

УДК 616.37–002:616.34+616.37]–089.87

МІСЦЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ У ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

В. І. Пилипчук, І. М. Шевчук, А. М. Яворський, О. Л. Дирів

Івано—Франківський національний медичний університет МОЗ України,
Івано—Франківська обласна клінічна лікарня

THE PLACE OF PANCREATODUODENAL RESECTION IN SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF CHRONIC PANCREATITIS

V. I. Pylypchuk, I. M. Shevchuk, A. M. Yavorskiy, O. L. Dyriv

Хронічний панкреатит (ХП) — прогресуючий хронічний запальний процес у ПЗ, наслідком якого є повне руйнування її тканини, порушення функції травлення, формування цукрового діабету, виражений больовий синдром [1]. Хронічний запальний процес може поширюватися на всю ПЗ або локалізуватись в окремих її ділянках, що створює певні труднощі під час диференційної діагностики від пухлинного процесу. Ранні ускладнення ХП виникають у 30% хворих, пізні — у 70 — 85%. Впродовж 5 років вмирають 6,3% хворих, 10 років — 30%, 20 років — майже 50% [2]. Через неефективність консервативного лікування та виникнення різноманітних ускладнень хірургічна допомога показана від 4 до 9% хворих [3]. Складним щодо вибору методу оперативного втручання є ХП головки ПЗ з порушенням функції суміжних органів. Обгрунтовано вважають, що саме головка ПЗ є "пейскекером" хронічного запально—дегенеративного процесу [4].

Для хірургічного лікування ХП головки ПЗ за неможливості повністю виключити наявність в ній злоякісного новоутворення застосовують ПДР, запропоновану у 1935 р. Whipple для лікування хворих з приводу периампулярних пухлин. З 1978 р. у лікуванні ХП головки ПЗ почали застосовувати ПДР з збереженням воротаря (операція Traverso — Longmaier), що дозволило зменшити частоту виникнення постгаст-

Реферат

Висвітлені результати хірургічного лікування 120 хворих з приводу ускладнених форм хронічного панкреатиту (ХП). У 5 хворих методом вибору операції була панкреатодуоденальна резекція (ПДР) за Whipple. Показаннями до її виконання були: неможливість повністю виключити злоякісний процес у головці підшлункової залози (ПЗ); збільшення головки ПЗ, що спричиняло компресію дванадцятипалої кишки (ДПК), спільної жовчної протоки (СЖП) та судин панкреатодуоденальної зони; кістозні зміни головки ПЗ з неодноразовою кровотечею в просвіт кісти та ДПК. Безпосередні, короткотермінові та проміжні результати операції оцінені як хороші та задовільні.

Ключові слова: хронічний панкреатит; біліарна гіпертензія; панкреатодуоденальна резекція.

Abstract

Results of surgical treatment of 120 patients, suffering complicated forms of chronic pancreatitis, were analyzed. In 5 patients pancreaticoduodenal resection in accordance to Whipple method have constituted the operation of choice. The indications for operation were: impossibility to exclude completely the malignant process inside pancreatic head; enhancement of the pancreatic head, causing duodenal, common biliary duct and the pancreatoduodenal zone vessels compression; cystic changes of pancreatic head with several episodes of hemorrhage inside the cyst and duodenum. The immediate, short—term and intermediate results of the operation were estimated as good and satisfactory.

Key words: chronic pancreatitis; biliary hypertension; pancreaticoduodenal resection.

розсекційних ускладнень. У теперішній час в багатьох хірургічних центрах Європи та США ПДР посідає чільне місце в хірургічному лікуванні ХП головки ПЗ, оскільки операції Фрея та Бегера не завжди забезпечують усунення всіх ускладнень, притаманних ХП [5].

За даними літератури, після класичної та пілорозберігальної ПДР у 15 — 19% хворих виникають ускладнення (нориця ПЗ, гастростаз, виражена нутритивна недостатність), що потребує неодноразового лікування хворого у стаціонарі та погіршення якості його життя [3, 6, 7]. Крім того, видалення значної частини па-

ренхіми ПЗ у 70% хворих зумовлює недостатність її екзокринної функції, що потребує проведення постійної замісної ензимотерапії, а у 45% хворих — є предиктором виникнення цукрового діабету та порушення толерантності до глюкози [8, 9].

