



А. І. Суходоля,
В. В. Петрушенко,
С. А. Суходоля,
О. О. Підмурняк, І. О. Козак,
О. В. Коломієць

Вінницький національний
медичний університет
імені М. І. Пирогова

Хмельницька обласна лікарня

© Колектив авторів

ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Резюме. Узагальнено досвід хірургічного лікування 170 пацієнтів з ускладненим протіканням хронічного панкреатиту. В залежності від виду ускладнень, локалізації процесу, стану панкреато-біліарної зони за допомогою інтраопераційної пункційної панкреатовірсунгографії, проводився диференційний вибір оперативного втручання. Враховуючи прогресування процесу в підшлунковій залозі, наростання екзокринної недостатності, що підтверджується визначенням рівня фекальної еластази-1, хірургічні ускладнення хронічного панкреатиту виникають у різні терміни. Для їх корекції запропоновані етапні операції, які передбачають різні варіанти внутрішнього дренивання панкреатичного протоку, а також резекції підшлункової залози в поєднанні з підтримуючою терапією — інгібіторами СОХ-2. Повторні оперативні втручання на протязі 6 років виконувались у 68 (40 %) пацієнтів.

Ключові слова: ускладнені форми хронічного панкреатиту, диференційований підхід до хірургічного лікування ХП, якість життя MOSSF-36, інтраопераційна пункційна панкреатовірсунгографія, інгібітори СОХ-2.

Вступ

Хронічний панкреатит (ХП) — це безперервне рецидивуюче запальне захворювання, що характеризується прогресуючими та незворотними морфологічними змінами в підшлунковій залозі (ПЗ) і призводить до постійного болювого синдрому та погіршення її функції. Подальший розвиток хвороби ускладнюється цукровим діабетом, стеатореєю, втратою маси тіла і, як результат, зниження якості життя хворих з ХП. Протягом перебігу хвороби відбувається наростання екзо- та ендокринної недостатності.

Не дивлячись на існування різних методів діагностики, остаточно ще не визначені конкретні діагностичні критерії оцінки стану паренхіми та протокової системи ПЗ, позапечіткових жовчевих шляхів, суміжних органів, а також поза-очеревинної клітковини хворих на ХП. Це має важливе значення для визначення показів до оперативного лікування та можливості комплексної корекції виявлених змін.

Таким чином, збільшення кількості хворих на ускладнені форми ХП, чисельні морфологічні зміни ПЗ при них, відсутність єдиного погляду щодо оптимальних термінів та раціонального способу оперативного втручання при даному захворюванні, що спрямовані на максимальне збереження функції ПЗ, зменшення клінічних проявів ускладнених форм ХП та кількості післяопераційних ускладнень, а також поліпшення якості життя оперованих хворих, дають підстави вважати актуальним розробку і впровадження алгоритму хірургічної

та медикаментозної профілактики розвитку ускладнень після операцій у хворих на ХП.

Мета досліджень

Оцінити найближчі та віддаленні результати диференційованого підходу до хірургічних втручань з приводу ускладнених форм хронічного панкреатиту.

Вивчити вплив інгібіторів СОХ-2 (рофекоксиду) на стан екзокринної функції підшлункової залози у післяопераційному періоді у хворих з ускладненими формами хронічного панкреатиту за допомогою визначення фекальної еластази-1.

Матеріали та методи досліджень

Проаналізовано результати хірургічного лікування 170 пацієнтів з ускладненим хронічним панкреатитом, які знаходились на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні Хмельницької обласної лікарні з 2006 по 2014 рік. Чоловіків було 122 (71,7 %), жінок — 48 (28,3 %).

