно з представленої таблиці, переважну більшість (94%) хворих склали особи молодого працездатного віку, що підтверджує велику соціально–економічну значущість проблеми.

Причини виникнення панкреатичних нориць зображені на діаграмі (рис. 1).

 Рис. 1. Причини виникнення панкреатичних нориць.

Аналіз клінічної картини у обстежених нами хворих дозволив виявити найбільш характерні симптоми, представлені в таблиці 2. Основними з них слід вважати больовий синдром, диспепсичні явища, наявність норичного отвору на передній черевній стінці з мацерацією шкіри навколо нього.

Таблиця 2

**Клінічні прояви панкреатичних нориць**

|  |  |
| --- | --- |
| Клінічна ознака | Кількість хворих |
| абс. | % |
| Біль | 149 | 100 |
| Диспепсичні розлади | 88 | 59 |
| Підвищення температури | 123 | 82,5 |
| Зміни в крові | 117 | 78,5 |
| Наявність інфільтрату в епігастральної області | 92 | 62 |
| Мацерація шкіри | 113 | 76 |

Болі в черевній порожнині виявлені нами у 149 (100%) хворих, що знаходилися під нашим спостереженням. У епігастральній області біль локалізувався у 92 (62%) хворих, в лівому підребер'ї – у 29 (19,5%), в правому підребер'ї – у 11 (7,4%), у 17 (11%) – зафіксований оперізуючий характер болів.

Диспептичні розлади, що свідчать про порушення функції ПЗ, що супроводжуються нудотою, блювотою, метеоризмом, нестійким стільцем. Диспепсичні розлади, які відмічені у 88 (59%) хворих, пояснюємо недостатністю зовнішньосекреторної функції ПЗ на фоні хронічного панкреатиту, як правило, що розвивається в процесі формування панкреатичної нориці, а також значним зменшенням попадання панкреатичного секрету в дванадцятипалу кишку внаслідок його витікання назовні.

Наявність гнійно–септичних ускладнень, що проявляються температурною реакцією супроводжувалася, як правило, змінами в крові, що характеризується лейкоцитозом з палочкоядерним зміщенням вліво і розвитком токсичної зернистості нейтрофілів. Подібні зміни в крові ми спостерігали у 117 (78,5%) хворих.

У 92 (62%) хворих при об'єктивному обстеженні виявляли щільно–еластичний запальний інфільтрат в епігастральній області. Такий симптом характерний для хворих, у яких нориця розвинулася на фоні гострого деструктивного панкреатиту.

Основними задачами діагностичного пошуку являється також виявлення топографії та особливість норичного каналу, оцінка характеру патологічних змін в залозі, і стан протокової системи ПЗ.

Зовнішній отвір панкреатичної нориці локалізувався переважно по передній черевній стінці в епігастральній або мезогастральній області. Подібну локалізацію ми спостерігали у 79 хворих (53,3%). У 51 (34,2%) хворих нориця відкривалася в лівій підреберній області по передньоключичній або середньоключичній лініях. У 19 (13,4%) хворих норичний отвір був виявлений в лівій поперековій області.

Після проведеного доопераційного і інтраопераційного дослідження локалізація начального відділу норичного каналу була наступна: головка підшлункової залози – 75 (50%) хворих, тіло ПЗ – 49 (33%), хвіст ПЗ – 25 (17%). У 108 (72,4%) хворих нориця виходила з головки та тіла ПЗ.

Стійкі зовнішні панкреатичні нориці, при яких дебіт панкреатичного соку не мав тенденції до зменшення були 107 (71,8 %) хворих, в інших хворих нориці були рецидивуючими.

У 67% хворих дебіт панкреатичного соку коливається в об’ємі 100 – 800 мл.

Важливе діагностичне значення ми відводимо вивченню характеру виділень з норичного каналу. Так, наявність крихтовидної маси в виділеннях свідчить про триваючі процеси аутолізу і деструкції ПЗ. Наявність гнійних змін ПЗ свідчить приєднанням до виділень сливкоподібного гною з характерним запахом.

 Аналіз мікрофлори, висіяних із виділень нориці показав, що основними збудниками гнійних ускладнень даної категорії хворих були кишкова паличка (38,9%) і стафілокок (21,4%) (табл. 3).