Мета дослідження: проаналізувати власні результати хірургічного лікування ускладнених форм ХП з використанням ПДР.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

В період 2009 — 2015 рр. у відділенні загальної хірургії Івано—Франківської обласної клінічної

лікарні оперовані 120 хворих з приводу ускладнених форм ХП. У 5 (4,1%) хворих методом вибору оперативного лікування ХП головки ПЗ була ПДР за Whipple. Характеристика оперативних втручань наведена у таблиці.

Крім даних об'єктивного і лабораторного обстеження хворих, найбільше практичне значення у діагностиці змін у паренхімі ПЗ та її протоці (ППЗ) і навколишніх органах мали ультразвукове дослідження (УЗД), езофагогастродуоденоскопія (ЕГДС), ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія (ЕРПХГ), комп'ютерна томографія (КТ) з контрастним підсиленням, магніторезонансна холангіопанкреатографія (МРХПГ). Під час роботи використовували класифікацію ХП, запропоновану акад. О. О. Шалімовим (1997). Короткотермінові та проміжні результати оперативного лікування оцінювали за даними огляду хворих, УЗД та опитувальника SF—36.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

ПДР виконана у 3 (60%) чоловіків та 2 (40%) жінок, вік хворих від 40 до 62 років. Раніше їх не оперували з приводу гострого панкреатиту чи його ускладнень, проте, 3 хворих неодноразово лікували у стаціонарі з приводу ХП, в 1 — була рецидивуюча кровотеча з ДПК.

У всіх 5 пацієнтів під час госпіталізації виявлено незначну обтураційну жовтяницю з біліарною гіпертензією (БГ), у 4 хворих — хронічну непрохідність (ХН) ДПК, у 3 — поєднання БГ і ХН ДПК з локальною венною гіпертензією судин панкреатобіліарної зони.

Під час УЗД в усіх хворих встановлене локальне збільшення головки ПЗ (від 3,5 до 5,2 см). У 4 (80%) хворих структура ПЗ неоднорідна, в одного пацієнта діагностовані 2 інтрапанкреатичні кісти в головці ПЗ діаметром до 1 см. За даними доплерографічного картування у нього виявлена аневризматично—змінена передня верхня панкреатодуоденальна артерія з дефектом і активною кровотокою у просвіті однієї з кіст. Розширення ППЗ понад 5 мм

Характеристика оперативних втручань, виконаних у хворих з приводу ускладнених форм ХП

| Операція | Кількість операцій | |
|---|--------------------|-------|
| | абс. | % |
| ПДР за Whipple | 5 | 4,1 |
| Операція Фрея | 27 | 22,6 |
| з холедохоентероанастомозом (ХЕА) | 2 | |
| з вставкою за В. М. Копчаком | 2 | |
| з вставкою за В. М. Копчаком та ХЕА | 2 | |
| Бернська модифікація операції Бегера | 2 | 1,6 |
| Поздовжня панкреатоєюностомія | 34 | 28,4 |
| з ХЕА | 3 | |
| з вставкою за В. М. Копчаком та ХЕА | 2 | |
| Цистоентеростомія | 12 | 10,0 |
| Дистальна резекція ПЗ | 7 | 5,9 |
| Ендоскопічна цистодуоденостомія | 6 | 5,0 |
| Накладання обхідних білідигестивних анастомозів | 4 | 3,3 |
| Зовнішнє дренування псевдокіст ПЗ | 4 | 3,3 |
| ЕРПХГ з ендобіліарним стентуванням | 5 | 4,1 |
| Ендоскопічні втручання на протоці ПЗ | 14 | 11,7 |
| Разом ... | 120 | 100,0 |

відзначене у 3 (60%) хворих на тлі локального збільшення головки ПЗ. Діаметр СЖП в усіх хворих перевищував 7 — 8 мм, що свідчило про наявність БГ. Діаметр ворітної вени у 4 хворих становив 1,1 — 1,3 см, що свідчило про локальну венозну гіпертензію. Внаслідок венозної гіпертензії у 2 хворих виявлено спленомегалію, в 1 — варикозне ураження вен шлунка.

