



А. І. Суходоля,  
В. В. Петрушенко,  
О. О. Підмурняк,  
О. В. Грищук,  
С. А. Суходоля, І. В. Чубар

Вінницький національний  
медичний університет імені  
М.І.Пирогова

Хмельницька обласна лікарня

© Колектив авторів

## ЕТАПНІ ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ УСКЛАДНЕНОМУ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

**Резюме.** Узагальнено досвід хірургічного лікування 131 пацієнта з ускладненим протіканням хронічного панкреатиту. В залежності від виду ускладнень, локалізації процесу, стану панкреато-біліарної зони проводився диференційний вибір оперативного втручання. Враховуючи прогресування процесу в підшлунковій залозі хірургічні ускладнення хронічного панкреатиту виникають в різні терміни. Для їх корекції запропоновані етапні операції, які передбачають різні варіанти внутрішнього дренивання панкреатичного протоку, а також резекції підшлункової залози. Повторні оперативні втручання на протязі 5 років виконували у 52 (39,7 %) пацієнтів.

**Ключові слова:** *хронічний панкреатит, етапні хірургічні втручання, повздожжня панкреато-єюностомія, внутрішні панкреатичні нориці.*

### Вступ

На сьогодні хронічний панкреатит є найбільш частим захворюванням підшлункової залози. Це захворювання характеризується значним больовим синдромом, втратою ваги, компресією жовчного та панкреатичного протоків, порушення дуоденальної прохідності, псевдокістами. Консервативна терапія є ефективною при цьому захворюванні тільки на початку [4, 5, 6]. Все частіше хронічний панкреатит ускладнюється внутрішніми норицями, з наступним асцитом та плевритом. Не завжди і хірургічні втручання з приводу різних ускладнень хронічного панкреатиту дають бажаний ефект, що потребує виконання декількох етапних втручань: від дренируючих операцій (внутрішніх та зовнішніх), до різних варіантів резекційних операцій.

### Мета дослідження

Оцінити найближчі та віддаленні результати етапних хірургічних втручань з приводу ускладнених форм хронічного панкреатиту.

### Матеріали та методи досліджень

Проаналізовано результати хірургічного лікування 131 пацієнта з ускладненим хронічним панкреатитом, які знаходились на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні Хмельницької обласної лікарні з 2006 по 2012 рік. Чоловіків було 94 (71,7 %), жінок 37 (28,3 %). Вік пацієнтів складав 24-65 років, тривалість захворювання була  $11 \pm 3$ . В хірургічний стаціонар хворі поступали після багаторічного, малоефективного консервативного лікування, або з явними ознаками ускладнень хронічного панкреатиту. Частина пацієнтів 11 (8,4 %) була раніше оперована в інших закладах. У двох із них виконано внутрішнє дренивання кіст,

у трьох — обхідні білідигестивні анастомози, шістьом зовнішнє дренивання рідинних утворень, в трьох з них сформувалась стійка панкреатична нориця. Діагностичний скринінг хворих на ХП включав загально-клінічні, біохімічні дослідження, УЗД, ФГДС, КТ, МРТ. У шести пацієнтів було виконано ЕРПХГ. За результатами клінічних та інструментальних досліджень встановлено, що у 62 (47,3 %) хворих були кістозні утворення різних розмірів та локалізації, у 23 (17,6 %) — була механічна жовтяниця, у 14 (10,7 %) — портальна гіпертензія ускладнена внутрішньою норицею та асцитом, а у 6 (4,6 %) — було діагностовано панкреатична нориця з плевритом. В останні роки у зв'язку з підвищенням захворюваності на ХП, особливо на його ускладнені форми, все частіше зустрічаються пацієнти з панкреато-бронхіальними та панкреато-плевральними норицями [1, 3, 7, 8]. У нашому випадку з шести пацієнтів панкреато-плевральними норицями четверо були госпіталізовані в торакальне відділення, де після безуспішних, багаторазових пункцій з'явилась підозра на норицю, що була підтверджена високим рівнем діастази в плевральній рідині.

