



В. І. Русин,
С. С. Філіп,
О. О. Болдіжар,
К. Є. Румянцев

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

ДВНЗ «Ужгородський
Національний Університет»

© Колектив авторів

Резюме. В роботі представлено результати лікування 250 хворих на хронічний панкреатит у яких виконано 77 малоінвазивних операцій і 173 лапаротомні втручання. На основі проведених досліджень автори приходять до висновку, що основною метою хірургічного лікування хронічного панкреатиту є органозберігаюча концепція виконання оперативних втручань, що дозволяє не тільки частково відновити зовнішню секреторну активність підшлункової залози, але і максимально зберегти інкреторну функцію органу та ліквідувати больовий синдром.

Ключові слова: *хронічний панкреатит, малоінвазивні методи, хірургічне лікування.*

Вступ

Хронічний панкреатит (ХП) до недавнього часу вважався рідкісною хворобою. Ще 50 років тому хворого на хронічний панкреатит було важко зустріти в терапевтичній, а тим більш в хірургічній клініці.

На теперішній час це досить часте захворювання: у різних країнах захворюваність хронічним панкреатитом становить 5–7 нових випадків на 100 000 чоловік населення. При цьому за останні 40 років стався приблизно дворазовий приріст захворюваності панкреатитом. Щорічно тільки в Україні виявляють на 5000–6000 хворих з ураженням підшлункової залози (ПЗ) більше, ніж в попередні роки. В структурі захворювань травної системи, дана патологія займає 5,1–9 %. Це пов'язано не тільки з покращенням способів діагностики хронічного панкреатиту, але і з збільшенням вживання алкоголю в деяких країнах, посиленням впливу несприятливих факторів зовнішнього середовища, які послаблюють різні захисні механізми [1, 3, 8].

Гострий і хронічний панкреатит нерідко розглядають як два окремих захворювання. Справа в тому, що у 60 % хворих гостра фаза панкреатиту залишається нерозпізнаною або трактується як харчова токсикоінфекція, жовчнокам'яна хвороба і т.д. Тому стає зрозумілим, що хронічний панкреатит є результатом гострого [2, 4, 7].

Основні причини розвитку ХП – алкоголь (40 до 95 % випадків) та захворювання біліарної (жовчовивідної) системи (25–40 % випадків). Серед інших причин слід виділити – потрапляння жовчі в протоки підшлункової залози при порушеній функції печінки при гепатиті, цирозі; патологія дванадцятипалої кишки (ДПК) і великого дуоденального сосочка й аліментарний фактор (синдром мальабсорбції).

Сьогодні хронічним панкреатитом вважають захворювання підшлункової залози, основу якого становить хронічний запально-дегенеративний процес тканини, що завершується склерозом паренхіми органа і втратою його ендокринної й екзокринної функції.

Незважаючи на високий розвиток сучасної фармакології, ефективність консервативних лікування хворих з ускладненими формами ХП надзвичайно низька. Саме тому 30–40 % хворих показано хірургічні втручання на ПЗ, які не завжди дають задовільні результати та супроводжуються великою кількістю післяопераційних ускладнень [1, 4, 6, 8].

Питання в тому, як правильно і в якій послідовності використовувати консервативні, хірургічні та інші методи лікування у конкретного пацієнта по мірі протікання ХП та в залежності від особливостей його протікання. Під час оперативного втручання при хронічному панкреатиті треба розв'язати 3 основних завдання: усунути першопричини захворювання, ліквідувати больовий синдром і забезпечити вільне відтікання у кишку панкреатичного соку та жовчі для максимального відновлення травлення.

Мета досліджень

З метою покращення результатів лікування хворих на ХП оцінити результати хірургічного лікування в залежності від характеру ускладнення та ступеня патологічних змін в ПЗ та сусідніми з нею органами і удосконалити показання до етапних комбінованих органно- та функціозберігаючих оперативних втручань на основі традиційних та малоінвазивних методів.