Показаннями до виконання ПДР з приводу ХП головки ПЗ були:

— неможливість виключити зловиякісний процес у головці ПЗ (в 1 хворого). Вважаємо, що доопераційна тонкогілка біопсія та інтраопераційна експрес—біопсія головки ПЗ не завжди інформативні у диференційній діагностиці ХП від раку ПЗ;

— значне збільшення головки ПЗ, що одночасно спричиняло компресію ДПК, СЖП та судин панкреатодуоденальної зони (у 3 хворих). Саме ПДР забезпечує одночасне усунення всіх цих ускладнень ХП;

— наявність кіст в головці ПЗ з встановленим дефектом в передній верхній панкреатодуоденальній артерії, що спричиняло неодноразову кровотечу в просвіті кісти і травний канал (в 1 хворого). Провести селек-

тивну ангіографію та оклюзію артерії за такої ситуації технічно неможливо.

У всіх хворих виконано ПДР за Whipple. Перший етап операції передбачав дистальну резекцію шлунка, видалення ДПК, холецистектомію з видаленням частини СЖП (дистальніше місця впадіння міхурової протоки), резекцію 15 — 20 см початкового відділу тонкої кишки, резекції головки, гачкуватого відростка та шийки ПЗ. Під час реконструктивного етапу операції накладали інвагінаційний терміно—термінальний панкреатоентероанастомоз та терміно—латеральний гепатико—ентероанастомоз на одній петлі позаду ободової кишки (за О. О. Шалімовим, В. М. Копчаком).

Для детального аналізу наслідків операції використовували шкалу TASC (Transatlantic Inter—Society Consensus, 2000), результати лікування оцінювали за стандартизованими інтервалами. Безпосередні результати оцінювали протягом 30 діб після операції; короткотермінові — від 1 до 6 міс після операції; проміжні — від 12 до 24 міс після операції; віддалені — від 2 років. Оскільки операції виконували у 2014 — 2015 рр., оцінені лише безпосередні,

короткотермінові та проміжні результати.

Критеріями оцінки результатів лікування у строки до 30 діб після операції вважали відсутність післяопераційних ускладнень, відновлення функції органів травлення, тривалість лікування у стаціонарі, відновлення працездатності хворих.

Тривалість лікування хворих у стаціонарі становила у середньому 17,5 дня, в тому числі після операції — 12 днів. Тривалість оперативного втручання від 210 до 245 хв, у середньому 225 хв.

Неспроможність швів анастомозів не спостерігали. В одного хворого на 4—ту добу після операції виникло жовчовитікання з дренажів. Під час релапаротомії вище лінії гепатикоентероанастомозу виявлений дефект жовчної протоки (імовірно, термічна інтраопераційна травма внаслідок використання діатермокоагуляції), який зашитий. У 3 хворих в ранньому післяопераційному періоді виник гастростаз, що зумовило збільшення тривалості їх лікування. Для усунення гастростазу призначали консервативну терапію, що включала декомпресію шлунка, застосування прокінетиків, блокаторів секреції шлунка. Ускладнення усунули в усіх хворих у середньому через 9 — 10 діб.

Особливе місце серед ускладнень після резекційних операцій на ПЗ посідає післяопераційний панкреатит, зумовлений як операційною травмою, так і рефлюксом жовчі (жовчний рефлюкс—панкреа-

тит). Вважаємо, що будь—яке пряме втручання на тканинах ПЗ може провокувати гострий панкреатит різної активності. Тому, до загального аналізу ускладнень гострий панкреатит не відносили. Для запобігання тяжкого панкреатиту вважаємо за доцільне та використовуємо після операції інгібітори протонної помпи та блокатори H_2 —рецепторів гістаміну (протягом 5 діб); синтетичні аналоги соматостатину (октра) — протягом 3 — 4 діб. У 4 (80%) хворих це ускладнення діагностоване (метеоризм, ексудат у черевній порожнині, набряк кукси ПЗ за даними УЗД, амілаземія), проте, його вдалося усунути за допомогою консервативних заходів у середньому через 4 — 5 діб після операції.

За даними гістологічного дослідження операційного матеріалу, в усіх хворих виявлені запально—дегенеративні зміни головки ПЗ. Всі пацієнти виписані для продовження амбулаторного лікування у задовільному стані.

