

УДК 616.37-002-06-089



В. І. Пилипчук

Івано-Франківський національний медичний університет

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З УСКЛАДНЕНИМИ ФОРМАМИ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВИБОРУ СТРАТЕГІЇ І ТАКТИКИ

Мета роботи — визначити основні показання до хірургічного лікування ускладнених форм хронічного панкреатиту (ХП).

Матеріали і методи. Проаналізовано результати хірургічного лікування 136 хворих на ХП. Для діагностики використано лабораторні, інструментальні методи та інтраопераційний моніторинг біліарного тиску. Якість життя у віддалені терміни після операції оцінювали за результатами огляду хворих, ультразвукового дослідження та заповнення анкети SF-36.

Результати та обговорення. Показаннями до оперативного лікування хворих були: стійкий больовий синдром та відсутність ефекту від консервативного лікування; біліарна гіпертензія — у 44 (32,3 %) хворих, зокрема в поєднанні з дуоденальною непрохідністю — у 15 (11,1 %), з дуоденальною непрохідністю та локальною венозною гіпертензією — у 5 (3,7 %), ускладнені кісти ПЗ — у 28 (20,6 %), підозра на пухлину головки чи хвоста залози — у 13 (9,5 %). Операцію Фрея проведено 36 (26,5 %) хворим, Бернську операцію — 2 (1,5 %), поздовжню панкреатоєюностомію — 33 (24,3 %), панкреатодуоденальну резекцію — 5 (3,7 %), цистоентеростомію — 20 (14,7 %), дистальну резекцію підшлункової залози — 8 (5,9 %), ендоскопічні транспапілярні втручання на протоці залози — 15 (11 %), ендобіліарне стентування або накладання обхідних білідигестивних анастомозів — 9 (6,6 %). Обстеження 48 (35,3 %) пацієнтів у терміні від півроку до 5 років після операції виявило поліпшення якості їх життя порівняно з доопераційним періодом.

Висновки. Хірургічне лікування ХП необхідне та доцільне за наявності стійкої клінічної картини та виражених патоморфологічних змін у підшлунковій залозі. Основними показаннями до операції у хворих на ХП є стійкий больовий синдром, який спостерігається у 98,5 % хворих та зумовлений фіброзно-дегенеративними змінами в тканині залози або панкреатичною гіпертензією, наявність біліарної гіпертензії (32,3 %), дуоденальної (11,1 %) та мезентеріальної (3,7 %) непрохідності або їх поєднання, ускладнення кіст залози (нагноєння, кровотечі) (20,6 %), неможливість заперечити злоякісний процес у залозі (9,5 %). Операціями вибору у хворих на ХП з ознаками біліарної гіпертензії є дуоденумзберігальні резекції (операції Фрея, Бегера, Бернська операція), які в 30 % випадків потребують додаткового втручання на жовчовивідних протоках (накладання білідигестивних анастомозів або біліопанкреатичних з'єднань у зоні резекції головки підшлункової залози).

Ключові слова: хронічний панкреатит, біліарна гіпертензія, дуоденальна непрохідність, протокова гіпертензія, дуоденумзберігальна резекція.

Хронічний панкреатит (ХП) — прогресивне захворювання із загостреннями хронічного запалення, які повторюються, розвитком склерозу і фіброзу, котрі призводять до заміщення секреторної тканини залози сполучною тканиною і зниження зовнішньосекреторної функції підшлункової залози (ПЗ) [1]. За останні 30 років відзначено більш ніж дворазове збільшення кількості хворих на ХП [5, 7, 13]. Частота виникнення патології постійно зростає за рахунок збільшення вживання алкоголю і поліпшення методів діагностики,

зокрема частка алкогольного панкреатиту зросла із 40 до 75 % [2]. Щорічно лише в Україні виявляють на 5—6 тис. хворих з ураженням ПЗ більше, ніж у попередні роки [7, 8].

За даними Н.Б. Губергриц та співавт., ранні ускладнення ХП розвиваються у 30 % випадків, пізні — у 70—85 %; протягом 5 років помирають 6,3 % хворих на ХП, протягом 10 років — 30 %, протягом 20 років — близько 50 % [2]. Смертність від ХП у пацієнтів з алкогольним панкреатитом, які хворіють понад 20 років, становить від 28,8 до

35,0 % [16]. У разі неалкогольного панкреатиту тривалістю понад 10 років смертність досягає 10 % [16].