Вік пацієнтів складав 23-67 років, тривалість захворювання була (11±4) років. У хірургічний стаціонар хворі поступали після багаторічного, малоефективного консервативного лікування, а також після операцій з приводу хронічного панкреатиту. Частина пацієнтів 14 (8,4 %) була раніше оперована в інших закладах. У чотирьох із них виконано внутрішнє дренивання кіст, у чотирьох — обхідні біліодигестивні 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. Шістьом пацієнтам було виконано ЕРПХГ. За результатами клінічних та інструментальних досліджень встановлено, що у 82 (48,3 %) хворих були кістозні утворення різних розмірів та локалізації, у 30 (17,6 %) – була механічна жовтяниця, у 18 (9,4 %) – портальна гіпертензія ускладнена внутрішньою норицею та асцитом, а у 8 (4,6 %) – було діагностовано панкреатичну норицю з плевритом. В останні роки все частіше зустрічаються пацієнти з панкреато-bronхіальними та панкреато-плевральними норицями [1, 4, 6].

У нашій групі, з восьми пацієнтів панкреато-плевральними норицями четверо були переведені з торакального відділення, де після безуспішних, багаторазових пункцій з'явилась підозра на норицю, що була підтверджена високим рівнем діастази в плевральній рідині. Інші четверо пацієнтів направлені з ЦРЛ із встановленим діагнозом ХП.

Враховуючи усі сучасні методи діагностики (УЗД, МСКТ, МРТ, Ro, ЕРХПГ), а також їхню доступність, що наявна у лікувальних закладах III рівня надання допомоги, постановка діагнозу ХП є не досить складною. Але все ж таки велика кількість таких пацієнтів продовжує систематичне лікування у терапевтичних відділеннях, де отримує тільки тимчасове полегшення стану і відтермінування до оперативного втручання. Тому вважаємо найбільш ефективним та специфічним методом діагностики ускладнених форм ХП визначення фекальної еластази-1, як показника екзокринної недостатності ПЗ. Даний метод включений у діагностичний скринінг та застосовується як у амбулаторних пацієнтів, так і у пацієнтів, що знаходяться у хірургічному стаціонарі. До інвазивних методів діагностики ХП відноситься – інтраопераційна пункційна панкреатовірсунгографія (рис. 1, рис. 2). При правильному виконанні даного обстеження ми отримуємо контрастований проток ПЗ на всьому протязі, візуалізуються панкреатичні озера (рис. 3), конкременти, за наявності сполучення з кістою (рис. 4) або виходу контрастної речовини за межі ПЗ, що свідчить про наявність нориці. При фіброзних змінах головки ПЗ спостерігається стеноз ДПК, що підтвердить відсутність контрасту в наступній. На нашу думку, даний метод, є найбільш інформативним та дозволяє виконати найбільш ефективне оперативне втручання та попередити ускладнення. Метод є новим і раніше у літературі не описувався. Тому нами був поданий патент на крисну модель.

Результати досліджень та їх обговорення

Пацієнти з рідинними утвореннями ПЗ, яких нараховувалось 82 (48 %) були поділені на дві групи:

- 1 група 32 (39 %) пацієнти, яким було виконано зовнішнє або внутрішнє (цистодуоденоанастомоз, цистоеюноанастомоз з виключенням за Ру петлі) дренування.
- 2 група 50 (61 %) пацієнтам проводилась інтраопераційна пункційна панкреатовірсунгографія, яка дозволила виявити у 37 пацієнтів кісту, що сполучається з протоком та значною протоковою гіпертензією. Вищевказаним пацієнтам було виконано:
 - повздожня панкреатоеюностомія – операція Пестова – 27 (73 %);
 - операція Фрея – 7 (19 %);
 - операція Бегера – 3 (8 %);

Термін спостереження за хворими від 6 до 24 міс.

У випадках, коли розширений дилатований проток ПЗ не сполучався з кістою у 8 (10 %) пацієнтів, ми виконували повздожно панкреатоеюностомію поєднану з зовнішнім дренуванням кісти, проводили в динаміці фістулографію та моніторинг дебіту підшлункового соку.