Матеріал та методи досліджень

На стаціонарному лікуванні у хірургічній клініці Закарпатської обласної клінічної лі-



карні ім. Андрія Новака м. Ужгород за більше як десятирічний період, від січня 2000 до вересня 2013 року, знаходилося 250 хворих з ХП. За статеву ознакою хворі поділені наступним чином: 156 (62,4 %) чоловіків та 94 (37,6 %) жінок у віці від 28 до 64 років (середній вік – 43,6).

Клінічна картина характеризувалась у всіх хворих диспепсичними розладами травлення та больовим синдромом у (94,4 % пацієнтів).

Функціональний та морфологічний стан ПЗ оцінювали по результатам загальноклінічних, біохімічних, імунологічних, сонографічних методів дослідження, комп'ютерної томографії (КТ), фіброезофагогастроуденоскопії (ФЕГДС). Стан головної панкреатичної протоки (ГПП) досліджували за допомогою ретроградної холангіопанкреатографії (РХПГ).

У більшості пацієнтів відмічалось підвищення рівня α -амілази в крові та гіперглікемія. Найбільш інформативним методом діагностики ураження ПЗ було УСГ, за допомогою якого верифікували псевдо- та інтрапанкреатичні кисти в ПЗ, структуру тканини ПЗ, ширину ГПП та наявність в ній конкрементів. У випадках недостатньої верифікації змін в паренхімі ПЗ проводилась КТ з внутрішньовенним рентгенконтрасним підсиленням. ЕРПХГ проводилась не у всіх пацієнтів, із-за частих загострень ХП та посилення больового синдрому. За допомогою ФЕГДС виявляли стиснення ззовні дванадцятипалої кишки псевдо- та інтрапанкреатичними кистами ПЗ.

Консервативне лікування при загостренні ХП проводили усім хворим в об'ємі базової консервативної терапії гострого панкреатиту, чи то в комбінації з іншими методами лікування, яке було направлене – на пригнічення секретії залози, боротьба з больовим синдромом, зменшення стазу в протоках і дванадцятипалій кишці, а в період ремісії терапія була спрямована на максимальне відновлення функцій підшлункової залози.

Показами хірургічних операцій були: 1) Неefективність повноцінної консервативної терапії протягом кількох місяців; 2) наявність органічного чинника, який потребує усунення (стеноз, стріктура, дилатація ГПП, кіста ПЗ).

Хворі були розподілені на 3 групи в залежності від методу оперативного втручання: I група – 158 (63,2 %) хворих з псевдокістами ПЗ, II група – 26 (10,4 %) хворі, які потребували корекції протокової системи і III група – 66 (26,4 %) пацієнтів (операції на самій ПЗ).

Серед пацієнтів I групи, зі сформованими псевдокістами, ускладнений перебіг, який вплинув на вибір та тактику лікування, було діагностовано у 107 (67,7 %) пацієнтів.

Інфікування вмісту ПК підшлункової залози було діагностовано у 15 (29,4 %) пацієнтів,

допечінкова сегментна портална гіпертензія була діагностована у 21 (41,2 %) пацієнта, кровотеча була у 8 (15,7 %) хворих, стиснення вихідного відділу шлунка з порушенням евакуації відмічено у чотирьох (7,8 %) пацієнтів, механічна жовтяниця була притаманна 3 (5,9 %) хворим.

При виборі способу та об'єму операції у хворих з ускладненим перебігом ХП оцінювали стан протокової системи, характер та локалізацію перешкоди відтоку панкреатичного вмісту. За ступенем дилатації ГПП ми розрізняємо: 1 ступінь дилатації – до 4,0 мм; 2 ступінь дилатації – від 4,0 до 8,0 мм в d; 3 ступінь дилатації – більш 8,0 мм в d. У залежності від ступеню дилатації ГПП застосовувалися різні види оперативних втручань.

Дилатація ГПП 1 ступінь – ЕПСТ, вірсунготомія, 2 ступінь дилатації при сегментарному стенозі голівки – панкреатодуоденостомія, 3 ступінь дилатації – панкреатодигестивне дренивання.

Результати досліджень та їх обговорення

У 77 хворих оперативне лікування вдалося обмежити малоінвазивними способами.