Хірургічне лікування ХП — актуальна складна проблема гастроентерології. Від 4 до 9 % хворих на ХП потребують хірургічної допомоги [3]. Оперативне лікування хворих на ХП є складним і вартісним. Стратегії лікування ХП передбачають, що операція — це останній етап лікування, після того як консервативне лікування, зміна способу життя та ендоскопічні методи виявилися неефективними [17]. Своєчасне хірургічне лікування може ефективно вплинути на перебіг захворювання та максимально відтермінувати тотальне «вигорання» паренхіми ПЗ [10].

Показання до хірургічного лікування ХП не завжди чіткі. Оперативне втручання показане за наявності клінічних ознак ХП та морфологічних змін у ПЗ, якщо консервативна терапія неефективна, існує загроза виникнення або вже виникли ускладнення ХП [3]. З розвитком грубих фіброзних та фіброзно-дегенеративних процесів у паренхімі ПЗ із залученням у патологічний процес протокової системи та розвитком протокової гіпертензії єдиним можливим радикальним лікуванням є лише хірургічне. На думку В. А. Кубишкіна та співавт., показаннями до операції при ХП є ускладнення захворювання: стійкий больовий синдром; панкреатична, біліарна і портална гіпертензії; суб- та декомпенсований стеноз дванадцятипалої кишки (ДПК); несправжні аневризми басейну гілок черевного стовбура та верхньої мезентеріальної артерії [6].

Деякі автори вважають показаннями до хірургічного лікування ХП біль, який не піддається консервативному лікуванню, ускладнення фіброзно-дегенеративного процесу в ПЗ та парапанкреатичного фіброзу (стеноз головної панкреатичної протоки (ГПП), інтрапанкреатичної частини загальної жовчної протоки (ЗЖП), стеноз ДПК, стиснення або тромбоз ворітної та селезінкової вен, обструкція товстої кишки), ускладнення псевдокіст (тривала або симптомна кіста, нагноєння псевдокісти або кровотеча в її порожнину, панкреатичний асцит і плевральний випіт, панкреатична фістула), підозра на карциному ПЗ [4, 12, 11, 15].

Завданнями хірургічного лікування ХП є: усунення болю і локальних ускладнень, збереження і поліпшення екзокринної та ендокринної функцій ПЗ, поліпшення якості життя пацієнтів [7, 9, 14]. За даними багатьох досліджень, операція позитивно впливає на подальший перебіг захворювання, відтермінуючи фінал «вигорання» ПЗ і появу екзокринної та ендокринної недостатності. Тому при лікуванні пацієнтів з ХП важливо вирішити зазначені проблеми хірургічним шляхом до того, як захворювання перейде у за давнену стадію, при якій екзокринна та ендокринна функції залози будуть повністю втрачені.

Мета роботи — визначити основні показання до хірургічного лікування ускладнених форм хронічного панкреатиту.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Проаналізовано результати хірургічного лікування 136 хворих на ускладнені форми ХП, яким у 2009—2015 рр. проведено оперативні втручання у хірургічному відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні. Чоловіків було 125 (91,9 %), жінок — 11 (8,1 %) віком від 21 до 72 років. У 44 (32,3 %) хворих ХП ускладнився біліарною гіпертензією (БГ). У 15 (11,1 %) хворих БГ поєднувалася з хронічною дуоденальною непрохідністю (ХДН), а у 5 (3,7 %) — виявлено поєднання БГ і ХДН та локальної венозної гіпертензії судин панкреатобіліарної зони.

Для діагностики ХП та його ускладнень використовували лабораторні дослідження (рівень α -амілази, загального та прямого білірубину, лужної фосфатази), ультразвукове дослідження (УЗД), ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію (ЕРПХГ), комп'ютерну томографію (КТ), магнітно-резонансну холангіопанкреатографію (МРХПГ), інтраопераційне вимірювання діаметра жовчних проток, інтраопераційне вимірювання біліарного тиску.

