

УДК 616.37-089

І.М. Шевчук, М.Г. Шевчук, А.Д. Хруник, М.Б. Федорків

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ*Івано-Франківський національний медичний університет*

У дослідженні проаналізовано результати хірургічного лікування 136 хворих (121 чоловік, 15 жінок; середній вік – $48,6 \pm 1,3$ років) з ускладненими формами хронічного панкреатиту. Хворим було проведено наступні оперативні втручання: дистальна та субтотальна резекція підшлункової залози – 13 (9,6%) хворих, у 54 (39,7%) хворих – операції з приводу псевдокист (дренування порожнини), 26 (19,1%) хворим проведено операцію Фрея, повздожню панкреатоеюностомію – у 18 (13,2%) хворих, черезшкірне пункційне дренування кист під УЗ-контролем – 16 (11,7%) хворих, стентування головної панкреатичної протоки – 3 (2,2%) хворих. Метод оперативного втручання підбирали індивідуально: дреноуючі операції при кистах та ізольованому вірсунголітізі та дільтації головної панкреатичної протоки без запальних інфільтратів в паренхімі підшлунковій залозі, резекційні операції – при наявності морфологічних змін в підшлунковій залозі.

Ключові слова: хронічний панкреатит, хірургічне лікування, результати.

Протягом останнього десятиліття спостерігається збільшення кількості хворих на гострий та хронічний панкреатит (ХП) [5]. Щорічно тільки в Україні виявляють на 5000-6000 хворих з ураженням підшлункової залози (ПЗ) більше, ніж в попередні роки [3]. В структурі захворювань шлунково-кишкового тракту дана патологія займає 5,1-9% [5]. Незважаючи на різноманітні патогенетичні фактори, клінічні прояви ХП [1, 6] характеризуються прогресивним перебігом з поступовим наростанням зовнішньосекреторної недостатності ПЗ, вираженим больовим синдромом, втратою маси тіла, обструкцією жовчної та панкреатичної протоки, затrudненням пасажу по дванадцятипалій кишці, стисненням ворітної вени з проявами портальної гіпертензії, розвитком ендокринної недостатності, появою інших локальних та системних порушень [2, 4].

Незважаючи на високий розвиток сучасної фармакології, все ж ефективність консервативних заходів у хворих з ускладненими формами ХП надзвичайно низька. Саме тому 30-40% хворих [1, 7] виконуються різноманітні оперативні втручання на ПЗ, які не завжди дають задовільні результати та супроводжуються великою кількістю післяопераційних ускладнень [3, 6].

Мета роботи – удосконалити показання та проаналізувати методи і результати хірургічного лікування хворих з ХП в залежності від характеру ускладнення та ступеня патологічних змін в ПЗ та сусідніми з нею органами.

Матеріал та методи

Нами проаналізовано результати хірургічного лікування 136 хворих з ускладненими формами ХП, які впродовж 2004-2010 рр. знаходились на лікуванні в хірургічному відділенні обласної клінічної лікарні на базі кафедри хірургії № 2. Серед хворих було 121 (88,9%) чоловіків та 15 (11,1%) жінок, вік яких 23-79 років (середній вік складав $48,6 \pm 1,3$ років). Тривалість захворювання (з моменту виявлення до часу госпіталізації) становила 0,5-7 років (в середньому – $4,7 \pm 0,17$). Серед чинників виникнення та розвитку ХП переважали пацієнти з аліментарним чинником (зловживання алкоголем) – 87 (63,9%) та з жовчокам'яною хворобою і її наслідками – 22 (16,2%). В анамнезі: у 67 (49,3%) пацієнтів перенесений гострий панкреатит, з них – 29 (21,3%) прооперовані. Основними клінічними проявами у хворих були стійкий інтенсивний больовий синдром та диспепсичні розлади (нудота, панкреатогенні проноси або закрепи), втрата маси тіла.

Окрім загальноклінічних обстежень (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, рівень глікемії, біохімічний аналіз крові, коагулограма, копроцитограма) проводились інструментальні дослідження: ультразвукове дослідження (УЗД), відеоезофагогастроуденоскопію (ВЕГДС), комп'ютерну томографію (КТ) з рентгенконтрасним підсиленням, ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію (ЕРПХГ).

