

УДК 616.37-006.31

## ХІРУРГІЧНА КОРЕКЦІЯ ПАНКРЕАТИЧНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ПРИ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМАХ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

О.Є. Каніковський, Ю.П. Гнатюк, В.В. Мосьондз, О.В. Росохай

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

**Реферат.** Проведений аналіз хірургічного лікування 387 хворих на ускладнені форми хронічного панкреатиту. Обструктивний панкреатит діагностовано у 80,4%, фіброз підшлункової залози у 10,0%, калькульозний панкреатит у 9,6%. Розглянуті питання внутрішньої декомпресії системи проток підшлункової залози. Зроблено висновки про доцільність органозберігаючого напрямку у хірургічному лікуванні панкреатичної гіпертензії.

**Ключові слова:** хронічний панкреатит, панкреатична гіпертензія, хірургічне лікування.

Панкреатична гіпертензія є однією із ключових етіопатогенетичних ланок клінічних виявів і розвитку ускладнень у хворих на хронічний панкреатит. Стійкий больовий синдром, який пов'язаний з компресією панкреатичних проток різного діаметру і розвитком панкреатичного компартменту, з наступною дилатацією і розгерметизацією системи вивідних проток підшлункової залози з формуванням кіст і нориць вимагає застосування поряд з консервативними засобами, декомпресійних хірургічних втручань.

### Мета

Покращити результати лікування хворих на хронічний панкреатит, ускладнений панкреатичною гіпертензією, шляхом оптимізації хірургічної корекції.

### Матеріал та методи

В хірургічній клініці медичного факультету № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова протягом 1979-2009 р.р. (30 років) знаходилося на лікуванні 387 хворих на ускладнені форми хронічного панкреатиту. Серед обстежених було 295 (76,2%) чоловіків і 92 (23,8%) жінок. Середній вік склав  $46,8 \pm 12,5$  років. Відповідно до Марсельсько-Римської класифікації (1989) кальцифікуючий хронічний панкреатит діагностовано у 37 (9,6%) хворих, обструктивний – у 311 (80,4%), фіброз підшлункової залози – у 39 (10,0%). Із анамнезу, напад гострого панкреатиту протягом останніх 10 років перед госпіталізацією констатували у 129 (33,3%) хворих. Ознаки органічного дуоденостазу діагностували у 277 (71,6%) хворих.

### Результати та обговорення

Всі хворі були оперовані. Показами до

хірургічної корекції були кісти підшлункової залози (однокамерна кіста – 103, багатокамерна кіста – 71, множинні кісти підшлункової залози – 29, полікістоз підшлункової залози – 5), дилатація головної панкреатичної протоки (83), панкреатичні нориці (зовнішні – 51, панкреато-плевральні – 6), фіброз підшлункової залози з вираженим больовим синдромом (39).

Із діагностичних методів, найбільш інформативними були спіральна комп'ютерна томографія і ультрасонографія з денситометрією підшлункової залози. У хворих на панкреатичні нориці інформативною була фістулографія і визначення рівня амілази у виділеннях із нориці або у плевральному ексудаті.

Оперативне лікування кіст підшлункової залози полягало у застосуванні однієї із методик внутрішнього або комбінованого дренивання. Розміри і обсяг кіст, які визначалися за результатами інструментального обстеження, коливалися від 5 до 30 см у найдовшому вимірі і обсягом від 50 до 4000 мл. Інтраопераційно визначали тиск у порожнині кісти шляхом її пункції і вичислення рівня у міліметрах водного стовпчика ( $\text{mmH}_2\text{O}$ ), який коливався від 180 до 375  $\text{mmH}_2\text{O}$ . Крім того, визначали рівень амілази вмісту кісти, який склав від 512 до 65536 од. за Вольгемуттом.

У 8 хворих, яким було виконано ізольоване зовнішнє дренивання кісти підшлункової залози в інших лікувальних закладах, були сформовані зовнішні панкреатичні нориці, які потребували хірургічної корекції. У 47 хворих кіста ускладнилася нагноєнням, ще у 8 – кровотечею у просвіт кісти.

Внутрішня декомпресія кісти шляхом формування цисто-єюностомії виконана у 185 хворих, серед яких анастомоз за Roux сформовано у 39, з заглушкою привідного відділу за О.О. Шалімовим і формуванням міжкишкового анастомозу – у 146. У 62 хворих внутрішню декомпресію кісти комбінували із зовнішньою шляхом підведення дренажів у просвіт кісти через контрапертуру у лівій поперековій ділянці (17) або через підвісну ентеростому за Вітцелем на рівні відвідної

петлі тонкої кишки за опрацьованою в клініці методикою (45). Підведення зовнішніх дренажних пристроїв у просвіт кісти дозволяє проводити етапні санації порожнини і контролювати надійність гемостазу при кровотечах у просвіт кісти. Черездренажна фістулографія в післяопераційному періоді дозволяє визначати прохідність цистоентероанастомозу, динаміку спадіння стінок кісти і рівень гіпертензії у просвіті кісти. Ускладнений перебіг патології не вважали протипоказом до використання однієї із методик внутрішньої декомпресії. У 5 хворих цистоєюностомію доповнювали розширенням анастомозу на дилатований проксимальний відділ головної панкреатичної протоки. У 3 хворих на ретропанкреатичну кісту був сформований анастомоз між кістою і панкреатичною протокою і повздожня панкреатоєюностомія. У 7 хворих виконали резекцію підшлункової залози з кістою.