Критеріями доцільності та ефективності хірургічного лікування вважали якість життя пацієнтів у віддалені терміни після операції. Оцінку віддалених результатів оперативного лікування здійснювали шляхом огляду хворих, проведення УЗД та заповнення анкети Short Form Medical Outcomes Study (SF-36), яка містить вісім шкал, котрі дають змогу оцінити окремо фізичний та психоемоційний стан опитуваного: фізичне функціонування; рольове функціонування, зумовлене фізичним станом; інтенсивність болю; загальний стан здоров'я; життєва активність; соціальне функціонування; рольове функціонування, зумовлене емоційним станом; психічне здоров'я.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Тривалість «панкреатичного анамнезу» в 46 (33,8 %) хворих становила від 1 до 5 років, у 18 (13,2 %) — понад 5 років. Решта пацієнтів відзначали, що хворіють не більше одного року, але при ретельнішому опитуванні виявляли незначно виражені диспепсичні симптоми, на які вони не звертали увагу. Наявність в анамнезі операції на органах панкреатобіліарної зони, проведеної в різних хірургічних стаціонарах, зафіксували у 37 (27,2 %) хворих. У 16 (11,7 %) з них виконано операції з приводу гострого деструктивного панкреатиту (у 5 — лапароскопічне дренування ферментативного перитоніту, у 9 — лапаротомії з приводу панкреонекрозу, абсцесів сальникової сумки та заочеревинних флегмон, у 2 — люмботомію, дренування заочеревинних панкреатичних флег-

мон, в 1 — дренажування гострої парапанкреатичної кісти катетером pig tail під контролем УЗД); 7 (4,4 %) хворих перенесли операції з приводу ХП (2 — поздовжню панкреатоєюностомію, 2 — дистальну резекцію ПЗ, 3 — ендоскопічне стентування ГПП); 11 (8,1 %) пацієнтам раніше проведено ендоскопічні втручання на ЗЖП — літоекстракції, ендобілярне стентування, 3 хворим виконано резекцію шлунка з приводу виразкової хвороби ДПК.

Із клінічних ознак майже в усіх пацієнтів (134 (98,5 %)) домінував біль у животі різного характеру, який періодично потребував прийому знеболювальних середників. У 15 (11 %) пацієнтів біль був пов'язаний з прийомом їжі, у решти хворих чіткого зв'язку болю з харчуванням не виявлено. У 116 (85,3 %) хворих зафіксували виражений астено-вегетативний синдром (загальна слабкість, дратівливість, порушення сну, зниження працездатності). У 66 (48,5 %) пацієнтів був виражений дискінетичний синдром (пронеси, закрепи). Диспепсичний синдром (зміна апетиту, нудота, блювання, яке не приносило полегшення, відраза до жирної їжі, слинотеча, метеоризм) відзначено майже в усіх хворих.

Дані щодо основних клінічних виявів ХП наведено в табл. 1.

За результатами лабораторного обстеження у 82 (60,3 %) хворих виявлено анемію, у 22 (16,2 %) з них вона була вираженою (гемоглобін < 100 г/л). Гіпопротеїнемію спостерігали у 66 (48,5 %) пацієнтів (загальний білок < 65 г/л). Це зумовило необхідність проведення тривалішої доопераційної підготовки. Гіперглікемію виявлено у 15 (11,1 %) хворих, що свідчило про ендокринну недостатність ПЗ. У 28 (22,2 %) пацієнтів зафіксовано гіпербілірубінемію, пов'язану з механічним чинником (тубулярний стеноз або стиснення ЗЖП). Гіперфосфатаземію, як маркер холестазу, спостерігали у 18 (13,2 %) хворих.

УЗД проведено всім хворим. У 88 (64,7 %) пацієнтів виявлено дифузне або локальне (головка ПЗ) збільшення залози, у 26 (19,1 %) — інтрапанкреа-

тичні кісти різного розміру, в 54 (39,7 %) хворих — кальцинати в тканині залози. У 73 (53,7 %) хворих діаметр ГПП становив понад 4 мм, у 26 з них — від 8 до 20 мм, що свідчило про виражену протокову гіпертензію. Розширення ЗЖП (від 0,7 до 1,7 см) діагностовано у 28 (20,6 %) хворих. У 4 хворих розширення ЗЖП поєднувалося з інтрапанкреатичними кістами головки ПЗ, ще у 2 хворих — з парапанкреатичними кістами в ділянці головки ПЗ.