У більшості пацієнтів відмічалось підвищення рівня α -амілази в крові (іноді в десятки

разів) та гіперглікемія. Найбільш інформативним методом діагностики ураження ПЗ було УЗД, за допомогою якого верифікували псевдо- та інтрапанкреатичні кисти в ПЗ, структуру тканини ПЗ, ширину головної панкреатичної протоки (ГПП) та наявність в ній конкрементів. У випадках недостатньої верифікації змін в паренхімі ПЗ проводилась КТ з внутрішньовенними рентгенконтрастним підсиленням. ЕРПХГ проводилась лише у 5 (3,7%) пацієнтів, із-за частих загострень ХП та посилення больового синдрому у пацієнтів. За допомогою ВЕГДС виявляли стиснення ззовні дванадцятипалої кишки псевдо- та інтрапанкреатичними кистами ПЗ.

Хворим було проведеного наступні оперативні втручання: резекція (дистальна, субтотальна дистальна) ПЗ – 13 (9,6%) хворих, дренажні оперативні втручання на ПЗ в різних модифікаціях (на протоковій системі) – 50 (36,8%) хворих, операції внутрішнього дренивання при псевдокистах – 54 (39,7%) хворих, черезшкірне пункційне дренивання кист ПЗ під УЗ-контролем – 16 (11,7%) хворих, стентування головної панкреатичної протоки (СГПП) (при ЕРПХГ) – 3 (2,2%) хворих.

Результати та обговорення

Хворі були розподілені на 2 групи в залежності від методу оперативного втручання: I група – 54 (39,7%) хворі з псевдокистами ПЗ, II група – 50 (36,8%) хворі, які потребувала втручання на протоковій системі та паренхімі ПЗ.

В I групі хворих ступінь зрілості кисти та терміни від моменту атаки ХП впливали на вибір лікувальної тактики. Вважаємо, що не сформована постнекротична киста ПЗ — це показання до застосування пункційного методу лікування під контролем УЗД, що проводили за допомогою голок (G18-22) з аспірацією її вмісту 16 (11,7%) хворих.

При кистах розмірами понад 6 см операцією вибору було черезшкірне тривале дренивання стилет-катетером чи дренажами типу «rig tail», які вводили під УЗ-контролем. Постійна аспірація вмісту в поєднанні зі склеротерапією приводила до більш швидкої облітерації порожнини кисти. При цьому контроль за ефективністю лікування здійснювався не тільки методом УЗД, але і за допомогою фістулографії, що виконувалась у динаміці.

Об'єктивні докази зменшення розмірів кисти та поліпшення стану хворого дозволяли нам виписати його зі стаціонару на амбулаторне лікування у 6 (38,5%) хворих. Зниження рівня α -амілази у вмісті кисти було доброю прогностичною ознакою і вказувало на ефективність пункційно-дренувальних операцій. Дренаж видалявся після контрольної фістулографії і при підтвердженні ознак облітерації кисти. Рецидив із наповненням кисти рідиною після аспірації або дренивання з використанням мініінвазивних технологій визначав показання для відкритого методу з виконанням цистодуодено- (48 хворих, 88,9%) або цистоеюностомію (6 хворих, 11,1%).

В II групі хворих при визначенні показів до операції ми керувались загальноновизнаним положенням, що головна мета хірургічного втручання полягає в усуненні больового синдрому та в створенні умов для максимального збереження функції ПЗ. Показами до операції на ПЗ були: постійний та інтермітуючий больовий синдром внаслідок обструкції на різних рівнях протокової системи ПЗ; розвиток ускладнень, які не можуть бути усунуті консервативними методами.