Ендоскопічне внутрішнє дренивання виконали у 51 хворого зі ПК підшлункової залози: ендоскопічна цистогастростомія (ЕЦГС) – у 16 (31,4 %) хворих, ендоскопічна цистодуоденостомія (ЕЦДС) – у 9 (17,6 %) пацієнтів, ендоскопічна цистогастростомія + дренивання порожнини псевдокісти – у 8 (15,7 %), ендоскопічна цистодуоденостомія + дренивання порожнини псевдокісти – у 2 (3,9 %), ендоскопічна цистодуоденостомія + транспапілярне ендоскопічне ретроградне дренивання (ТЕРД) – у 6 (11,8 %), ендоскопічна цистогастростомія + цистоназальне дренивання – у 3 (5,9 %), ендоскопічна цистогастростомія + дренивання порожнини псевдокісти + цистоназальне дренивання – у 2 (3,9 %), ТЕРД – у 3 (5,9 %) хворих та транспапілярна цистодуоденостомія – у 2 (3,9 %) пацієнтів.

При ознаках нагноєння псевдокісти у 10 (19,6 %) хворих ендоскопічна цистогастростомія та ендоскопічна цистодуоденостомія доповнювалась дрениванням порожнини псевдокісти за допомогою катетерів типу «Pigtail» розміром 12 French. У восьми із них використано по два катетера типу «Pigtail».

У трьох хворих при ознаках інфікування вмісту псевдокісти виконували ЕЦГС + цистоназальне дренивання катетером „Zimmon” 12F для санації порожнини та бактеріологічного контролю в післяопераційному періоді. Усім пацієнтам з назоцистодрениванням проводили контрастну назоцистографію, деескалаційну антибактеріальну терапію, інтраопераційно та через кожні 3 доби виконували посіви вміс-



ту псевдокісти та ультрасонографічний моніторинг.

У 2 (3,9 %) хворих котрим було виконано ЕЦГС + дренажування порожнини псевдокісти паралельно до попередньо встановленого дренажу проводили цистоназальне дренажування катетером «Zimmon» 12F.

Використання цистоназального або черезшкірного дренажування, а також постійний ендоскопічний моніторинг ПК дозволяють контролювати положення дренажів і проводити адекватну деескалаційну антибактеріальну терапію. При цьому динаміка висіюваності бактерій показала, що після 12 доби посіви були практично стерильними. Частіше усього відмічався ріст змішаної флори: *E. coli* – 49,3 %, *Pseudomonas* – 31,1 %, *Staphilococcus aureus* – 12,5 %, *Streptococcus pyogenes* – 7,1 %, *Proteus vulgaris* – 7,1 %, *Bacteroides fragilis* – 7,1 %.

Кровотечі з судин кісти ПЗ є одним із найбільш тяжких та небезпечних ускладнень. Кровотеча діагностована нами у 19 хворих, однак досягнути належного гемостазу шляхом використання рентгенендоваскулярних методик вдалось тільки у 8 (42,1 %) випадках.

Стиснення вихідного відділу шлунка із явищами високої кишкової непрохідності діагностовано у 4 (7,8 %) пацієнтів із ускладненим перебігом псевдокісти ПЗ, яке було ліквідовано формуванням ендоскопічного цистодуоденочистогастроанастомозу.

Нами діагностовано тромбоз селезінкової вени у 21 хворого зі сформованими ПК, який клінічно проявлявся ознаками помірно вираженого гіперспленізму. Пацієнтам цієї групи виконані ендоваскулярні втручання: ендоваскулярна емболізація селезінкової артерії – у 14 хворих, ендоваскулярна емболізація селезінкової артерії та лівої шлункової артерії – у 7.