КТ проведено 76 (55,8 %) хворим на ХП. Патологічні зміни ПЗ при ХП виявлялися змінами конфігурації органа, нечіткістю його контурів, збільшенням розмірів головки ПЗ, розширенням жовчовивідних протоків, ГПП, наявністю кіст та кальцинатів у ПЗ. За результатами КТ у більшості хворих виявлено збільшення в розмірах та ущільнення головки ПЗ, у 17 (22,3 %) — інтрапанкреатичні кісти, у 33 (43,4 %) — кальцинати в тканині залози, у 39 (51,3 %) — вірсунгоектазію, у 22 (28,9 %) — ознаки тубулярного стенозу ЗЖП та її супрапанкреатичне розширення.

ЕРПХГ з діагностичною та лікувальною метою застосовано у 22 (16,2 %) хворих. У 10 (45,5 %) хворих виявлено виражений тубулярний стеноз ЗЖП. У 4 хворих дослідження завершили ендобілярним стентуванням ЗЖП, у 12 хворих з протоковою гіпертензією — стентуванням ГПП. В одного хворого виявлено холедохолітаз, йому проведено папілосфінктеротомію та екстракцію конкрементів.

МРХПГ виконано 4 хворим на ХП. Метод застосовували переважно для діагностики БГ. У всіх пацієнтів виявлено збільшення розмірів головки ПЗ, тубулярний стеноз інтрапанкреатичної частини ЗЖП з її супрастенотичним розширенням.

Показаннями до оперативного лікування хворих на ХП були:

- стійкий больовий синдром, зумовлений вираженими фіброзно-дегенеративними змінами в головці ПЗ або протоковою гіпертензією, та відсутність ефекту від консервативного лікування;
- тубулярний стеноз ЗЖП з БГ — у 44 (32,3 %) хворих, зокрема в поєднанні з ХДН, — у 15 (11,1 %) хворих, поєднання БГ+ХДН та локальної ВГ — у 5 (3,7 %) хворих;
- ускладнені кісти ПЗ — у 28 (20,6 %) хворих;
- підозра на пухлину головки або хвоста ПЗ — у 13 (9,5 %) хворих.

Метод оперативного втручання обирали індивідуально залежно від патоморфологічних змін у ПЗ (табл. 2). Так, при виражених фіброзно-дегенеративних змінах у головці ПЗ, які супроводжувалися больовим синдромом, явищами БГ, ХДН або ВГ, методом вибору були дуоденумзберігальні резекції ПЗ (операції Фрея (рис. 1), Бегера, Бернська) — у 38 (27,9 %) хворих. При ізольованому вірсунголітазі, розширенні ГПП без стенозу та оклюзії проток і без значної фіброзної дегенерації головки ПЗ, при ХП з атрофією головки ПЗ та вірсунгоектазією методом вибору була поздовжня

Т а б л и ц я 1
Клінічні вияви ускладнених форм
хронічного панкреатиту (n = 136)

Показник	Кількість хворих
Больовий синдром	134 (98,5%)
Диспепсичний синдром	133 (97,8%)
Астено-вегетативний синдром	116 (85,3%)
Біліарна гіпертензія	44 (32,3%)
Дуоденальна непрохідність	15 (11,1%)
Портальна гіпертензія	5 (3,7%)
Цукровий діабет	15 (11,1%)

Т а б л и ц я 2
Оперативні втручання, виконані у хворих на хронічний панкреатит (n = 136)

Операція	Кількість
Операція Фрея, в тому числі	36 (26,5%)
з ХЕА	5 (3,7%)
зі вставкою за В. М. Копчаком	2 (1,5%)
зі вставкою за В. М. Копчаком та ХЕА	3 (2,2%)
Бернська модифікація операції Бегера	2 (1,5%)
Панкреатодуоденальна резекція	5 (3,7%)
Поздовжня панкреатоеюностомія, в тому числі	33 (24,3%)
з холедохоентероанастомозом	3 (2,2%)
зі вставкою за В. М. Копчаком та ХЕА	2 (1,5%)
Цистоентеростомія	15 (11,0%)
Дистальна резекція підшлункової залози	8 (5,9%)
Ендоскопічна цистодуоденостомія	5 (3,7%)
Накладання обхідних білідигестивних анастомозів	5 (3,7%)
Зовнішнє дронування псевдокіст	5 (3,7%)
Енуклеація кіст підшлункової залози	3 (2,2%)
ЕРПХГ з ендобіліарним стентуванням	4 (2,9%)
Ендоскопічне стентування головної панкреатичної протоки	12 (8,8%)
Ендоскопічна вірсунголітоекстракція	3 (2,2%)

ХЕА — холедохоентероанастомоз.