У першій групі, з часом, виникли рецидиви у 22 пацієнтів (68 %), посилювався больовий синдром, виникали загострення хронічного панкреатиту. Це пов'язано з тим, що ХП прогресував. Фіброзні зміни тканини залози, які є основною причиною больового синдрому, та наростаючої екзо- та ендокринною недостатністю не усували і протокову гіпертензію не ліквідували. У другій групі рецидив виник у 1 хворого після операції Пестова (внутрішня нориця ПЗ).

Згідно міжнародного опитувальника MOS SF-36, пацієнти відмічали значне покращення якості життя [8]. Це підтверджує задовільну екзо- та ендокринну функцію ПЗ. При виконанні тесту та наявності фекальної еластази-1, її показники наближались до норми (191,1±16,72*).

Оперативні втручання при ускладнених формах ХП направлені на усунення протокової гіпертензії. Панкреатоеюностомія є операцією вибору при лікуванні ускладненої форми ХП [10]. Проток ПЗ візуалізувався та пальпаторно визначалось місце його пункції. Зазвичай це місце діляки перешийка з переходом на головку ПЗ. Ми рекомендуємо проводити інтраопераційну пункційну панкреатовірсунгографію в усіх хворих яким планується виконання дренуючих операцій.

У попередній статті ми висвітлювали наші дослідження та спостереження з приво-

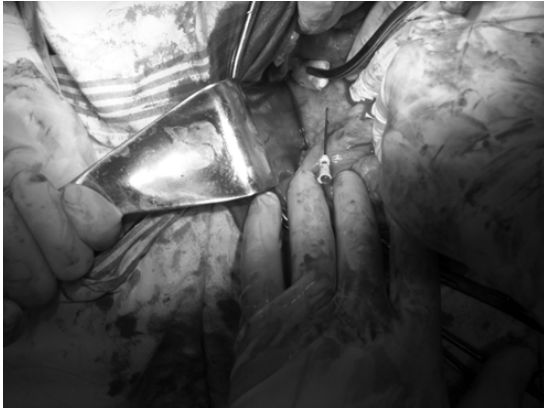


Рис. 1. Протокова гіпертензія



Рис. 2. Введення контрасту в проток ПЗ



Рис. 3. Роширений проток ПЗ



Рис. 4. Сполучення дилатованого протока з кісткою

ду застосування рофекоксибу у щурів з моделлю хронічного панкреатиту, викликаного L-аргініном, що зменшує розвиток фіброзу та покращує морфофункціональний стан підшлункової залози [3, 5]. Було отримано патент на корисну модель (Спосіб профілактики загострення хронічного панкреатиту № 91646 від 10.07.2014). Отримані результати є експериментальним обґрунтуванням можливості застосування нестероїдних протизапальних засобів у комплексному лікуванні хронічного панкреатиту. Саме тому у післяопераційному періоді ми використовували призначення препаратів базисної терапії (а саме: регулятори моторики органів травлення – спазмолітики і прокінетики, холінолітики Н2 гістаміноблокатори; інгібітори протонної помпи, ферменти та препарати, що знижують секрецію підшлункової залози (сандостатин)), а також додавали інгібітори циклооксигенази -2 (COX-2), а саме Рофекоксиб 100 мг 3 рази на добу протягом

післяопераційного періоду, а також по 50 мг 3 рази на добу у віддаленому післяопераційному періоді. Спостереження у віддаленому післяопераційному періоді підтверджували ефективність застосування даного комплексного лікування [2].

Контроль ефективності застосування рофекоксибу у пацієнтів з ускладненим ХП, як підтримуюча терапія у післяопераційному періоді, перевіряли шляхом визначення еластази-1 у калі, як показника екзокринної недостатності [7].

Стан пацієнтів, що отримували запропоновану післяопераційну підтримуючу терапію, згідно опитувальника MOSSF-36 був значно кращий, що підтверджує її ефективність.

