

УДК 616.37-002-089.12:616.36-008.8-008.331.1

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ З ОЗНАКАМИ БІЛІАРНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

О. Ю. Усенко, В. М. Копчак, В. І. Пилипчук, К. В. Копчак, С. В. Андронік
Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ,
Івано—Франківський національний медичний університет

SURGICAL TACTICS IN CHRONIC PANCREATITIS WITH SIGNS OF BILIARY HYPERTENSION

O. Yu. Usenko, V. M. Kopchak, V. I. Pylypchuk, K. V. Kopchak, S. V. Andronik

Лікування ХП є актуальною та складною проблемою гастроентерології та хірургії. Частота ХП, за даними літератури, становить від 10 — 30 до 60 — 100 на 100 тис. населення та постійно збільшується [1, 2]. Ранні та пізні ускладнення ХП виявляють у 30—85% хворих [3]. Впродовж 5 років вмирають 6,3% хворих, 10 років — 30%, 20 років — до 50% [3]. Від 4 до 9% хворих показано хірургічне втручання [2].

Показаннями до оперативного втручання з приводу ХП є ускладнені форми, в основному спричинені стисканням прилеглих органів фіброзно—зміненою головкою ПЗ [2, 4, 5]; обтураційна жовтяниця, зумовлена стисканням спільної жовчної протоки (СЖП) [1 — 6]. Важливу роль у виникненні обтураційної жовтяниці при ХП відіграє стискання дистальної частини СЖП фіброзно—зміненими тканинами ПЗ, зокрема, язичком головки ПЗ [7]. Дискусійними є питання щодо хірургічної тактики, обґрунтування показань до операції у ранніх стадіях захворювання, коли патологічні процеси не є абсолютними [6].

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

За період з 2010 до 2014 р. лікували 372 пацієнтів з приводу ускладнених форм ХП, в тому числі 294 — у відділі хірургії підшлункової залози та реконструктивної хірургії жовчних проток Національного інституту хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України (НІХТ), 78 — у відділенні загальної хірургії Івано—Франківської облас-

Реферат

Висвітлені результати лікування 84 хворих з приводу хронічного панкреатиту (ХП) з ознаками біліарної гіпертензії. У 83 хворих виконані оперативні втручання, в 1 — позитивні результати досягнуті після пункції псевдокісти підшлункової залози (ПЗ) під контролем ендосонографії. У 51 хворого виконання операції Фрея дозволило досягти зниження тиску в біліарній системі, у 25 — для усунення біліарної гіпертензії застосовані додаткові прийоми. У 20 хворих використовували методику вимірювання тиску в біліарній системі.

Ключові слова: хронічний панкреатит; біліарна гіпертензія; операція Фрея; вимірювання біліарного тиску.

Abstract

The results of treatment of 84 patients for chronic pancreatitis with the biliary hypertension signs were depicted. In 83 patients operative interventions were performed, and in 1 — positive results were achieved after pancreatic cyst puncture under ultrasonographic control. In 51 patients the conduction of Frey operation have permitted to achieve a lower pressure inside biliary system, in 25 — the additional procedures were applied for a biliary hypertension elimination. In 20 patients a method of pressure measurement in biliary system was used.

Key words: chronic pancreatitis; biliary hypertension; Frey operation; measurement of biliary pressure.

ної клінічної лікарні (ІФОКЛ). Обсяг і характер оперативного втручання залежали від особливостей клініки, стану хворого, вираженості змін у ПЗ, наявності та характеру ускладнень.

До аналізу включені 65 (22,1%) пацієнтів з НІХТ та 19 (24,4%) — з ІФОКЛ, у яких виявлені ознаки біліарної гіпертензії, разом 84 пацієнта. Чоловіків було 80 (95,2%), жінок — 4 (4,8%). Вік пацієнтів від 22 до 72 років, у середньому (51,4 ± 14,5) року. У 4 пацієнтів раніше виконані операції з приводу ХП (в 1 — операція Фрея, у 3 — поздовжня панкреатоеюностомія — ППЄС). У 6 пацієнтів виявлені ознаки непрохідності дванадцятипалої кишки (ДПК).

Всім пацієнтам після госпіталізації проведено обстеження з використанням загальноприйнятих

лабораторних та інструментальних методів. Всім пацієнтам проведені ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини (ОЧП), езофагогастроуденофіброскопія; ендосонографія комп'ютерна томографія (КТ) ОЧП з внутрішньовенним контрастуванням, магніторезонансна томографія (МРТ) ОЧП, МР холангіопанкреатографія, (МРХПГ) — за показаннями.

У 6 пацієнтів в зоні головки ПЗ виявлені псевдокісти, що достовірно спричиняли стискання СЖП. У 2 пацієнтів за даними КТ відзначено збільшення язичка головки ПЗ, що також зумовлювало стискання СЖП.

У пацієнта без ознак виражених фіброзно—дегенеративних змін в тканині ПЗ, проте, за наявності біліарної гіпертензії, спричиненої стисканням СЖП постнекротичною псевдокістою ПЗ, здійснено пункцію

псевдокісти під контролем ендоскопічної білірубінової графії. Це дозволило досягти позитивного результату без виконання оперативного втручання.

У 8 пацієнтів рівень загального білірубіну перевищував 200 мкмоль/л, тривалість жовтяниці понад 1 міс. У них першим етапом здійснено декомпресію жовчних проток, у 4 — черезшкірну черезпечінкову холангіостомію під контролем УЗД, у 3 — ендобіліарне стентування, в 1 — не вдалося за допомогою мініінвазивного втручання здійснити декомпресію жовчних проток, йому виконана гепатикодуоденоюностомія без застосування оперативного прийому на ПЗ. У решти хворих встановлені показання до виконання резекційних оперативних втручань.