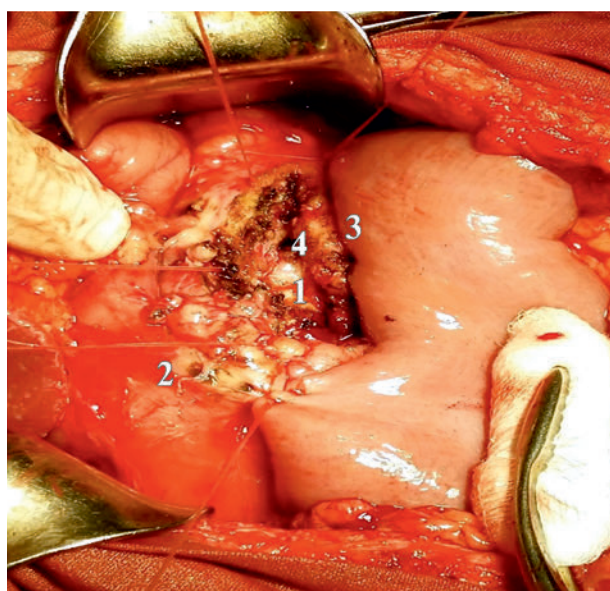


Рис. 1. Операція Фрея: 1 — порожнина після видалення фіброзних тканин головки підшлункової залози; 2 — ДПК; 3 — місце панкреатоентероанастомозу; 4 — розкрита вірсунгова протока

панкреатоеюностомія — у 33 (24,3%) хворих (рис. 2). У 13 хворих на ХП з БГ дуоденумзберігальні резекції ПЗ та поздовжню панкреатоеюностомію доповнено накладанням холедохоентероанастомозів.

У разі неможливості заперечити злоякісний процес у головці ПЗ виконували панкреатодуоденальну резекцію (ПДР) — у 5 (3,7%) хворих. За наявності ізольованого фіброзного або фіброзно-дегенеративного процесу хвоста ПЗ або при підозрі на пухлинний процес у 8 (5,9%) хворих проведено дистальну резекцію ПЗ.

У 9 (6,6%) хворих із тяжкою супутньою патологією виконано симптоматичні операції: накладання обхідних білідигестивних анастомозів (при біліарній гіпертензії та жовтяниці) — у 5 хворих, ЕРХПГ з ендобіліарним стентуванням (при механічній жовтяниці) — у 4.

У 12 (8,8%) хворих із ізольованим вірсунголітазмом та панкреатичною гіпертензією застосовано ендоскопічне стентування вірсунгової протоки. Проте у 3 хворих після цього втручання через прогресування фіброзно-дегенеративних змін у головці ПЗ пізніше виникла потреба у виконанні відкритих втручань на головці ПЗ.

При кістах ПЗ проведено дренивальні операції: відкриту цистоентеростомію — у 15 (11%) хворих, ендоскопічну дуоденоцистостомію — у 5 (3,7%), зовнішнє дронування кіст — у 5 (3,7%). Енуклеація кіст ПЗ виконано 3 (2,2%) хворим.

Якість життя прослідковано у 48 (35,3%) пацієнтів у терміни від півроку до 5 років після проведеної (табл. 3).