При локалізації кісти у голівці підшлункової залози у 11 хворих був сформований антирефлюксний цистодуоденоанастомоз. Ще у 3 хворих при множинних кістах з їх локалізацією у різних відділах підшлункової залози були сформовані цистоєюно- і цистодуоденоанастомози. При багатокамерних кістах підшлункової залози обов'язковою умовою було об'єднання всіх камер перед формуванням анастомозу. У 5 хворих на полікістоз підшлункової залози виконали корпорокаудальну резекцію і формування цистоєюноанастомоза після об'єднання кіст. На нашу думку, органозберігаюча концепція виконання оперативних втручань є основною в хірургії хронічного панкреатиту, що дозволяє не тільки частково відновити зовнішньосекреторну активність підшлункової залози, але і максимально зберегти інкреторну функцію органу. Необхідно відзначити, що у 37 (17,8%) хворих кісти підшлункової залози були ускладненні біліарною гіпертензією, що потребувало інтраопераційної корекції: антирефлюксний холедоходуоденоанастомоз – 19, холедохоєюноанастомоз – 7, гепатікоєюноанастомоз – 11.

Післяопераційні ускладнення виникли у 26 (12,5%) хворих, серед яких найважчими були арозивна кровотеча у 3 з 1 летальним випадком і післяопераційний панкреатит у 4 з 1 летальним випадком. У 2 хворих протягом першого місяця наступила реканалізація заглушеного привідного відділу тонкої кишки і інфікуванням порожнини кісти, що потребувало виконання повторної операції з переведенням за Roux. Ще 5 хворих померли у післяопераційному періоді: тромбоемболія легеневої артерії – 3, інфаркт міокарда – 2.

Загальна післяопераційна летальність склала 3,4%.

При розширенні панкреатичної протоки і вираженому больовому синдромі у 83 хворих виконували повздожня панкреатоєюностомію (72) і панкреатоєюностомію за Frey (11). Інтраопераційно при пункції визначали тиск у панкреатичній протоці, який коливався від 180 до 360 mmH<sub>2</sub>O. У 4 хворих після формування повздожньої панкреатоєюностомії виник стеноз анастомозу, що потребувало повторної хірургічної корекції. Натомість після виконання методики за Frey таких ускладнень не було. У 57 хворих анастомоз формували однорядним швом, у 26 – дворядним. Проте, часткова неспроможність анастомозу виникла в 1 (3,8%) випадку при формуванні дворядним швом, яка не потребувала повторної операції і нориця закрилась після консервативного лікування. Анастомоз формували на довгій петлі з заглушкою привідного відділу за О.О. Шалімовим і формуванням міжкишкового анастомозу у 49 (59,0%) і за Roux – у 34 (41,0%). Натомість, можливість реканалізації привідної петлі, на нашу думку, свідчить про доцільність більш широкого застосування методики Roux. У 9 хворих з діагностованим папілостенозом була виконана ендоскопічна папілотомія. Натомість в жодному випадку папілотомія не ліквідувала панкреатичну гіпертензію. Загалом, у 6 (7,2%) хворих у післяопераційному періоді виникли ускладнення, найважчим з яких була арозивна кровотеча у 2 пацієнтів, з яких загинув 1. Ще у 3 розвинулися ознаки післяопераційного панкреатиту, який був успішно пролікований консервативно.

Однією із найважчих груп, в плані виконання хірургічної корекції, були хворі на нориці підшлункової залози (57). Зовнішні нориці (51) були сформовані після зовнішнього дренивання кісти підшлункової залози (35), після операцій з приводу гострого некротичного панкреатиту (8), після травми підшлункової залози (14). Тривалість захворювання на норицю коливалася від 2 до 8 років. Резекцію хвоста підшлункової залози з норицею виконали у 5 хворих, корпорокаудальну резекцію – у 2, резекцію тіла – у 2 пацієнтів. Рецидив нориці виник у 1 хворого. При поєднанні зовнішньої панкреатичної нориці з дилатацією панкреатичної протоки (19) виконували панкреатоєюностомію за Frey. У 12 хворих ця методика поєднувалася з висіченням норицевого ходу, проте у 7, яким норицевий хід не видалляли, нориця закрилась самостійно. 10 хворим, у яких

панкреатична протока не була розширена, виконано висічення нориці до підшлункової залози з формуванням панкреатоєюностомії на виключеній петлі. Ще у 11 хворих, в зв'язку з технічними особливостями інтраопераційної ситуації, був сформований панкреатофістулоєюноанастомоз на виключеній петлі. Протягом перших 5 років після операції у 2 (18,2%) виникла кіста підшлункової залози, що потребувало повторної корекції, в той час як після панкреатоєюностомії таких ускладнень не було. У 9 хворих, коли панкреатична нориця поєднувалася із гнійною порожниною, було виконано некректомію і додаткове дренування гнійної порожнини. У 6 (66,6%) хворих нориця закрилася, проте 3 пацієнтів потребували повторної планової корекції.