Таблиця 3

**Мікрофлора висіяна із виділень нориці**

|  |  |
| --- | --- |
| Мікроорганізми | Кількість хворих |
| абс. | % |
| Стафілококк | 32 | 21,4 |
| Кишкова паличка | 58 | 38,9 |
| Вульгарний протей | 12 | 8,1 |
| Синьогнійна паличка | 17 | 11,4 |
| Асоціації мікроорганізмів | 18 | 12,1 |
| Посів стерильний | 12 | 8,1 |
| Всього ... | 149 | 100 |

 Основними методами в комплексі діагностичних заходів ми вважаємо інструментальні методи дослідження: ультразвукове дослідження, рентгеноконтрастну фістулографію, комп’ютерну томографію, допплерографію, дуоденографію, ретроградну панкреатохолангіографію.

 Рентгеноконтрастну фістулографію ми використовували у всіх 149 спостерігаючих нами хворих.

 У 94 (63,8%) досліджуваних нами хворих норичний канал був напряму зв’язаний з головною панкреатичною протокою. Сліпо норичний канал закінчувався в 55 (36,9%) обстежених нами хворих. Розширення та звивистість протоків ПЗ свідчить про наявність внутрипротокової гіпертензії. Наявність порожнини по ходу норичного каналу або наявність гілковидних скупчень рідини свідчили, як правило, про наявність деструкції ПЗ або парапанкреатичних клітин, наявність парапанкреатичних секвестрів.

 Ехографічне дослідження виконане нами у 142 (95,3%) хворих. Кістозні утворення в ПЗ нам вдалося виявити у 48 (34,2%) досліджуваних хворих. У 16 (11,9%) хворих були знайдені зміни парапанкреатичної клітини у вигляді бджолиних сот, що свідчать про продовження гнійно–некротичного процесу навколо залози.

 У 5 (4,2%) хворих нам вдалося при допомозі УЗД локалізувати безпосередньо норичний канал або дренажну трубку в його просвіті. Крім того, при допомозі УЗД у 28 хворих вдалося знайти контременти в жовчному міхурі, кальциноз паренхіми ПЗ, дилатацію головного вірсунгового протока, вірсунголітіаз.

 Головним завданням при виборі тактики лікування вважаємо не тільки ліквідацію самої нориці, але й відновлення при необхідності адекватного пасажу панкреатичного секрету. З цією метою ми використовуємо 2 методи лікування: консервативне та оперативне.

 Консервативний метод використаний нами у 57 (38,3%) хворих. Показаннями до консервативного лікування вважаємо наявність дебіту панкреатичного соку по норичному каналу не більше 200 мл на добу, відсутність прямого зв’язку нориці з головною панкреатичною протокою, відсутність гнійних виділень по нориці, а також затьоків і додаткових порожнин по ходу нориці.

 Для отримання бажаного результату при лікуванні панкреатичних нориць необхідне забезпечення функціонального спокою для ПЗ, максимальне пригнічення її зовнішньосекреторної активності, попередження і лікування мацерації шкіри навколозовнішнього отвору нориці.

 З метою пригнічення зовнішньосекреторної функції ПЗ ми використовували сандостатин в дозі по 0,1 підшкірно 3 рази на добу на протязі 7 – 10 днів, а також соматулін, препарат пролонгованої дії по 0,1 підшкірно, одноразово використаний нами у 11 хворих.

 З метою вивчення впливу сандостатину на кровообіг ПЗ нами вперше проведені допплерографічні дослідження динаміки спланхнічного та внутріпанкреатичного кровообігу в процесі лікування сандостатином. Як показали наші дослідження в результаті використання сандостатина відмічалось достовірне зниження числа візуалізуємих в ході дослідження судин на зрізі ПЗ. Ми вважаємо цей факт непрямим підтвердженням пригнічуючої дії препарату на внутрішньоорганний кровообіг залози. Одночасно спостерігали зниження швидкості кровообігу по верхній брижеєчній та селезінковій артеріях. Ми вважаємо, що подібна реакція кровообігу на введення сандостатину представляє собою основний механізм пригнічення зовнішньосекреторної функції ПЗ. Зниження дебіту панкреатичного соку по нориці приводить до поступової облітерації останнього, що в свою чергу, наряду зі зниженням інтрапанкреатичного кровообігу призводить до склерозування ділянки паренхіми ПЗ, живлячої нориці, з наступним її повним закриттям. Аналогічні дані ми отримали при дослідженні дії соматуліна.