Дані табл. 3 свідчать про ефективність хірургічного лікування хворих на ХП, поліпшення якості

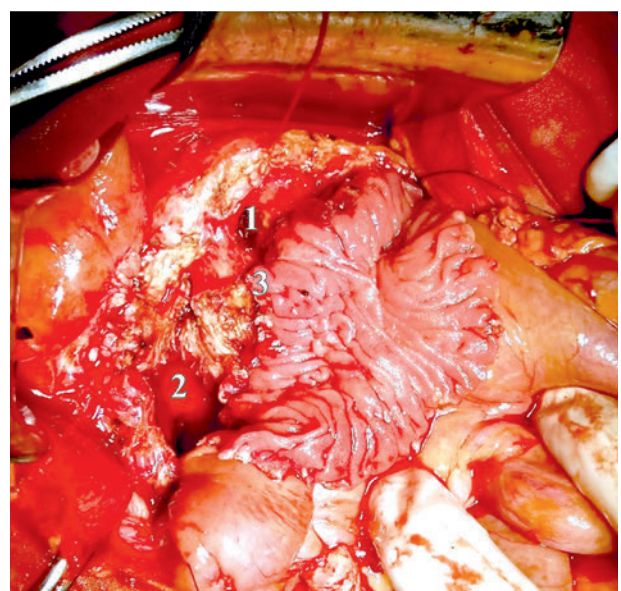


Рис. 2. Операція цистопанкреатоентеростомії: 1 — широко розкрита вірсунгова протока; 2 — порожнина кісти головки та гачкоподібного відростка підшлункової залози; 3 — панкреатоентероанастомоз

їх життя у віддалені терміни після операції. Встановлено, що резекційні оперативні втручання на ПЗ при ХП (операція Фрея, Бернська операція, ПДР) асоціюються з кращими показниками якості життя у віддалений післяопераційний період порівняно з дренажними операціями (зокрема, ендоскопічними) на ПЗ, які не усувають морфологічного субстрату захворювання та не запобігають прогресуванню недуги.

ВИСНОВКИ

Хірургічне лікування хронічного панкреатиту необхідне та доцільне за наявності стійкої клінічної картини та виражених патоморфологічних змін у підшлунковій залозі.

Основними показаннями до операції у хворих на хронічний панкреатит є стійкий больовий синдром, який спостерігається у 98,5% хворих та зумовлений фіброзно-дегенеративними змінами в тканині залози або панкреатичною гіпертензією, наявність біліарної гіпертензії (32,3%), дуоденальної (11,1%) та мезентеріальної (3,7%) непрохідності або їх поєднання, ускладнення кіст залози (нагноєння, кровотечі) (20,6%), неможливість заеречити злякисний процес у залозі (9,5%).

Операціями вибору у хворих на хронічний панкреатит з ознаками біліарної гіпертензії є дуоденумзберігальні резекції (операція Фрея, Бегера,

Т а б л и ц я 3
Показники фізичного та психічного благополуччя хворих на хронічний панкреатит з біліарною гіпертензією після хірургічного лікування (n = 48)

Шкала	Бали	p
Фізичне функціонування	70,4 ± 24,0	0,01
Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом	38,6 ± 38,6	0,4
Інтенсивність болю	62,0 ± 25,2	0,32
Загальний стан здоров'я	50,4 ± 18,3	0,5
Життєва активність	55,6 ± 22,6	0,44
Соціальне функціонування	68,2 ± 19,6	0,88
Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом	50,2 ± 40,2	0,78
Психічне здоров'я	60,4 ± 18,2	0,05

p — рівень значущості відхилення від норми.

Бернська операція), які в 30% випадків потребують додаткового втручання на жовчовивідних протоках (накладання білідигестивних анастомозів або біліопанкреатичних з'єднань у зоні резекції головки підшлункової залози).