Безумовними критеріями оцінки якості лікування ХП у короткотерміновому, проміжному й віддаленому періоді є стан ендокринної та ендокринної функцій ПЗ, потреба у лікуванні в терапевтичному або хірургічному відділі з приводу основного захворювання чи його ускладнень, порушення травлення, виникнення цукрового діабету, відсутність повторних оперативних втручань на ПЗ, жовчовивідних шляхах з приводу порушень функціонування накладених анастомозів.

Короткотермінові та проміжні результати операції оцінені в усіх хворих шляхом особистого спілкування, заповнення анкети, проведення УЗД. Больового синдрому не було. В усіх пацієнтів виявлений астено—вегетативний синдром, диспептичний та дискінетичний синдроми незначно виражені, хворі періодично застосовували ферментні препарати. Повторне стаціонарне лікування не показано. Ознаки цукрового діабету чи порушення толерантності до глюкози не встановлені. Всі пацієнти оцінили свій фізичний та психоемоційний стан як задовільний.

ВИСНОВКИ

1. У хворих за ускладнених форм ХП головки ПЗ виконання ПДР показано при припущенні про наявність злоякісного процесу в головці ПЗ та неможливості його виключення; за одночасної компресії ДПК, СЖП та судин панкреатодуоденальної зони; наявності кіст головки ПЗ з рецидивуючою кровотечею в кісту та просвіт травного каналу.

2. Безпосередні, проміжні та віддалені результати оперативного лікування ХП головки ПЗ з застосуванням ПДР залежать від багатьох чинників, головними з яких є: чітко встановлені показання до операції, суворе дотримання техніки оперативного втручання, адекватно проведена інтенсивна терапія в перед— та післяопераційному періоді.

ЛІТЕРАТУРА

1. di Sebastiano P. Pathophysiology of Chronic Damage / P. di Sebastiano, F.F. di Mola // *Acute and Chronic Pancreatitis: New concepts and evidence—based approaches*; ed. P. A. Testoni, A. Mariani, P.G. Arcidiacono. — Turin: Minerva Med., 2013. — P. 63 — 69.
2. Губергриц Н. Б. Хронический алкогольный панкреатит / Н. Б. Губергриц, Г. М. Лукашевич. — М., 2010. — 54 с.
3. Хирургическое лечение хронического панкреатита / В. М. Копчак, И. В. Хомяк, Д. А. Чеве́рдюк [та ін.] // *Харк. хірург. школа*. — 2009. — № 2.1 (33). — С. 124 — 125.
4. Beger H. G. Resection of the head of the pancreas (cephalic pancreatectomy) with conservation of the duodenum in chronic pancreatitis, tumours of the head of the pancreas and compression of the common bile duct / H. G. Beger, W. Krautzberger, H. Gogler // *Chirurgie*. — 1981. — Bd. 107. — S. 597 — 606.
5. Muller M. W. Long—term follow—up of a randomized clinical trial comparing Beger with pylorus—preserving Whipple procedure for chronic pancreatitis / M. W. Muller, H. Friess, D. J. Martin // *Br. J. Surg.* — 2008. — Vol. 95, N 3. — P. 350 — 356.
6. Ahmad S. A. Factors influencing readmission after pancreaticoduodenectomy: a multi—institutional study of 1302 patients / S. A. Ahmad, M. J. Edwards, J. M. Sutton // *Ann. Surg.* — 2012. — Vol. 256, N 3. — P. 529 — 537.
7. Ярешко В. Г. Профилактика осложненных прямых оперативных вмешательств на поджелудочной железе при хроническом панкреатите / В. Г. Ярешко, Ю. А. Михеев // *Клін. хірургія*. — 2012. — № 4. — С. 56 — 57.
8. Дронов О. І. Ендокринні порушення після дренажних та резекційних оперативних втручань у хворих на ускладнені форми хронічного панкреатиту / О. І. Дронов, Є. А. Крючина // *Харк. хірург. школа*. — 2008. — № 2 (29). — С. 99 — 102.
9. Ruckert F. Quality of life in patients after pancreaticoduodenectomy for chronic pancreatitis / F. Ruckert, M. Distler, S. Hoffmann // *J. Gastrointest. Surg.* — 2011. — Vol. 15, N 7. — P. 1143 — 1150.