 Саме таким чином уявляємо собі механізм лікувальної дії сандостатину та соматуліну у хворих з панкреатичними норицями. Ліквідувати зовнішню панкреатичну норицю консервативними заходами нам вдалось у 42 із 57 пролікованих нами хворих, що склало 74%.

 Оперативне лікування застосоване нами у 107 хворих з зовнішніми панкреатичними норицями.

 Показаннями до оперативного втручання були наявність стійкої нориці з дебітом панкреатичного соку більше 200 мл на добу, яка не піддавалась консервативній терапії, з’єднання нориці з головною панкреатичною протокою при порушенні прохідності останнього, наявність порожнин та затьоків по ходу норичного каналу. Оперативні втручання виконували не раніше ніж через 3 – 4 місяці після початку утворення нориць. За цей час встигали сформуватись щільні фіброзні стінки норичного каналу, купірувались запальні зміни в ПЗ і парапанкреатичній клітковині, відмежовувались вогнища секвестрації та гнійних порожнин.

 Основним завданням оперативних втручань ми вважаємо ліквідацію нориці та забезпечення адекватного пасажу секрету ПЗ в шлунково–кишковий тракт.

 Виконували операції 2 типів: дренуючі та резекційні. Притримуючись органозберігаючих принципів при операціях на ПЗ, ми віддаємо перевагу операціям дренуючого типу. Дренуючі операції виконані нами у 100 (93,4%) хворих, яких ми спостерігали. При цьому основною операцією вважаємо повздовжню панкреатостомію в поєднанні з висіченням нориці з виконанням фістулопанкреатоєюностомії. Повздовжнє розсічення панкреатичного протоку забезпечує належну дренуючу функцію анастомозу дозволяє включити в анастомоз значну частину паренхіми залози, зберігаючи екскреторну функцію. Проте, внаслідок виражених запальних змін в ділянці устя норичного каналу, злукового процесу та інших особливостей, що ускладнює виділення нориці до ПЗ, вважаємо можливим накладання широкого анастомозу безпосередньо з норицею, при умові, що стінки її достатньо сформовані та щільні. З метою зменшення травматичності операцій у хворих зі сформованими панкреатичними норицями, які виходять з порожнини малого сальника та розміщені по задній стінці шлунка, нами розроблена методика мініінвазивної фістулогастростомії під контролем ендоскопа. Подібна методика успішно використана у 3 хворих.

 Лише в тих випадках, коли тканина залози в ділянці формування внутрішнього отвору нориці була поражена фібрознодегенеративним процесом на значному протязі, коли нориця виходила з кістозних утворів в хвості або в головці ПЗ та не можливо було виключити неопластичне переродження тканини залози навколо нориці, ми використовували резекційні операції. Подібні втручання виконані нами у 7 (6,5%) хворих.

 Дистальна резекція ПЗ виконана у 3 (2,9%) хворих. Слід зазначити, що дану операцію ми виконували тільки в тих випадках, коли переконувались в абсолютно надійній прохідності проксимальних відділів головної панкреатичної протоки. Основним недоліком дистальної резекції ПЗ вважаємо крайовий некроз кукси залози з підтіканням панкреатичного секрету в парапанкреатичну клітковину та наступним її нагноєнням. З метою профілактики гнійно–септичних ускладнень після дистальної резекції ПЗ нами розроблений та успішно впроваджений в клінічну практику спеціальний дренаж, що надійно відокремлює куксу залози від оточуючих тканин та забезпечує її санацію до повного загоювання. Використання даного дренажу дозволило нам запобігти гнійно–септичним ускладненням у всіх 3 хворих та зменшити терміни лікування на 3 – 4 дні в порівнянні з звичайною методикою.