Література

- Губергриц Н. Б. Панкреатическая боль. Как помочь больному. — М.: Медпрактика, 2005. — 175 с.
- Губергриц Н. Б., Лукашевич Г. М. Хронический алкогольный панкреатит. — М.: Б.и., 2010. — 54 с.
- Копчак В. М., Копчак К. В., Перерва Л. А., Дувалко А. В. Хирургическое лечение хронического панкреатита // Здоров'я України. — 2012. — 27 лют. — С. 18—19.
- Копчак В. М., Тодуров І. М., Дронов О. І. Дренуючі операції при ускладнених формах хронічного панкреатиту // Галиц. лікар. вісн. — 2002. — Т. 9, № 3. — С. 158—159.
- Криворучко І. А. Дуоденосохраняющие резекции головки поджелудочной железы в лечении хронического панкреатита // Сучасні медичні технології. — 2011. — № 3—4. — С. 195
- Кубышкин В. А., Кригер А. Г., Вишневикий В. А. и др. Хирургическое лечение больных хроническим панкреатитом // Материалы пленума правления ассоциации хирургов-гепатологов России и стран СНГ. — Ижевск, 2010. — С. 59—61.
- Русин В. І., Філіп С. С., Болдіжар О. О., Румянцев К. Є. Хірургічне лікування хронічного панкреатиту // Харків. хір. шк. — 2014. — № 2 (65). — С. 29—34.
- Шевчук І. М., Шевчук М. Г., Кримець С. А. Хірургічне лікування хворих з ускладненими формами хронічного панкреатиту // Львів. мед. часопис Acta Medica Leopoliensia. — 2010. — Т. 16, № 4. — С. 54—57.
- Bachmann K., Kutup A., Mann O. Surgical treatment in chronic pancreatitis timing and type of procedure // Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. — 2010. — Vol. 24 (3). — P. 299—310.
- Esch van A. A., Ahmed Ali U., van Goor H. A wide variation in diagnostic and therapeutic strategies in chronic pancreatitis: a Dutch national survey // JOP. Journal Pancreas (Online). — 2012. — Vol. 13 (4). — P. 394—401.
- Frulloni L., Falconi M., Gabbrielli A. Italian consensus guidelines for chronic pancreatitis // Dig. Liver Dis. — 2010. — Vol. 42 (6). — P. 381—406.
- Han S. L., Chen J., Zhou H. Z. Indications and surgical treatment of chronic pancreatitis // Hepatobil. Pancreat. Dis. Int. — 2008. — Vol. 7 (6). — P. 638—642.
- Kovalska I., Dronov O., Beregova T., Shvets Yu. Changes of bile composition in patients with chronic pancreatitis // Pancreatol. — 2014. — Vol. 14, N 3S. — P. S102.
- Rutter K., Ferlitsch A., Sautner T. Hospitalization, frequency of interventions, and quality of life after endoscopic, surgical, or conservative treatment in patients with chronic pancreatitis // World J. Surg. — 2010. — Vol. 34 (11). — P. 2642—2647.
- Strobel O., Buchler M. W., Werner J. Surgical therapy of chronic pancreatitis: indications, techniques and results // Int. J. Surg. — 2009. — Vol. 7 (4). — P. 305—312.
- Vantini I., Amodio A., Gabbrielli A. et al. Chronic pancreatitis: clinical course, pancreatic insufficiency and metabolic consequences // Acute and Chronic Pancreatitis: New Concepts and Evidence-Based Approaches / Ed. by P. A. Testoni, A. Mariani, P. G. Arcidiacono. — Turin: Edizioni Minerva Medica, 2013. — P. 71—82.
- Yang C., Bliss L., Freedman S. et al. A single-center analysis of surgical treatment for chronic pancreatitis: relatively rare and unevenly deployed // Pancreatol. — 2014. — Vol. 14, N 3S. — P. S40.

В. І. Пилипчук

Ивано-Франковский национальный медицинский университет

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫБОРУ СТРАТЕГИИ И ТАКТИКИ

Цель работы — определить основные показания к хирургическому лечению осложненных форм хронического панкреатита (ХП).

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 136 больных ХП. Для диагностики использованы лабораторные, инструментальные методы и интраоперационный мониторинг билиарного давления. Качество жизни в отдаленные сроки после операции оценивали по данным осмотра больных, ультразвукового исследования и заполнения анкеты SF-36.

Результаты и обсуждение. Показаниями к оперативному лечению больных были: стойкий болевой синдром и отсутствие эффекта от консервативного лечения, билиарная гипертензия — у 44 (32,3 %) больных, в том числе в сочетании с дуоденальной непроходимостью — у 15 (11,1 %), с дуоденальной непроходимостью и локальной венозной гипертензией — у 5 (3,7 %), осложненные кисты — у 28 (20,6 %), подозрение на опухоль головки или хвоста железы — у 13 (9,5 %). Операцию Фрея провели 36 (26,5 %) больным, Бернскую операцию — 2 (1,5 %), продольную панкреатоюностомию — 33 (24,3 %), ПДР — 5 (3,7 %), цистоэнтеростомию — 20 (14,7 %), дистальную резекцию железы — 8 (5,9 %), эндоскопические транспапиллярные вмешательства на протоке поджелудочной железы — 15 (11 %), эндобилиарное стентирование и наложение обходных билиодигестивных анастомозов — 9 (6,6 %). Обследование 48 (35,3 %) пациентов в сроки от полугода до 5 лет после операции показало улучшение качества их жизни по сравнению с дооперационным периодом.

