

ПАРАДУОДЕНАЛЬНИЙ ПАНКРЕАТИТ: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Дронов О.І. , Бакунець Ю.П., Бакунець П.П.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, кафедра загальної хірургії №1.

Київський міський відділ хірургії захворювань печінки, жовчних протоків та підшлункової залози імені академіка В.С.Земскова.

Вступ

У 2004 році американець Волкан Адсай і його італійський колега Джузеппе Дзамбоні об'єднали під терміном «парадуоденальний панкреатит» ряд патологічних станів, описаних в різних повідомленнях як кістозна дистрофія гетеротопованої підшлункової залози, дуоденальна дистрофія, панкреатична гамартома, борозчатий панкреатит, міоаденоматоз дванадцятипалої кишки або парадуоденальна кіста. Всі ці назви, відповідають формі хронічного панкреатиту, який залучає стінку дванадцятипалої кишки (ДПК) в основному в проекції малого дуоденального соска, тканину підшлункової залози в області так званої «борозни» розташованої між дуоденальною стінкою та інтрапанкреатичною частиною загальної жовчної протоки.

Мета роботи: покращити рівень діагностики та результати лікування пацієнтів з парадуоденальним панкреатитом.

Методи та матеріали

В роботі проведено аналіз результатів обстеження та лікування 14 хворих з парадуоденальним панкреатитом (ПП) з 2008 по 2021 роки. Із загальної кількості хворих, було 11 (78,6%) чоловіків та 3 (21,4%) жінки. Серед усіх пацієнтів в 10 випадках (71,4%) виконано панкреатодуоденальна резекції в різних модифікаціях, двом пацієнтам

за методикою Whipple, трьом пацієнтам Nakaо та п'яти пацієнтам по Traverso-Longmaer. Серед усіх оперованих пацієнтів в 4 випадках (28,6%) виконана панкреатозберігаюча резекція ДПК з реконструкцією тонкокишечною вставкою та дуодено-дуоденоанастомозом з реімплантацією великого дуоденального соска. Вік пацієнтів коливався від 29 до 60 років, склавши 46,6 роки. ІМТ – 26,5. З прооперованих пацієнтів 10 (71,4%) хворих до операції зловживали алкоголем та 10 (71,4%) палили. Протокова гіпертензія спостерігалась у 9 (64,3%) пацієнтів, біліарна гіпертензія у 10 (71,4%) пацієнтів. Больовий синдром спостерігався у 12 (85,7%) пацієнтів та був різного ступеня вираженості. У 6 (42,8%) пацієнтів до операції спостерігався цукровий діабет та у 12 (85,7%) спостерігалась екзокринна недостатність ПЗ.

Результати та обговорення

Середній час операцій склав 254,5 хвилини. Середня крововтрата склала 235 мл. Середній термін перебування пацієнтів у стаціонарі після оперативного лікування склав 11 діб. В післяопераційному періоді 2 (20%) хворий з 10 продовжували зловживали алкоголем та 4 (40%) з 10 продовжили палили. Екзокринна недостатність спостерігається у 6 (50%) з 12 пацієнтів, кількість ферментів після операції значно зменшена. Ендокринна недостатність залишилась у 4 (66,7%) з 6 пацієнтів, кількість введення інсуліну у цих пацієнтів також значно зменшилась. Больовий синдром купувався у всіх прооперованих пацієнтів.

Дуоденальна дистрофія - рідкісне захворювання тканини підшлункової залози, ектопованої в стінку дванадцятипалої кишки. Дане явище вперше описали Potet и Duclert в 1970 році, в англійській літературі використовується в основному термін «groove pancreatitis». Ектопією

підшлункової залози називається незвичайна локалізація панкреатичної тканини, що має власне кровопостачання і протокову систему, без судинного, нервового або анатомічного контакту з зазвичай розташованої (ортотопічної) підшлунковою залозою.

Етіологія та патогенез парадуюденального панкреатиту достеменно не вивчені, проте виділено ряд факторів, які сприяють виникненню та прогресуванню захворювання даного захворювання.

Виділяють дві форми ПП, це чиста та сегментарна, основною відмінністю між ними є те, що при чистій формі патологічний процес локалізується виключно в стінці ДПК, а при сегментарній формі патологічний процес розповсюджується на паренхіму голівки підшлункової залози. Клінічними ознаками для чистої форми ПП є в основному лише прояви стенозу ДПК. Клінічні ознаки сегментарної форми ПП є більш вираженими та типовими: стеноз ДПК, тубулярний стеноз холедоха, протокова гіпертензія, прояви екзокринної та ендокринної недостатності підшлункової залози. Найбільш інформативним і корисним в плані діагностики є використання КТ, МРТ та ендоУЗД. Остаточний діагноз ставиться за результатами гістологічного висновку, після оперативного втручання. Чутливість КТ, МРТ та ендоУЗД для діагностики ПП становить 95%, 84% і 94%, а специфічність - 94%, 86% і 98%.

Не дивлячись на наявність повідомлень про позитивні результати консервативного лікування, основним методом залишається - хірургічний. І в даному випадку до цих пір актуальним залишається питання, який вид оперативного втручання показаний пацієнтам з ПП.

Висновки

Діагностичні критерії для обох форм ПП на даний момент визначенні та відомі. Панкреатозберігаюча резекція дванадцятипалої кишки є методом вибору для чистої форми ПП. Основним видом оперативного втручання при сегментарній формі ПП, є виконання панкреатодуоденальної резекції. Тривале консервативне лікування при чистій формі ПП може призвести до розвитку сегментарного та дифузного панкреатиту, що може позбавити можливості збереження підшлункової залози.

ПЕРЕВАГИ ЗАСТОСУВАННЯ ПУНКЦІЙНО-ДРЕНУЮЧИХ МЕТОДИК В ХІРУРГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ МНОЖИННИХ ІНФІКОВНИХ КІСТ ПЕЧІНКИ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ЗНАХОДЯТЬСЯ НА ПРОГРАМНОМУ ГЕМОДІАЛІЗІ

Циганок Ю.О.

Науковий керівник: к.мед.н., асистент Матвеев Р.М.

Кафедра хірургії з курсом невідкладної та судинної хірургії

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Сусак Я.М.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Актуальність

Полікістозна хвороба печінки має поширеність від 1:100 000 до 1:1 000 000 або 1-9:100 000 (1:158 000 у Нідерландах), тоді як поширеність аутосомно-домінантної полікістозної хвороби нирок коливається від 1:400 до 1:1000.

Кісти печінки спостерігаються у 83% випадків аутосомно-домінантної полікістозної хвороби нирок (АДПХН), а поєднання цих патологій веде до різкого звуження спектру лікувальних заходів.

Останнім часом в тактиці лікування множинних рідинних утворень печінки спостерігаються певні зміни, лапаротомні операції виконуються значно рідше, адже навіть при гігантських кістах (понад 20 см в діаметрі) можливе ефективне застосування склерозувальної терапії під контролем УЗД або відеолапароскопії. Летальність при цьому втручанні відсутня, а частота післяопераційних ускладнень складає менше 0,5 %

Мета роботи