У 51 хворого, яким були застосовані малоінвазивні способи лікування ускладнених сформованих ПК, при трансдуоденальному ендоскопічному ретроградному дренажуванні протоки ПЗ у трьох випадках наступила облітерація дренажу, що потребувало його заміни. Серед пацієнтів з виконаною ендоскопічною цистогастростомією у одного хворого відмічено випадіння дренажу, що також потребувало його заміни, у п'яти хворих відмічена кровотеча під час створення цистогастростомії, яку вдалося зупинити під час процедури коагуляцією. У одного пацієнта з назоцистогастральним дренажем на третю добу після дренажування виникла шлункова кровотеча середнього ступеня важкості з випадінням дренажу внаслідок блювання. Кровотеча зупинена консервативно. Назоцистогастральний зонд замінено на внутрішній дренаж типу „pigtail” через 6 діб після кровотечі, що відбулася.

Рецидив ПК спостерігався у 2 пацієнтів після транспаплярного ретроградного дренажування

та у 2 хворих після ендоскопічної цистогастростомії. На наш погляд, це було пов'язано з недостатньою величиною анастомозу.

Накопичений нами досвід хірургічного лікування хворих з кістозними ураженнями ПЗ дає підстави стверджувати, що для отримання задовільних результатів лікування у таких пацієнтів необхідним є дотримання ряду загальних положень, відповідно до яких у клініці розпрацьований та застосовується наступний алгоритм лікування ПК підшлункової залози (рис. 1).

Резекційні способи лікування ПК підшлункової залози проведено 24 пацієнтам (табл. 1).

Цікавим є той факт, що післяопераційні ускладнення у вигляді ексудативного плевриту (4 випадка) та піддіафрагмального абсцесу зліва (2 випадка), спостерігалися тільки у групі 15 хворих з локалізацією ПК у хвості ПЗ з клінічними проявами сегментної допечінкової портальної гіпертензії. У цих пацієнтів дистальна резекція ПЗ разом з псевдокістою супроводжувалася спленектомією, яка у свою чергу викликає пригнічення, як специфічного, так і неспецифічного імунітету. Це явище необхідно брати до уваги при виборі об'єму операційного втручання, але у той же час, спленектомія при сегментній формі допечінкової портальної гіпертензії до теперішнього часу продовжує залишатися єдиним патофізіологічним способом лікування цього ускладнення.

Таблиця 1

Види втручань та кількість ускладнень при резекційних способах лікування сформованих псевдокіст ПЗ

Метод лікування	Кількість хворих	Ускладнення	Кількість ускладнень
ПДР	3	–	–
Дистальна резекція+спленектомія	15	Ексудативний плеврит	4
		Піддіафрагмальний абсцес	2
Дистальна резекція	2	–	–
Висічення кісти	3	–	–
Усього	24		6

Серед 83 хворих, яким були виконані лапаротомні операції внутрішнього дренажування, ускладнення розвинулися лише у 2 випадках, проте обидва закінчилися летально.

При створенні цистогastroанастомозу за Дос-Сантос у післяопераційному періоді у одного пацієнта розвинувся гнійний панкреатит, що потребував неодноразового ендоскопічного дренажування та санації. У одного хворого розвинулася профузна арозивна летальна кровотеча з порожнини псевдокісти. Серед групи пацієнтів із цистоеюностомією у одного хворого наступила неспроможність анастомозу, що потребувало повторного операційного втручання з інтубацією кишки, а через певний час ще двох повторних операцій