Выводы. Хирургическое лечение ХП необходимо и целесообразно в случае наличия стойкой клинической картины и выраженных патоморфологических изменений в поджелудочной железе. Основными показаниями к операции у больных ХП являются стойкий болевой синдром, имеющий место у 98,5 % больных и обусловленный фиброзно-дегенеративными изменениями в железе или панкреатической гипертензией, наличие билиарной гипертензии (32,3 %), дуоденальной (11,1 %) и мезентериальной (3,7 %) непроходимости или их сочетания, осложнения кист железы (нагноение, кровотечение) (20,6 %), невозможность исключить злокачественный процесс в железе (9,5 %). Операциями выбора у больных ХП с билиарной гипертензией являются дуоденумсохраняющие резекции (операция Фрея, Бегера, Бернская операция), которые в 30 % случаев требуют дополнительного вмешательства на желчевыводящих протоках (наложение билиодигестивных анастомозов или билиопанкреатических соединений в зоне резекции головки поджелудочной железы).

Ключевые слова: хронический панкреатит, билиарная гипертензия, дуоденальная непроходимость, протоковая гипертензия, дуоденумсохраняющая резекция.

V. I. Pylypchuk

Ivano-Frankivsk National Medical University

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH COMPLICATED FORMS OF CHRONIC PANCREATITIS: CONTEMPORARY APPROACHES TO STRATEGY AND TECHNIQUE SELECTION

The aim — to determine main surgical indications for complicated forms of chronic pancreatitis.

Materials and methods. The surgical treatment results of 136 patients with chronic pancreatitis have been analyzed. Laboratory and instrumental methods along with intraoperative monitoring of biliary pressure were used for diagnostics. The quality of life in remote postoperative periods was assessed by examining the patients, performing USG examination, and filling out SF-36 questionnaire.

Results and discussion. Surgical indications included: persisting pain syndrome and lack of effect of conservative treatment; biliary hypertension — 44 (32.3 %) patients, particularly in combination with duodenal obstruction — 15 (11.1 %) patients, in combination with duodenal obstruction and local venous hypertension — 5 (3.7 %) patients; complicated pancreatic cysts — 28 (20.6 %) patients; assumption of a tumor of head or tail of the pancreas — 13 (9.5 %) patients. The following surgeries were performed: Frey's procedure — 36 (26.5 %), Berne modification — 2 (1.5 %), longitudinal pancreaticojejunostomy — 33 (24.3 %), pancreaticoduodenal resection — 5 (3.7 %), cystenterostomy — 20 (14.7 %), distal resection of the pancreas — 8 (5.9 %), endoscopic transpapillary interventions on pancreatic duct — 15 (11 %), and endobiliary stenting or application of biliodigestive anastomoses — 9 (6.6 %). Examination of 48 (35.3 %) patients in the period from six months to five years after the surgical intervention showed the improvement of their quality of life in comparison to the preoperative period.

Conclusions. Surgical chronic pancreatitis treatment of is necessary and relevant in case of a stable clinical pattern and manifest pathomorphological changes in the pancreas. Main surgical indications in patients with CP include constant pain syndrome (98.5 % patients) caused by fibrous-degenerative changes in gland tissue or pancreatic hypertension; biliary hypertension (32.3 % patients), duodenal (11.1 % patients) or mesenteric (3.7 % patients) obstruction or their combination; complications of gland cysts (empyema, hemorrhage) — 20.6 % patients; impossibility to exclude malignant process in the gland — 9.5 %. The surgeries of choice in patients with CP accompanied by signs of biliary hypertension are the duodenum-preserving resections (Frey's procedure, Beger's procedure, and Berne modification), which in 30 % of cases require additional intervention on biliary ducts (application of biliodigestive anastomoses or bilio-pancreatic junctions in the area of pancreatic head resection).

Key words: chronic pancreatitis, biliary hypertension, duodenal obstruction, duct hypertension, duodenum-preserving resection.