 Панкреатодуоденальна резекція та парціальна резекція ПЗ з норицею виконана нами у 4 хворих, відповідно по 2 (1,8%) хворих. Найбільш небезпечним моментом подібного типу операцій вважаємо високу небезпеку цілісності панкреатоєюноанастомозу.

 З метою профілактики цього ускладнення нами розроблено та вперше використано в хірургічній практиці метод інвагінаційного панкреатоєюноанастомозу з додатковою герметизацією. Клінічне застосування способу показало його високу герметичність та надійність навіть при наявності крайового некрозу ПЗ.

Для вивчення ефективності запропонованої нами тактики лікування хворих із зовнішніми панкреатичними норицями, ми проаналізували найближчі та віддалені результати лікування в наступних групах: хворі, що лікувалися консервативно, та хворі, що лікувалися оперативним шляхом. З метою вивчення найближчих результатів, група хворих, що були прооперовані з приводу панкреатичної нориці, була розділена на 2 періоди: з 1990 по 1995 рр. – 24 (26%) хворих: 4 хворих, яким виконані резекційні операції, 20 – методом дренування; та з 1996 по 2000 рр. – 68 (74%) хворих, що були прооперовані з урахуванням запропонованих нами хірургічної тактики і оперативних методик (3 хворим виконані різні по об’єму резекції, 65 – дренуючі операції).

Оцінка ефективності розробленої хірургічної тактики базувалася на порівнянні результатів лікування хворих обох груп, що були прооперовані у різні періоди роботи.

*Найближчі результати лікування хворих.* Безпосередні результати лікування було проаналізовано у 57 хворих, що були проліковані консервативно. Добрим результатом вважали стійке припинення виділень по норичному каналу за відсутності ознак загострення панкреатиту або прогресування запальних процесів в черевній порожнині. Задовільним результатом вважали припинення виділень по норичному каналу при збереженні періодичних загострень хронічного панкреатиту з порушенням зовнішньосекреторної функції ПЗ або без неї. Відсутність стійкого ефекту від консервативної терапії вважали незадовільним результатом.

Консервативними методами норицю вдалося ліквідувати у 42 (73,7%) хворих. При цьому, «добрий результат» лікування був встановлений нами у 24 (57%) хворих. Задовільний результат, таким чином, спостерігали у 18 (43%) хворих. У 15 (26%) хворих консервативні заходи виявилися неефективними. Всі ці хворі в подальшому були прооперовані.

У хворих, що були проліковані оперативним шляхом, найближчі результати лікування оцінювалися за частотою та характером ранніх післяопераційних ускладнень. Серед хворих, що були прооперовані в період з 1990 по 1995 рр., ранні післяопераційні ускладнення були відмічені у 9 (37,5%) з 24 хворих, пізні післяопераційні ускладнення – у 2 (8,3%) хворих цієї групи. Характер і кількість ускладнень представлені в таблиці 4.

Таблиця 4

**Характер та кількість ускладнень в різні періоди (І період)**

|  |  |
| --- | --- |
| Характер ускладнень | Кількість хворих |
| абс. | % |
| Нагноєння післяопераційної рани | 5 | 20,8 |
| Неспроможність панкреатоєюноанастомоза | 1 | 4,16 |
| Внутрішньочеревна кровотеча | 1 | 4,16 |
| Крайовий некроз дистальної кукси підшлункової залози | 4 | 16,16 |

Таким чином, загальна кількість післяопераційних ускладнень у хворих першої групи склала 45,8%.

У другому періоді роботи нами було розроблено і успішно впроваджено в клінічну практику ряд методик, що дозволили запобігти вищезгаданим ускладненням. Так, у хворих з проксимальною або парціальною резекцією ПЗ панкреатоєюноанастомоз виконували виключно за інвагінаційною методикою. Завдяки впровадженню даної методики в другій групі ми не спостерігали жодного випадку неспроможності панкреатоєюноанастомоза.

З метою профілактики ускладнень, пов'язаних з крайовим некрозом дистальної кукси ПЗ після резекції останньої, а саме підтікання панкреатичного секрету і нагноєння парапанкреатичної клітковини, ми успішно застосували розроблений в клініці дренаж оригінальної конструкції.