У 6 хворих були внутрішні панкреатоплевральні нориці. У 5 випадках норицевий хід відкривався в ліву плевральну порожнину, у 2 випадках з яких були сформовані панкреатобронхіальні нориці (у 1 хворого в поєднанні із зовнішньою панкреатичною норицею). У 1 хворого норицевий хід через заднє середостіння відкривався в праву плевральну порожнину. У всіх хворих дефект панкреатичної протоки був на рівні тіла підшлункової залози. У 5 хворих була сформована панкреатоєюностомія за Frey з відключенням нориці. У 1 хворого в зв'язку з важкістю стану, обмежилися розкриттям піддіафрагмального абсцесу, роз'єднанням нориці і її зовнішнім дренуванням. У всіх хворих в післяопераційному періоді виникли легеневі ускладнення (плеврит, пневмонія). Померла 1 хвора від легеневих ускладнень.

39 хворим з діагностованим фіброзом підшлункової залози з вираженим больовим синдромом були виконані оперативні втручання на вегетативній нервовій системі (31) (задньостовбурова ваготомія, хімічна невротомія). Проте ефективність цих методик (зменшення больового синдрому) була підтверджена протягом перших 3 місяців у 9 (29,0%) хворих, а протягом одного року тільки у 2 (6,5%) хворих констатували зменшення больових відчуттів. У 8 пацієнтів була виконана панкреатоєюностомія за Frey, що призвело у 5 (62,5%) хворих до клінічного покращення протягом першого року післяопераційного періоду.

#### **З а к л ю ч е н н я**

Таким чином, хірургічна корекція панкреатичної гіпертензії вимагає індивідуального підходу до кожного окремого клінічного випадку. Основними критеріями ефективності

хірургічного втручання у цієї групи хворих, на нашу думку, є органозберігаючий підхід з відновленням адекватного відтоку панкреатичного соку.

#### **ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА**

*О.Е. Каниковский, Ю.П. Гнатюк, В.В. Мосьондз, А.В. Росохай*

**Резюме.** Проведен анализ хирургического лечения 387 больных с осложненными формами хронического панкреатита. Обструктивный панкреатит диагностирован у 80,4% больных, фиброз поджелудочной железы – у 10,0%, калькулезный панкреатит – у 9,6%. Рассмотрены вопросы внутренней декомпрессии протоковой системы поджелудочной железы. Сделаны выводы о целесообразности органосохраняющего направления в хирургическом лечении панкреатической гипертензии.

**Ключевые слова:** хронический панкреатит, панкреатическая гипертензия, хирургическое лечение.

#### **SURGICAL CORRECTION OF PANCREATIC HYPERTENSION AT THE COMPLICATED FORMS OF CHRONIC PANCREATITIS**

*O.E. Kanikovsky, Yu.P. Gnatyuk, V.V. Mosondz, A.V. Rosokhay*

**Abstract.** Analysis of surgical treatment of 387 patients with the complicated forms of chronic pancreatitis was carried out. Obstructive pancreatitis was diagnosed in 80,4% patients, pancreatic fibrosis – at 10,0%, calculous pancreatitis – at 9,6%. Questions of the internal decompression of the ducts system of the pancreas were discussed. Conclusions about expediency of organ preserve direction in the surgical treatment of pancreatic hypertension was made.

**Key words:** chronic pancreatitis, pancreatic hypertension, surgical treatment.

#### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Дронов О.І., Крючина Є.А., Горлач А.І. Еволюція уявлень про фіброз та цироз підшлункової залози // Хірургія України. – 2008. – № 2 (26). – С. 79-87.
2. Копчак В.М., Хом'як І.В., Чевердюк Д.А., Копчак К.В., Зелинский А.И. Хирургическое лечение хронического панкреатита // Харківська хірургічна школа. – 2009. – № 2.1. – С. 124-125.
3. Beger H.G., Matsuno S., Cameron J. L. Diseases of the Pancreas. – Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2008. – 949 p.
4. Buchler M. W., Uhl W., Malfertheiner P., Sarr M.G. Diseases of the Pancreas. – Karger AG, 2004. – 212 p.
5. Forsmark C.E. Pancreatitis and Its Complications. – Humana Press Inc., 2005. – 338 p.
6. Mortelet K. J., Wiesner W., Intriere L., Shankar S. A Modified CT Severity Index for Evaluating Acute Pancreatitis: Improved Correlation with Patient Outcome // Am J Roentgenol. – 2004. – № 183 (5). – P. 1261-1265.
7. Voss M, Pappas T. Pancreatic fistula. Curr Treat Options // Gastroenterol. – 2002. – № 5. – P. 345-353.
8. Li-Ling J, Irving M. Somatostatin and octreotide in the prevention of postoperative pancreatic complications and the treatment of enterocutaneous pancreatic fistulas: a systematic review of randomized, controlled trials // Br J Surg. – 2001. – № 882. – P. 190-199.