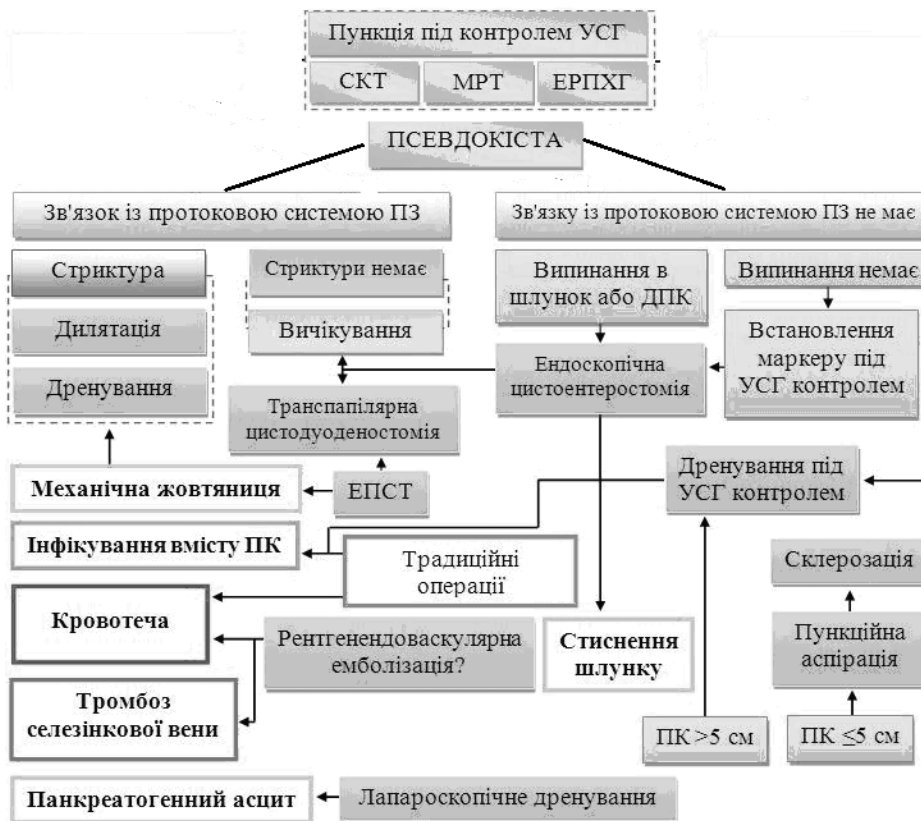


Рис. 1. Схема алгоритму лікування ускладнених ПК підшлункової залози

з приводу спайкової кишкової непрохідності, що ускладнилися множинними кишковими норицями. Основним механізмом летального висліді після цистоеюностомії стала неспроможність анастомозу.

Таблиця 2

Види втручань та кількість ускладнень лапаротомних операцій внутрішнього дренивання при сформованих псевдокістах ПЗ

Метод лікування	Кількість хворих	Ускладнення	Кількість ускладнень
Цистогастростомія а Дос-Сантос	13	Кровотеча (смерть)	1
		Гнійний панкреатит	1
Цистогастростомія за Юрасем	21	–	
Цистодуоденостомія	15	–	
Поєднання ЦГС+ЦДС	6	–	
Цистоеюностомія	14	Неспроможність швів анастомозу, інтоксикація ПОН (смерть)	1
Панкреатіко-еюностомія	14	–	
Усього	83	–	3

Таким чином, післяопераційна летальність становила 1,3 % (3 випадки), а ускладнення 2 класу (потенційно небезпечні для життя) становили 13,6 % (32 випадки).

У II групі хворих, залежно від ступеня дилатації ГПП виконували наступні види опе-

ративних втручань: при дилатації ГПП I ст. – стентування ГПП, вірсунготомія – 26 хворих, при дилатації II – III ст. – дренуючі оперативні втручання.

Застосування двоетапної тактики, коли на першому етапі під контролем УСГ дренують порожнинні утворення, ендоскопічно виконують балонну дилатацію великого дуоденального сосочку (ВДС), або дренують ГПП, дає змогу значно покращити результати хірургічного лікування. Декомпресія ГПП забезпечує нормалізацію тиску в ацинусах ПЗ та дозволяє попередити аутоліз та явища загострення запального процесу в залозі, що в свою чергу дає можливість визначити оптимальні терміни виконання хірургічного втручання.

Хворим було проведено наступні оперативні втручання на підшлунковій залозі:

- резекція (дистальна, субтотальна дистальна) ПЗ – 23 хворих,
- поздовжня панкреатоеюностомія – 17 хворих,
- операція Фрея (субтотальна дуоденумзберігаюча резекція головки ПЗ) – 8 хворих,
- операції Бегера (ізолювана резекція головки ПЗ) – 18 хворих.