Дренаж є двопросвітною трубкою, що має на проксимальному кінці колбовидне розширення з латексної гуми, в яке відкриваються обидва просвіти дренажної трубки. Після дистальної резекції ПЗ вказане колбовидне розширення, відповідне до діаметра кукси ПЗ, одягали на куксу і підшивали по периметру за капсулу залози, утворюючи замкнуту порожнину. Після цього налагоджували постійне промивання сформованої порожнини з поміщеною в ній куксою, охолодженими розчинами антисептиків. Вказаний дренаж надійно захищав парапанкреатичну клітину від панкреатичного секрету, а локальна гіпотермія кукси залози забезпечувала якнайшвидше її очищення від некротичних тканин і загоєння. Крім того, у всіх хворих, яким виконувалися резекційні оперативні втручання на ПЗ, ми використовували медикаментозні методи профілактики післяопераційних ускладнень. З цією метою всім хворим призначали антибіотики здатні накопичуватися в тканинах ПЗ і панкреатичному соку. У 46 (68%) хворих ми використовували цефобід в терапевтичних дозах. Тоді як у 22 (32%) хворих, припускаючи ризик розвитку гнійно–септичних ускладнень в зоні панкреатодигестивного анастомозу, використовували тієнам по 50,0 внутрішньовенно краплинно по 3 рази на добу протягом 5–7 діб.

З метою профілактики розвитку гострого післяопераційного панкреатиту, у 68 (74%) хворих для пригнічення зовнішньосекреторної функції залози і профілактики підтікання панкреатичного секрету як із зони панкреатодигестивного анастомозу, так і з кукси ПЗ при її дистальній резекції, призначали сандостатин в дозі 0,1підшкірно 3 рази на добу протягом 3–5 днів.

Завдяки впровадженню методів профілактики післяопераційних ускладнень в другій групі хворих нам вдалося понизити число подібних ускладнень з 45,8 до 10,3%. Кількість та характер ранніх післяопераційних ускладнень в другій групі: нагноєння післяопераційної рани – у 4 (5,9%), крайовий некроз дистальної кукси підшлункової залози – у 3 (4,4%) хворих.

Аналізуючи тривалість лікування в першій і в другій групах, ми прийшли до висновку, що середня кількість днів перебування хворого в стаціонарі в першій групі склало (30,1 ± 45) діб, а в другій – (15,2 ± 30) діб.

Таким чином, завдяки системі заходів профілактики ранніх післяопераційних ускладнень, нам вдалося скоротити час стаціонарного лікування хворих на 15 діб.

*Віддалені результати лікування* зовнішніх панкреатичних нориць вивчені нами у 38 з 92 (41,3%) хворих, що знаходилися під нашим спостереженням в терміни від 6 міс до 8 років. В клініці були обстежені 32 з цих хворих. Результати лікування у решти хворих вивчалися за допомогою анкетування. При складанні анкет звертали увагу на загальне самопочуття хворих, наявність рецидивів нориці, стан зовнішньосекреторної та інкреторної функції ПЗ, про які свідчили стан перетравлення їжі та потреба в корекції цукру крові, наявність або відсутність епізодів загострення хронічного панкреатиту.

Оцінку результатів проводили по трибальній системі.

Добрим результатом вважали відсутність скарг з боку хворого, відсутність рецидивів панкреатичної нориці, відсутність порушень функції ПЗ.

Як задовільний розцінювали результат, при якому закриття нориці супроводжувалося, проте, періодичними загостреннями хронічного панкреатиту або порушеннями функції ПЗ. Хворі потребували дотримання дієти й спостереження лікаря.

Як незадовільні розцінювали ті результати, при яких або виникав рецидив нориці, або було потрібно проведення повторних оперативних втручань, пов'язаних з некоригованою патологією ПЗ.

Добрі результати були у 42 (45%) хворих. У них нориця була ліквідована остаточно, хворі не пред'являли скарг, дієти, як правило, не дотримувалися і не вимагали лікарської допомоги, пов'язаної з основним захворюванням.