У 68 (40 %) пацієнтів у термін спостереження 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 8 (4,7 %) хворих: один — ТЕЛА, один — ерозивні рецидивні кровотечі в кісту, двоє від післяопераційного перитоніту, пов'язаного з інфікуванням панкреатичного асцити на фоні цукрового діабету, один — від загострення післяопераційного панкреатиту, панкреонекрозу. Післяопераційні ускладнення ми спостерігали у 15 (8,8%) 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.

Таблиця

Показники еластази-1 у калі пацієнтів з ускладненнями ХП

| Група дослідження | Показник еластази-1 (мкг/г калу) | |
|-----------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| | до лікування | після лікування 6 міс |
| Контрольна (n=15) | 141±14,4 | 135,1±16,72* |
| Основна (n=24) + Рофекоксиб | 137,1±16,72* | 191,1±16,72* |

Примітка: рівень фекальної еластази-1; <150 – важкий ступінь недостатності; 150-250 – середній ступінь недостатності; >250 – легкий ступінь недостатності (ближче до норми); * достовірно з контролем (p<0,05).

Враховуючи той факт, що морфологічні зміни при ХП не мають зворотнього розвитку, можна стверджувати про прогнозовані хірургічні ускладнення ХП. Різні ускладнення ХП динамічні в часі, тому їх хірургічна корекція можлива та ефективна тільки з-за допомоги етапних операцій, які можуть бути на початку

дренуючими, а закінчуватись різними варіантами резекцій ПЗ [3]. Для різних клініко-морфологічних форм ХП потрібно використовувати різні оперативні втручання, мета яких зовнішнє або внутрішнє дренивання протоків і кіст, обхідні білідигестивні анастомози, різні види резекуючих операцій (дистальна та проксимальна резекція, ПДР). Обов'язковим вважаємо тривала консервативна підтримка у післяопераційному періоді інгібіторами СОХ-2.

Висновки

1. Основною метою оперативних втручань при ХП з протоковою гіпертензією є максимальне дренивання та декомпресія головки та тіла ПЗ. Цим вимогам відповідають операція Фрея та розширена панкреатоєюностомія за методикою Пестова-Партінгтона.

2. Застосування інтраопераційної пункційної вірсунгографії значно полегшує вибір методу операції, та як наслідок, результат оперативного втручання за ускладнених форм ХП, особливо у хворих з панкреатоплевральними та панкреатобронхіальними норицями.

3. Етапні оперативні втручання є найбільш ефективними та оптимальними, а також дають можливість усунути ускладнення та корегувати наслідки прогресування захворювання.

4. Застосування у післяопераційному періоді препарату інгібіторів СОХ-2 сприяє покращенню функціонування ПЗ, і як наслідок, якості життя пацієнтів згідно опитувальника MOSSF 36.

5. Хірургічна допомога хворим повинна надаватись досвідченими фахівцями у спеціалізованих центрах з проведенням повної діагностичної програми.