При аналізі функціонального стану ПЗ в залежності від строків ХП встановлено, що чим довше існує обструкція в протоковій системі ПЗ, тим глибші порушення функції органу. Тому, оперативне втручання проводили якомога раніше після верифікації морфологічних змін в ПЗ та виявлення ознак протокової гіпертензії. Анатомо-функціональні зміни ПЗ при розширенні ГПП більше 5-6 мм починають переходити в незворотні органічні ушкодження у вигляді появи перших ознак кистозної трансформації та кальцифікації паренхіми, екзо- і ендокринної недостатності, що є прямим і аргументованим показанням до хірургічного лікування.

При виборі способу та об'єму операції оцінювали наслідки протокової та паренхіматозної гіпертензії, характер та локалізацію перешкоди відтоку панкреатичного вмісту при тяжкому перебігу ХП. За ступенем дилатації ГПП розрізняємо: I ст. – до 4 мм (6 хворих, 12%); II ст. – від 4 до 8 мм (18 хворих, 36%); III ст. – понад 8 мм у діаметрі (26 хворих, 52%). Залежно від ступеня дилатації ГПП рекомендувалися види оперативних втручань: при ди-

латації ГПП I ст. – СГПП, вірсунготомія, при дилатації II ст. (при сегментарному стенозі голівки) — панкреатодуоденостомія, при дилатації III ст. – панкреатодигестивне дренивання.

На початках освоєння операцій на ПЗ при ХП в основному проводились дрениуючі операції (повздожня панкреатоеюностомія). Цією операцією досягається зменшення больового синдрому внаслідок декомпресії ГПП, але не зупиняється прогресування дегенеративно-дистрофічних змін паренхіми ПЗ. Згідно даних В.М. Копчака зменшення інтенсивності больового синдрому досягається у 85% хворих, тоді як в 15% – інтенсивність болю залишається на доопераційному рівні, у 10-15% хворих виникає дуоденальна непрохідність, а 30% хворих – обструкція жовчевих шляхів. Тому така операція показана хворим із ізольованим вірсунголітіазом і ділятацією ГПП без стенозу і оклюзії дрібних протоків та без значної фіброзної дегенерації головки ПЗ, або ХП з атрофією головки ПЗ і вірсунгоектазією. В нашій клініці таких операцій проведено у 18 (13,2%) хворих.

26 (19,1%) хворим при фіброзно-дегенеративних змінах головки ПЗ та розширенні вірсунгової протоки проводилась операція Фрея з накладанням повздожньої панкреатоеюноанастомозу по Ру або браунівським анастомозом.

Також в клініці впровадили операцію розроблену колективом інституту Шалімова під керівництвом В.М. Копчаком – панкреатоеюнодуоденостомію (з використанням ізольованого сегменту тонкої кишки на судинній ніжці), яка дозволяє відновити відтік панкреатичного соку в дванадцятипалу кишку – шлях його природного відтоку, та отримали позитивні результати.

У 13 (9,6%) хворих проведено дистальну і субтотальну резекцію ПЗ. Дистальну резекцію виконували при псевдокистах, розташованих у воротах селезінки, при фіброзно-дегенеративних змінах паренхіми хвоста ПЗ без ознак протокової гіпертензії. У випадках, коли зміни паренхіми поширювались на тіло ПЗ – проводили субтотальну резекцію ПЗ.

Післяопераційна летальність склала 0,8% (1 хворий), внаслідок гострого післяопераційного панкреонекрозу після субтотальної дистальної резекції ПЗ.

З а к л ю ч е н н я

Показаннями до операції при ХП є наявність абдомінального больового синдрому та відсутність ефекту від адекватної консервативної терапії при розвитку ускладнень. Метод оперативного втручання необхідно підбирати індивідуально. При несформованих постнекротичних кистах ПЗ слід застосовувати черезшкірну пункцію та їх дренивання під контролем УЗД. Дрениуючі операції при кистах та ізольованому вірсунголітіазі і ділятації ГПП без запальних інфільтратів в паренхімі ПЗ. Резекційні операції проводяться при наявності морфологічних змін ПЗ: якщо ці зміни в хвості та тілі проводиться дистальна резекція, а якщо в головці – операція Фрея. Пріоритетним вважаємо розробку і впровадження операцій на протоковій системі ПЗ, які передбачають щадяче ставлення до її тканини і фізіологічне відновлення відтоку панкреатичного соку.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