При кістозних утвореннях ПЗ хірургічна тактика була різною і залежала від розмірів, локалізації та інфікування. Так при локалізації утворення в ділянці головки ПЗ при сформованій капсулі та відсутності інфікування у 19 хворих (30,6 %) цієї групи ми виконували цистоєюностомію на виключенні по Ру-петлі. Під час операції обов'язково проводили ревізію порожнини на наявність перетинок, секвестрів, конкрементів, а у 8 (12,9 %) хворих до накладання анастомозу виконували цистографію для підтвердження зв'язку з протоковою системою. При локалізації кісти залози за, або



біля ДПК, невеликих її розмірів у 13 хворих (21 %) виконано цисто-дуодено анастомоз бік-в-бік, або дуодено-цисто анастомоз через задню стінку ДПК.

Інколи локалізація кісти в ділянці головки ПЗ і прогресування процесу призводить до компресії термінального відділу холедоха, з наступною жовтяницею, а компресія портальної вени – до портальної гіпертензії [2]. В нашій групі жовтяниця була діагностована у 14 хворих, яким виконували холедохо-дуодено анастомоз, або гепатікоєюно анастомоз на тій же петлі, що і панкреатичний анастомоз по Ру. Слід відмітити, що у пацієнтів з ХП компресія жовчевивідних шляхів та ДПК може виникнути на різних етапах захворювання, що потребує етапних оперативних втручань. Найчастіше так і буває.

Важливою умовою виконання будь-якої операції на ПЗ є оцінка стану біліопанкреатодуоденальної зони. Так-як після дренажної операції процес в ПЗ не припиняється, а прогресує і призводить до компресії холедоха, то і ДПК, з наступним стенозом та жовтяницею.

При несформованих, інфікованих кістах, а також рідинних утворень у вигляді заплівів виконували зовнішнє дренажування у 20 (32,3 %) пацієнтів під УЗД- та КТ-контролем. У 6-ти (9,7 %) хворих з міні-лапаротомного доступу. У пацієнтів із зовнішнім дренажуванням кіст дренаж в порожнині знаходиться на протязі 2-3 тижнів. Обов'язково відмічали кількість та характер виділень. Проводили санаційні промивання антисептиками. Дренажні трубки видаляли тільки після фістулографій, встановлення наявності або відсутності зв'язку з протоковою системою. У 12 (19,4 %) хворих в яких був встановлений зв'язок нориці з протоком сформувалась стійка панкреатична нориця. Термін операцій з приводу сформованих панкреатичних нориць при ХП залежав від дебіту соку, а також наявності гнійних ускладнень. Але в середньому оперативні втручання виконували через 3-4 місяці після першої операції. У восьми пацієнтів виконували повздожню панкреатоеюностмію на Ру-петлі з ліквідацією нориці, а у чотирьох – дистальну резекцію ПЗ.

Основним завданням оперативних втручань при ХП є ліквідація протокової гіпертензії. Операцією вибору при ХП з дилатацією і гіпертензією протоку є повздожня панкреатоеюностомія [4]. Такі операції виконали у 53 (40,5 %) пацієнтів. Основні операції виконували по методиці Пестова-Партінгтона. Панкреатичний проток визначали пальпаторно та пункційно, його широко розкривали, особливо в ділянці перешийку з переходом на головку ПЗ. З наших спостережень, саме в ділянці перешийку найчастіше спостерігається

звуження і деформація протока. Це було нами підтверджено пункційною панкреатографією у 22 хворих (41,5 %). Ми рекомендуємо при відсутності можливості виконання ЕРПХГ всім пацієнтам перед будь-якою дренажною операцією виконувати пункційну панкреатографію. Мотивом для такого заключення було те, що під час виконання нами контрастного дослідження панкреатичного протоку ми виявили ускладнення ХП, які ми не підозрювали – у 3 (5,7 %) хворих внутрішні черевні та плевральні нориці. Непopaдання контрасту з протока в кісту виключало можливість дренажування кісти і протоку одним анастомозом. У 8 хворих (15,1 %), коли ХП супроводжувався кістозною зміною головки ПЗ, її передньої поверхні, виконували комбіновані втручання (повздожня панкреатоеюностомія, міні Фрея), або у 4 (7,6 %) хворих – класичну операцію Фрея. У хворих, в яких хронічний процес в головці ПЗ призвів до компресії холедоха та ворітної вени, розвитку портальної гіпертензії та асцити, значного больового синдрому, що неможливо було купувати наркотичними анальгетиками, виконали у 2 (1,5 %) випадках операцію Беггера, а у 16 (12,2 %) – ПДР по Wipple.