Першими операціями на ПЗ при ХП, які виконані в нашій клініці, були дренуючі операції (повздовжня панкреатоеюностомія). Цією операцією досягається зменшення больового

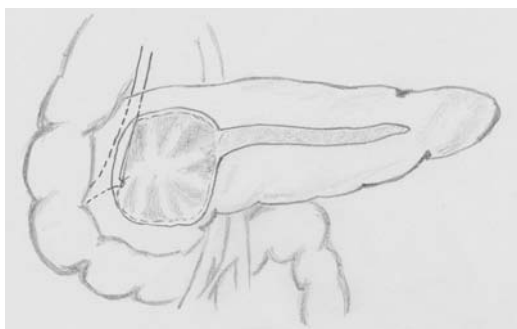


синдрому внаслідок декомпресії ГПП, але дегенеративно-дистрофічні зміни паренхіми ПЗ і надалі прогресують. Така операція показана хворим із ізольованим вірсунголітіазом і ділятцією ГПП без стенозу і оклюзії дрібних протоків та без значної фіброзної дегенерації головки ПЗ, або ХП з атрофією головки ПЗ і вірсунгоектазією.

При фіброзно-дегенеративних змінах головки ПЗ та розширенні ГПП виконували операцію Фрея (рис. 2, 3) [5, 10].

Операцію Бегера (рис. 4) виконували у хворих ХП, у яких зберігався больовий синдром після тривалої медикаментозної терапії на фоні збільшеної головки ПЗ (передне-задні розміри більше 4 см), а також при наявності таких ускладнень, як стеноз загальної жовчної протоки і ДПК, портальна гіпертензія [5, 9].

Після видалення зміненої головки ПЗ ліквідується компресія жовчних протоків і відпадає потреба в декомпресії загальної жовчної протоки. За наявності рубцюван-



а



б

Рис. 2. Операція Фрея: а – схема операції від 1987 р.; б – схема операції від 2003 р. (збільшено об'єм резекції головки ПЗ, в тому числі за рахунок резекції крючковидного відростку ПЗ)

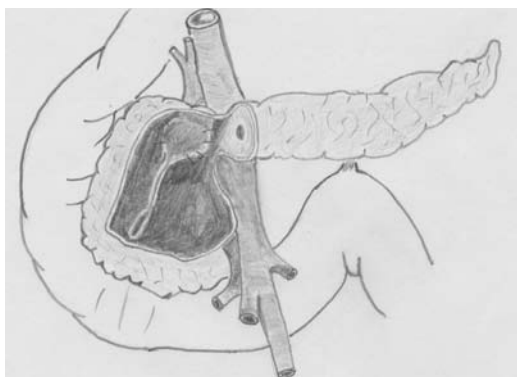


а

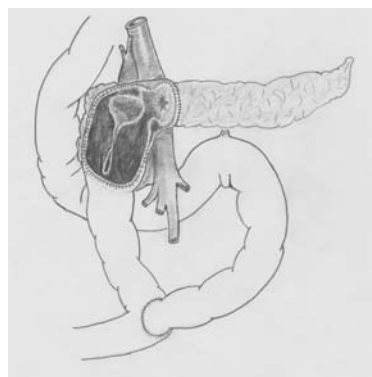


б

Рис. 3. Операція Фрея при вузькій ГПП: а – схема операції після резекції головки ПЗ; б – схема накладання анастомозу



а



б

Рис. 4. Бернський варіант операції Бегера: а – схема операції після резекції головки ПЗ (збережено місток паренхіми ПЗ); б – схема накладання анастомозу



ня термінального відділу загальної жовчної протоки створюється співустя між мобілізованою панкреатичною частиною протоки і петлею тонкої кишки, яка анастомозується з дистальною куксою ПЗ.

У ранньому післяопераційному періоді ускладнення виникли у 16 хворих (24,2 %): післяопераційний панкреатит – у 6 пацієнтів, гастростаз – у 3, неповна зовнішня панкреатична нориця – у 2, нагноєння рани – у 3, арозивна кровотеча – у 2 хворих. У більшості випадків ускладнення ліквідовані за допомогою консервативної терапії з використанням ендоскопічних та ангіографічних методів.