И.М. Шевчук, М.Г. Шевчук, А.Д. Хрунык, М.Б. Федоркив

В исследовании проанализировано результаты хирургического лечения 136 больных (121 мужчин, 15 женщин; средний возраст – $48,6 \pm 1,3$ лет) с осложненными формами хронического панкреатита. Больным были произведены следующие операции: дистальная и субтотальная резекция поджелудочной железы – 13 (9,6%) больных, 54 (39,7%) больным – операции по поводу псевдокист (дренирование полости), 26 (19,1%) больным сделано операцию Фрея, продольную панкреатоеюностомию – у 18 (13,2%) больных, чрезкожное пункционное дренирование кист под УЗ-контролем – 16 (11,7%) больных, стентирование главной панкреатической протоки – 3 (2,2%) больных. Метод оперативного лечения выбирали индивидуально: дренирующие операции – при кистах и изолированом вірсунголітіазі, ділятації головної панкреатической протоки без воспалительных инфильтратов в паренхиме поджелудочной железы, резекционные операции – при морфологических изменениях в поджелудочной железе.

Ключевые слова: хронический панкреатит, хирургическое лечение, результаты.

SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC PANCREATITIS

I. Shevchuk, M. Shevchuk, A. Khrunik, M. Fedorkiv

The experience of surgical treatment of 136 patients (121 men, 15 women; mean age – $48,6 \pm 1,3$ years) with complicated chronic pancreatitis had been analyzed. The operations was performed: distal and subtotal distal pancreatectomies – in 13 (9,6%) patients, operations for pancreatic pseudocysts (cysts drainage) – in

54 (39,7%) patients, Frey's operations – in 26 (19,1%) patients, longitudinal pancreatojejunostomy – in 18 (13,2%) patients, in 16 (11,7%) patients – were punctured under ultrasound control using a pig tail catheter, stenting of the main pancreatic duct – in 3 (2,2%) patients. Method for surgical treatment elected individual: drainage's operations – with cysts and virsungolytias and dilate of the main pancreatic duct without inflammation of the pancreatic parenchyma, resection's operations – with morphologic's change of the pancreas.

Key words: chronic pancreatitis, surgical treatment, results.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дренирующие и резекционные операции в хирургическом лечении хронического панкреатита / В.М. Копчак, И.В. Хомяк, К.В. Копчак, А.И. Зелинский // *Анналы хир. гепатол.* – 2008. – № 3. – С. 167-168.
2. Изолированная резекция головки поджелудочной железы при хроническом панкреатите / Э.И. Гальперин,

Т.Г. Дюжева, Г.Г. Ахаладзе и др. // *Анналы хир. гепатол.* – 2008. – № 3. – С. 155.

3. Криворучко І.А. Хірургічне лікування хронічного панкреатиту / І.А. Криворучко, В.В. Бойко, А.В. Сивожезізов // *Науковий вісник Ужгородського університету.* – 2006. – № 29. – С. 66-69.
4. Продольная тотальная панкреатодуоденопапиллотомия при хроническом панкреатите / В.Н. Клименко, А.В. Клименко, С.И. Воротынцев, В.В. Избицкий // *Харків. хірург. школа.* – 2009. – № 2.1 (33). – С. 115-117.
5. Філіппов Ю.О. Епідеміологічні особливості хвороб органів черевної порожнини та гастроентерологічна служба в Україні: здобутки, проблеми та шляхи їх вирішення / Ю.О. Філіппов, І.Ю. Скірда // *Гастроентерологія.* – 2005. – Вип. 36. – С. 9-17.
6. Beger H.G. Diseases of the pancreas. // H.G. Beger, S. Matsuno, J.L. Cameron // Springer-Verlag, Berlin, 2008. – 905 p.
7. Schneider A. The new international classification of chronic pancreatitis // A. Schneider, F.M. Lohr, M.V. Singer // *J. Gastroenterology.* – 2007. – Vol. 42. – P. 101-119.

Стаття надійшла 02.03.2011