Особливо складною ситуація є у пацієнтів з ХП ускладненими черевними та бронхо-плевральними норицями. При внутрішніх черевних норицях та асциті досить складно визначити локалізацію дефекта панкреатичного протоку під час лапаротомії. В трьох хворих нам, під час першої операції, не вдалось встановити дефект панкреатичного протоку. В такій ситуації ми дренажували черевну порожнину, чепцеву сумку і формували контрольовану панкреатичну норицю. Тільки при такій тактиці, після багаторазових фістулографій в післяопераційному періоді нам вдалось встановити локалізацію дефекту. В подальшому, цим хворим виконували повздожні панкреатоеюностомії через дефект, а у одного пацієнта дефект знаходився на задній стінці ПЗ – операція закінчилась дистальною резекцією ПЗ з каудальним анастомозом. Надзвичайно складними є операції з приводу панкреатобронхоплевральних нориць. Як правило такі пацієнти соматично важкі, виснажені, з анемією та гіпопротеїнемією, потребують інтенсивної передопераційної підготовки. Операцією вибору при такій патології є панкреатоеюностомія на Ру-петлі з роз'єднанням панкреатобронхіальної нориці. Але не завжди це вдається, ми не змогли знайти норицевих хід у одного пацієнта навіть при інтраопераційній панкреатографії. Операцію в нього закінчили широкою мобілізацією ПЗ по верхньому краю і внутрішнім дренажуванням протоку.



### Результати досліджень та їх обговорення

У 52 (39,7 %) пацієнтів в термін на протязі 5-ти років після першої операції виконано різні види етапних операцій з приводу рецидивів кіст, нориць, панкреатичного асцити, жовтяниці, значного больового синдрому. Після операцій з приводу ускладнених форм ХП померло 5 (3,8 %) хворих: один хворий – ТЕЛА, один хворий – ерозивні рецидивні кровотечі в кісту, двоє від післяопераційного перитоніту, який пов'язаний з інфікуванням панкреатичного асцити на фоні цукрового діабету, один хворий – від загострення післяопераційного панкреатиту, панкреонекрозу. Післяопераційні ускладнення спостерігали у 22 (16,8 %) хворих. У 3 хворих – зовнішня панкреатична нориця; 1 – зовнішня жовчева нориця; 1 – зовнішня дуоденальна нориця; 4 – холангіт; 4 – гастростаз; 1 – емпієма плеври; 3 – пневмонія; 5 – нагноєння післяопераційної рани. Всі вказані ускладнення ліквідовані проведенням комплексної консервативної терапії.

Враховуючи той факт, що морфологічні зміни при ХП не мають зворотного розвитку можна стверджувати про прогнозовані хірургічні ускладнення ХП. Різні ускладнення ХП динамічні в часі, тому їх хірургічна корекція можлива та ефективна тільки за допомогою етапних операцій, які можуть бути на початку дренуючими, а закінчитись різними варіантами резекцій ПЗ. Для різних клініко-морфологічних форми ХП потрібно використовувати

різні оперативні втручання, мета яких зовнішнє або внутрішнє дренивання протоків і кіст, обхідні біліодигестивні анастомози, різні види резекуючих операцій (дистальна та проксимальна резекція, ПДР).

### Висновки

1. Для покращення результатів хірургічного лікування ускладненого ХП з протоковою гіпертензією покази до операції треба ставити раніше – до розвитку різних хірургічних ускладнень.

2. Застосування інтраопераційної вірсунгографії дає можливість вибору оптимального втручання при ХП з протоковою гіпертензією, кістами та внутрішніми норицями.

3. Основною метою оперативних втручань при ХП з протоковою гіпертензією є максимальне дренивання та декомпресія головки та тіла ПЗ. Найбільше цим вимогам відповідають операція Фрея та розширена панкреатоєюностомія по методиці Пестова-Партінгтона.

4. Етапні операції при ускладнених формах ХП є оптимальними і найбільш ефективними, дають можливість вчасно провести корекцію ускладнень, які виникають при прогресуванні процесу.