У віддаленому післяопераційному періоді гарні та задовільні результати хірургічного лікування отримані у 79 % хворих.

Висновки

Основною метою хірургічного лікування ХП є органозберігаюча концепція виконання оперативних втручань, що дозволяє не тільки частково відновити зовнішню секреторну активність підшлункової залози, але і максимально зберегти інкреторну функцію органу та ліквідувати больовий синдром.

Застосування двоетапної тактики, коли на першому етапі під контролем УСГ дренують порожнинні утворення, ендоскопічно виконують балонну дилатацію великого дуоденального сосочку (ВДС) або дренують ГПП, дає змогу значно покращити результати хірургічного лікування.

Надання переваги операціям Фрея і Бегера дає можливість значно скоротити показання до виконання панкреатодуоденальної резекції у хворих на ХП.

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. Дронов О.І. Еволюція уявлень про фіброз та цироз підшлункової залози / О. І. Дронов, Є. А. Крючина, А. І. Горлач // *Хірургія України.* – 2008. – № 2 (26). – С. 79-87.
3. 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.
4. Криворучко І. А. Хірургічне лікування хронічного панкреатиту / І. А. Криворучко, В. В. Бойко, А. В. Сиво-желізов // *Науковий вісник Ужгородського університету.* – 2006. – № 29. – С. 66-69.
5. Резекция головки поджелудочной железы при хроническом панкреатите. Как делать и как называть? / В. Е. Егоров, В. А. Вишнеvский, А. Т. Щастный, [и др.] // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* – 2009. – № 8. – С. 57-66.
6. Хирургическая анатомия поджелудочной железы / В. М. Копчак, А. Ю. Усенко, К. В. Копчак, А. И. Зелинский. – К.: Аскания, 2011. – 141 с.
7. Хірургічне лікування хронічного панкреатиту / І.М. Шевчук, М.Г. Шевчук, А.Д. Хруник, М.Б. Федорків // *Український Журнал Хірургії.* – 2011. – № 3 (12). – С. 211-214.
8. Хирургическое лечение хронического панкреатита / В. М. Копчак, К. В. Копчак, Л. А. Перерва, А. В. Дувалко // *Здоров'я України.* – 2012. – № 1(7). – С. 18-19.
9. Beger H. G. *Diseases of the Pancreas* / H. G. Beger, S. Matsuno, J. L. Cameron. – Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2008. – 949 p.
10. Frey C. F. Local Resection of the Pancreas with Pancreaticojejunostomy / C. F. Frey, H. A. Reber // *J. of Gastrointestinal Surg.* – 2005. – Vol. 9, N 6. – P. 863-868.



ХИРУРГИЧЕСКОЕ
ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО
ПАНКРЕАТИТА

*V. I. Rusin,
S. S. Filip,
A. A. Boldizhar,
K. E. Rummyantsev*

Резюме. В работе представлены результаты лечения 250 больных хроническим панкреатитом у которых выполнено 77 малоинвазивных операций и 173 лапаротомные вмешательства. На основе проведенных исследований авторы приходят к выводу, что основной целью хирургического лечения хронического панкреатита является органосохраняющая концепция выполнения оперативных вмешательств, что позволяет не только частично восстановить внешне секреторную активность поджелудочной железы, но и максимально сохранить инкреторную функцию органа и ликвидировать болевой синдром.

Ключевые слова: *хронический панкреатит, малоинвазивные методы, хирургическое лечение.*

SURGICAL TREATMENT
OF CHRONIC PANCREATITIS

*V. I. Rusin,
S. S. Filip,
A. A. Boldizhar,
K. E. Rummyantsev*

Summary. The paper presents the results of treatment of 250 patients with chronic pancreatitis who have undergone 77 minimally invasive operations and 173 laparotomic intervention. Based on these studies, the authors have come to conclusion that the main goal of surgical treatment of chronic pancreatitis is the concept of conserving surgical intervention, which allows not only to restore partially the appearance secretory activity of the pancreas, but also to preserve endocrine organ function and eliminate pain.

Key words: *chronic pancreatitis, minimally invasive techniques, surgical treatment.*