Задовільними були визначені результати у 33 (35,9%) хворих, у яких, не дивлячись на ліквідацію нориці, зберігалися періодично виникаючі оперізуючи болі в епігастральній області, що посилюються після прийому їжі. У трьох з них було нестійке випорожнення, в калі визначалися шматочки неперетравленої їжі. Дослідження зовнішньосекреторної функції ПЗ радіологічним методом за допомогою триолеат гліцерину міченого 131І, показало пригнічення функції ПЗ, період напіввсмоктування препарату склав в середньому 7,5 ± 1,2 год. У двох хворих розвинулися ознаки цукрового діабету. Слід зазначити, що функціональні порушення з боку ПЗ визначалися, як правило, у хворих, у яких нориця розвинулася на фоні перенесеного розширеного панкреонекрозу, або після резекційних оперативних втручань на ПЗ.

У 9 (9,8%) хворих цієї групи післяопераційний період ускладнився утворенням післяопераційної вентральної грижі, що зажадало повторного оперативного втручання, направленого на ліквідацію грижі. Не дивлячись на те, що хворих оперували повторно, ми віднесли їх в групу хворих із задовільними результатами, оскільки повторна операція не була пов'язана з патологією ПЗ і загальний стан хворих не вимагав будь яких специфічних лікувальних заходів.

Незадовільні результати відмічені нами у 5 (5,4%) хворих. В одного хворого після консервативного закриття нориці у віддаленому періоді утворилася псевдокіста ПЗ, що потребувала оперативного втручання через 6 міс після виписки хворого зі стаціонару.

Ще в одного хворого, у якого оперативне втручання ускладнилося неспроможністю панкреатоєюноанастомоза, сформувався покреатотонкокишкова нориця, що створило необхідність повторного оперативного втручання у віддаленому періоді для закриття нориці.

Ще у 2 хворих, попри закриття нориці, відзначили виражені больові напади, пов'язані з частими загостреннями хронічного панкреатиту. Хворим доводилося дотримуватися строгої дієти і періодично госпіталізуватися до лікувальних установ для проведення курсів консервативної терапії.

Слід зазначити, що 3 хворих з групи «незадовільних» результатів лікування були прооперовані в період 1990–1995 рр.

Таким чином, розробка нової хірургічної тактики і методів лікування хворих з панкреатичними норицями дозволила знизити число хворих з незадовільними результатами лікування. Тільки своєчасна адекватна хірургічна корекція з використанням розроблених і вдосконалених нами методів лікування нориць ПЗ дозволила отримати добрі і задовільні результати лікування у 45,6 – 35,9% хворих відповідно.

**ВИСНОВКИ**

У дисертаційній роботі послідовно обґрунтовано та приведено нове рішення наукової задачі поліпшення результатів лікування зовнішніх нориць ПЗ, базуючись на уніфікації показів та розробці методів консервативної терапії і способів резекційних та дренуючих оперативних втручань.

1. Повноцінна діагностика зовнішніх панкреатичних нориць та моніторинг ефективності лікування можлива при проведенні комплексу діагностичних заходів, що включають вимірювання дебіту панкреатичного соку, його біохімічне та бактеріологічне дослідження, ультразвукове дослідження, рентгеноконтрастну фістулографію, ретроградну холангіографію, комп’ютерну томографію. Розроблений діагностичний алгоритм дозволяє отримати повноцінну інформацію у 93,3% обстежених хворих.

2. Консервативне лікування з застосуванням препаратів що пригнічують секрецію підшлункової залози (сандостатин, соматулін), показано пацієнтам з дебітом панкреатичного соку до 200 мл на добу, за відсутністю гнійних порожнин вздовж норичного каналу та адекватної прохідності головної панкреатичної протоки, дозволяє лікувати норицю у 38% пацієнтів.

3. У хворих з зовнішніми норицями підшлункової залози фіксується посилення спланхнічного та внутрішньопанкреатичного кровообігу у вигляді збільшення швидкості артеріального та венозного кровообігу, зниження індексів пульсації та резистентності, зростання кількості судин що візуалізуються.

4. Застосування сандостатину та соматуліну у хворих із зовнішніми норицями підшлункової залози супроводжується достовірним зниженням спланхнічного та внутрішньоорганного кровообігу підшлункової залози, що є наслідком опосередкованого збільшення тонусу судин, та зменшення артеріовенозного шунтування у підшлункової залозі.