5. Надання хірургічної допомоги хворим з ускладненими формами ХП повинно проводитись в спеціалізованих центрах, де є можливий повний діагностичний скринінг та наявні фахівці, що мають досвід таких операцій.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Копчак В. М. Хирургическое лечение осложненных форм хронического панкреатита с преимущественным поражением головки поджелудочной железы / В. М. Копчак, И. М. Тодуров, И. В. Хомяк // *Анналы хирург. гепатологии*. – 2003. – Т. 8, № 2. – С. 201.

2. Новый подход в лечении больных хроническим панкреатитом, осложненным псевдокистой поджелудочной железы / В. М. Копчак, И. М. Тодуров, И. В. Хомяк, [та інш.] // *Клін. хірургія*. – 2003. – № 6. – С. 58–59.

3. Осложненные формы хронического панкреатита и их хирургическое лечение / Копчак В. М., Тодуров И. М., Хомяк И. В. [и др.] // *Клін. хірургія*. – 2004. – № 4–5. – С. 21

4. Хронический панкреатит – современные концепции патогенеза, диагностики и лечения / А.А. Шалімов,

В.В. Грубнік, Джоел Горовиц [и др.] // – Київ, Здоров'я, 2000. – 255 с.

5. Хирургия поджелудочной железы / А.А. Шалімов, С.А. Шалімов, М.Є. Нечитайло, А.П. Радзіховський. – Симферополь : Таврида. – 1997. – 553 с.

6. Bhattacharya D. Minimally invasive approaches to the management of pancreatic pseudocysts; review of the literature / D. Bhattacharya, B.S. Ammori // *Surg. Lapa-rosc. Endosc. Percutan. Tech.* – 2003. – Vol. 13. – № 3. – P. 141-146.

7. Distal pancreatic resection-indications techniques and complications / U. Adam, F. Makowiec, H. Riediger, U.D. Hopt // *Zentralbl. Chir.* – 2001. – Vol. 126. – № 11. – P. 879-883.

8. Frey C.F. Local Resection of the Head of the Pancreas with Pancreaticojejunostomy / C.F. Frey, H.A. Reber // *J of Gastrointestinal Surg.* – 2005. – Vol. 9, № 6. – P. 863-868.

ЭТАПНЫЕ  
ХИРУРГИЧЕСКИЕ  
ВМЕШАТЕЛЬСТВА  
ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ  
ХРОНИЧЕСКОМ  
ПАНКРЕАТИТЕ

*А. И. Суходоля,  
В. В. Петрушенко,  
О. О. Пидмурняк,  
О. В. Грищук,  
С. А. Суходоля, И. В. Чубарь*

**Резюме.** Обобщен опыт хирургического лечения 131 пациента с осложненным течением хронического панкреатита. В зависимости от вида осложнений, локализации процесса, состояния панкреато-билиарной зоны проводился дифференцированный выбор оперативного вмешательства. Учитывая прогрессирование процесса поджелудочной железы хирургические осложнения хронического панкреатита возникают в разные сроки. Для их коррекции предложены этапные операции, предусматривающие разные варианты внутреннего дренирования, а также резекции поджелудочной железы. Повторные операции на протяжении 5 лет выполнены у 52 (39,7 %) больных.

**Ключовые слова:** *хронический панкреатит, этапные хирургические вмешательства, продольная панкреато-еюностомия, внутренние панкреатические свищи.*

STAGE OPERATIONS OF  
CHRONIC PANCREATITIS  
WITH COMPLICATIONS

*A. I. Suhodolya,  
V. V. Petrushenko,  
O. O. Pidmurnyak,  
O. V. Grishuk,  
S. A. Suhodolya, I. V. Chubar'*

**Summary.** Experience of surgical treatment of 131 patients with complicated chronic pancreatitis is generalized. Depending on the type of complications, the localization process, the biliary-pancreatic area the conduction is varied selection of surgical intervention. According to of the progression of pancreatic gland surgical complications of chronic pancreatitis occur at different times. For it correction proposed stage operation which provide different variants of internal drainage and resection of pancreatic cancer. Reoperation at 5 years were performed in 52 (39.7 %) patients.

**Key words:** *chronic pancreatitis, stage operation, longitudinal pancreato-jejunoostomy, internal pancreatic fistula.*