ЛІТЕРАТУРА

1. Копчак В. М. Осложненные формы хронического панкреатита и их хирургическое лечение / В. М. Копчак, И. М. Тодуров, И. В. Хомяк [та ін.] // Клін. хірургія. – 2004. – № 4–5. – С. 21.
2. Новий підхід до лікування хронічного панкреатиту, викликаного L-аргініном у щурів / В. В. Петрушенко, С. А. Суходоля, Т. М. Фалалєєва, Т. В. Берегова // Клін.Хір.- 2013. - №12. - С. 69-72.
3. Суходоля А. І. Етапні хірургічні втручання при ускладненому хронічному панкреатиті/ А. І. Суходоля, В. В. Петрушенко, О. О. Підмурняк, [та ін.] // Харківська хірургічна школа. – 2013. – № 2. – С. 85-88.
4. Хронический панкреатит – современные концепции патогенеза, диагностики и лечения / А. А. Шалімов, В. В. Грубнік, Джоел Горовиц [та ін.] // — Київ : Здоров'я, 2000. – 255 с.
5. Animal models for investigating chronic pancreatitis. Fibrogenesis Tissue Repair. / A. A. Aghdassi, J. Mayerle, S. Christochowitz [et al.] // 2011; 4: 26. Published online 2011 December 1. doi: 10.1186/1755-1536-4-26.
6. Di Magno M. J. Chronicpancreatitis / M. J. Di Magno, Di Magno E. P. // Curr Opin Gastroenterol. – 2012. – Sep;28(5). – P. 523-531.
7. Fecal elastase-1 is useful in the detection of steatorrhea in patients with pancreatic diseases but not after pancreatic resection. / L. Benini, A. Amodio, P. Campagnola [et al.] // Pancreatology. – 2013. – Vol. 13. – P. 38-42.
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.
9. Quality of life in chronic pancreatitis / R. Pezzilli, L. Bini, L. Fantini [et al.] // World J. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 12 (39). – P. 6249-6251.
10. 2013 Short- and long-term results of lateral pancreaticojejunostomy for chronic pancreatitis: a retrospective Japanese single-center study. / T. Sudo, Y. Murakami, Y. Uemura [et al.] // J. Hepatobiliary Pancreat. Sci. – 2014. – N 21. – P. 426–432.



ПУТИ УЛУЧШЕННЯ
РЕЗУЛЬТАТОВ
ХІРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ
ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО
ПАНКРЕАТИТА

*А. И. Суходоля,
В. В. Петрушенко,
С. А. Суходоля,
О. О. Підмурняк,
И. О. Козак,
О. В. Коломиець*

WAYS TO IMPROVE THE
RESULTS OF SURGICAL
TREATMENT OF
COMPLICATED FORMS OF
CHRONIC PANCREATITIS.

*A. I. Suhodolya,
V. V. Petrushenko,
S. A. Suhodolya,
O. O. Pidmurnyak,
I. O. Kozak,
O. V. Kolomiets*

Резюме. Обобщен опыт хирургического лечения 170 пациентов с осложненным течением хронического панкреатита. В зависимости от вида осложнений, локализации процесса, состояния панкреато-билиарной зоны с помощью интраоперационной пункционной панкреатовирсунгографии, проводился дифференциальный выбор оперативного вмешательства. Учитывая прогрессирование процесса в поджелудочной железе, нарастание экзокринной недостаточности, что подтверждается определением уровня фекальной эластазы-1, хирургические осложнения хронического панкреатита возникают в разные сроки. Для их коррекции предложены этапные операции, предусматривающие различные варианты внутреннего дренирования панкреатического протока, а также резекции поджелудочной железы в комплексе с поддерживающей терапией ингибиторами СОХ-2. Повторные оперативные вмешательства на протяжении 6 лет выполнялись в 68 (40 %) пациентов.

Ключевые слова: *осложненные формы хронического панкреатита, дифференцированный подход к хирургическому лечению ХП, качество жизни MOS SF-36, интраоперационная пункционная панкреатовирсунгография, ингибиторы СОХ-2.*

Summary. Experience of surgical treatment of 170 patients with complicated chronic pancreatitis is summarized. Depending on the type of complications, the localization of process, the state of pancreatobiliary zone using intraoperative puncture pancreatovirsungography, performed a differential choice of surgical intervention. Taking into account progression of the process in the pancreas, increase of exocrine insufficiency, as evidenced by determining the level of fecal elastase-1, surgical complications of chronic pancreatitis occur at different times. For their correct proposed stage operations containing options of internal drainage of the pancreatic duct, and pancreatectomy combined with COX-2 inhibitors supportive therapy.

Key words: *complicated forms of chronic pancreatitis, surgical treatment of CP, MOS SF-36 quality of life, intraoperative puncture pancreatovirsungography, COX-2 inhibitors.*