5. Дренуючі оперативні втручання (продовжня панкреатоєюностомія) з висіченням норичного каналу показані при стенозах головної панкреатичної протоки, збереженої зовнішньо– й внутрішньосекреторної активності підшлункової залози, та є пріоритетними методами оперативного лікування зовнішніх панкреатичних нориць із застосуванням у 55% випадків.

6. Виконання резекційних операцій показано при поєднанні панкреатичної нориці, хронічного фіброзно–дегенеративного панкреатиту з рубцево–запальними змінами паренхіми залози, при порушенні прохідності суміжних органів та магістральних судин (механічна жовтяниця, дуоденальний стеноз, портальна гіпертензія).

7. Застосування розроблених нами методів профілактики гнійно–септичних ускладнень у хворих після резекції підшлункової залози дозволяють знизити кількість цих ускладнень (з 45,8 до 10,3%).

8. Комплексне лікування хворих із зовнішніми панкреатичними норицями, що включає обґрунтоване застосування консервативних та оперативних методів лікування, дозволяють досягти задовільних результатів у віддаленому періоді у 88% хворих при відсутності летальних наслідків.

**СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Досвід хірургічного лікування ускладнених форм хронічного панкреатиту / В. М. Копчак, І. М. Тодуров, О. І. Дронов, О. Б. Попович, І. В. Хомяк // Клін. хірургія. – 2003. – № 1. – С. 46 – 47.

2. Дренирующие или резецирующие операции при хроническом панкреатите? / В. М. Копчак, І. М. Тодуров, О. І. Дронов, О. Б. Попович, І. В. Хомяк // Лік. справа. – 2003. – № 1 (1067). – С. 71 – 74.

3. Копчак В. М. Хирургическое лечение панкреатического свища / В. М. Копчак, И. М. Тодуров, О. Б. Попович // Клін. хірургія. – 2003. – № 2. – С. 29 – 30.

4. Показатели спланхнического кровотока у больных с наружным свищом поджелудочной железы и их динамика под влиянием сандостатина и соматулина по данным ультразвукового дуплексного сканирования / М. В. Костилєв, В. М. Копчак, О. Б. Попович, О. Н. Єгорова // Клін. хірургія. – 2006. – № 7. – С. 30 – 35.

5. Копчак В. М. Современные подходы к лечению свища поджелудочной железы / В. М. Копчак, І. М. Тодуров, О. Б. Попович // Клін. хірургія. – 2003. – № 1. – С. 47.

6. Пат. 44014 А Україна. МКІ 7А61 В17/00. Спосіб формування панкреатоєюноанастомозу / О. І. Дронов, О. В. Дувалко, І. М. Тодуров, І. В. Хомяк, К. В. Копчак, Г. Г. Шевколенко, О. Б. Попович, В. В. Ханенко (Україна). – № 200101055. – Заявл. 22.01.01. Опубл. 15.01.02. Бюл. № 1.

7. Пат. 45721 А Україна. МКІ 7А61В17/00. Спосіб хірургічного лікування хронічного панкреатиту / В. М. Копчак, О. І. Дронов, І. М. Тодуров, О. Б. Попович, І. В. Хомяк (Україна). – № 2001064111. – Заявл. 14.06.01. Опубл. 15.04.02. Бюл. № 4.

**АНОТАЦІЯ**

**Попович О. Б. Діагностика та хірургічне лікування нориць підшлункової залози.** – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук зі спеціальності 14.01.03 – хірургія. Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова АМН України, Київ, 2009.

Дисертація присвячена покращанню результатів лікування зовнішніх панкреатичних нориць шляхом розробки і вдосконалення тактичних підходів та методів лікування. У роботі представлені результати обстеження та хірургічного лікування 149 хворих з зовнішніми панкреатичними норицями.

Консервативне лікування сандостатином чи його аналогами ліквідувало норицю у 42 з 57 (74%) хворих. Оперативне лікування виконано у 107 хворих (дренуючі операції – 100; дистальна резекція ПЗ – 3; ПДР – 2, парціальна резекція – 2).

Розроблено та успішно впроваджено методику мініінвазивної фістулогастростомії під контролем ендоскопа; спеціальний дренаж застосований при дистальній резекції ПЗ; метод інвагінаційного панкреатоєюноанастомозу з додатковою герметизацією при парціальній резекції ПЗ. В результаті, кількість післяопераційних ускладнень знижено з 45,8 до 10,3%, добрі й задовільні результати лікування були отримані відповідно у 45,6 та 35,9% хворих.

*Ключові слова:* підшлункова залоза, панкреатит, гострий та хронічний панкреатит, зовнішні нориці підшлункової залози, ускладнення панкреатиту, хірургічне лікування панкреатичної нориці, сандостатин.

**АННОТАЦИЯ**

**Попович О. Б. Диагностика и хирургическое лечение свищей поджелудочной железы.** – Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 – хирургия. Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова АМН Украины, Киев, 2009.

Диссертация посвящена улучшению результатов лечения внешних панкреатических свищей путем разработки и усовершенствования тактических подходов и методик лечения. В работе представлены результаты обследования и хирургического лечения 149 больных с внешними панкреатическими свищами.

При применении консервативного метода у 57 (38,3%) пациентов, основным компонентом которого было введение сандостатина или его аналогов (соматулина), нам удалось ликвидировать внешний панкреатический свищ у 42 (74%) больных. С целью изучения влияния сандостатина на кровообращение поджелудочной железы, нами впервые было проведено допплерографическое исследование динамики спланхнического и внутрипанкреатического кровообращения в процессе лечения.

Оперативное лечение было проведено у 107 больных и включило дренирующие операции – у 100 (93,4%) больных и резекционные операции – у 7 (6,5%). У 3 больных со сформированными панкреатическими свищами успешно использована разработанная нами методика миниинвазивной фистулогастростомии под контролем эндоскопа.

У 3 (2,9%) больных выполнена дистальная резекция поджелудочной железы с использованием разработанного нами специального дренажа, что позволило предотвратить гнойно–септические осложнения у всех 3 больных и уменьшить сроки лечения на 3–4 дня по сравнению с обычной методикой.

У 2 больных выполнена панкреатодуоденальная резекция и у 2 – частичная резекция поджелудочной железы с использованием разработанного нами метода инвагинационного панкреатоеюноанастомоза с дополнительной герметизацией.

Количество послеоперационных осложнений снижена с 45,8 до 10,3%. Хирургическая коррекция с использованием разработанных нами методов, позволила получить хорошие и удовлетворительные результаты лечения соответственно у 45,6 и 35,9% больных.

***Ключевые слова:*** поджелудочная железа, панкреатит, острый и хронический панкреатит, внешние свищи поджелудочной железы, осложнения панкреатита, хирургическое лечение панкреатического свища, сандостатин.

**SUMMARY**

**Popovych O. B. Diagnosis and surgical treatment of pancreatic fistula.** – Manuscript.

The dissertation for obtaining the academic degree of candidate of medical sciences in specialty 14.01.03 – surgery. National Institute of Surgery and Transplantology named after O. O. Shalimov of the Ukrainian Academy of Medical Sciences, Kyiv, 2009.

The dissertation is dedicated to improving the results of external pancreatic fistula treatment through elaboration and improvement of tactical approaches and treatment techniques. The thesis shows the results of examination and surgical treatment of 149 patients with external pancreatic fistula. The conservative treatment with sandostatin and its analogues allowed us to close the external pancreatic fistula in 42 out of 57 (74%) patients. Surgical treatment was carried out in 107 patients (draining operations in 100 patients; distal resection – 3; PDR – 2, and partial resection of pancreas – in 2 patients). We have developed and successfully implemented the technique of mini–invasive fistulogastrostomy under endoscopic control; a special drainage used during distal resection of pancreas; and the method of pancreatojejunostomy with invagination and with additional hermetization in case of partial resection of pancreas. As a result, the rate of postoperative complications decreased from 45.8 to 10.3%; good and satisfactory results of treatment were obtained in 45.6 and 35.9% of cases respectively.

***Key words:*** pancreas, acute and chronic pancreatitis, external pancreatic fistula, complications of pancreatitis, surgical treatment of pancreatic fistula, sandostatin.

Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>