Оперовані 83 (98,8%) пацієнта з приводу ХП з ознаками біліарної гіпертензії. Стандартна операція Фрея виконана у 76 (91,6%) пацієнтів, у 5 (6,0%) — панкреатодуоденальна резекція (ПДР), з них у 2 — з збереженням воратаря. Показаннями до виконання ПДР у 3 хворих була неможливість виключити онкологічний процес, у 2 — ураження головки ПЗ з порушенням функції прилеглих органів, вираженим стенозом ДПК та значними дистрофічними змінами її стінки.

В 1 (1,2%) пацієнта, у якого раніше виконано операцію Фрея, сформований гепатикоеюноанастомоз на петлі кишки за Ру.

В 1 (1,2%) пацієнта за рівня загального білірубіну понад 200 мкмоль/л та наявності значних порушень зсідальної системи крові виконана гепатикодуоденоюностомія без виконання оперативного прийому на ПЗ.

Операції, виконані з приводу ХП, наведені у таблиці.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Після операції Фрея у 51 (67,1%) хворого вдалося знизити тиск у біліарній системі (зменшення позапечінкових жовчних проток, вільна евакуація жовчі з жовчного міхура); ще у 5 (6,6%) — це досягнуте після дренування псевдокісти в зоні головки ПЗ, що зумовлювало стискання

жовчних проток. У 20 (26,3%) хворих збереглися ознаки біліарної гіпертензії, у них використовували метод визначення тиску в біліарній системі: виконували холецистектомію, в СЖП встановлювали катетер, який через герметичну систему приєднували до апарата для вимірювання тиску.

Залишковий тиск у СЖП в нормі становить 50 — 150 мм вод. ст., його величина понад 150 мм вод. ст. свідчить про наявність біліарної гіпертензії.

У 2 (2,6%) хворих за наявності до операції стискання СЖП фіброзно-зміненим язичком головки ПЗ вдалося нормалізувати тиск у біліарній системі до 100 та 140 мм вод. ст. завдяки висіченню язичка.

Ще у 2 (2,6%) хворих нормалізація тиску у біліарній системі до 70 та 90 мм вод. ст. досягнута шляхом виділення стінки та розкриття просвіту інтрапанкреатичної частини СЖП у сформовану штучну протоку ПЗ, в зону анастомозу (див. рисунок).

У 16 (21,1%) хворих операції доповнені гепатикоеюноностомією. До цієї групи включені і 4 пацієнта, яким раніше виконані операція Фрея та ППЄС.

Після операції померли 2 хворих (післяопераційна летальність 2,4%). Ускладнення виникли у 7 (8,4%) пацієнтів. Повторно оперовані 3 (3,6%) пацієнта, 2 — з приводу гострої шлунково-кишкової кровотечі з зони панкреатоеюноанастомозу, 1 — неспроможності швів панкреатоеюноанастомозу з формуванням місцевого ферментного перитоніту.



Операція Фрея.
В протоку ПЗ в зоні головки ПЗ розкритий просвіт СЖП.

Під час контрольного огляду пацієнтів після їх виписування у строки до 36 міс в 1 з них після стандартної операції Фрея виникла обтураційна жовтяниця, з приводу чого пацієнт оперований (накладений гепатикоеюноанастомоз на петлі кишки за Ру).

За даними УЗД у 5 (6,0%) пацієнтів після операції збереглися ознаки біліарної гіпертензії (розширення СЖП до 12 — 13 мм), хоча суб'єктивно скарг не було, за даними біохімічного дослідження крові порушення функції печінки не відзначали.

Причинами таких порушень вважаємо прогресування захворювання.

ВИСНОВКИ

1. У 67,1% пацієнтів виконання стандартної операції Фрея забезпечує зниження тиску в біліарній системі до допустимого рівня.

2. При збереженні гіпертензії після застосування комплексу оперативних прийомів на головці ПЗ показане формування білідигестивного анастомозу.

Операції, виконані у хворих з приводу ХП з ознаками біліарної гіпертензії

Операція	Кількість операцій	
	абс.	%
Фрея	76	91,6
стандартна	51	61,5
з розкриттям псевдокісти ПЗ	5	6,0
з висіченням язичка ПЗ	2	2,4
з розкриттям просвіту СЖП	2	2,4
з формуванням гепатикоеюноанастомозу	16	19,3
ПДР	5	6,0
Гепатикоеюноностомія, 2-й етап	1	1,2
Гепатикоеюноностомія, паліативна	1	1,2
Разом ...	83	100

ЛІТЕРАТУРА

1. The Pancreas: An Integrated Textbook of Basic Science, Medicine and Surgery / H. G. Beger, A. L. Warshaw, M. W. Buchler [et al.]. — Oxford: Blackwell Publ. Ltd., 2008. — 2nd ed. — 1006 p.
2. 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.
3. Губергриц Н. Б. Хронический алкогольный панкреатит / Н. Б. Губергриц, Г. М. Лукашевич. — М., 2010. — 54 с.
4. Strobel O. Surgical therapy of chronic pancreatitis: indications, techniques and results / O. Strobel, M. W. Buchler, J. Werner // Intern. J. Surg. — 2009. — Vol. 7, N 4. — P. 305—312.
5. Farkas G. Surgical treatment of chronic pancreatitis / G. Farkas // Magy Seb. — 2011. — Vol. 64, N 2. — P. 63 — 68.
6. Клименко А. В. Хронический панкреатит: показания к операции и критерии оценки отдаленных результатов / А. В. Клименко, В. Н. Клименко, А. А. Стешенко // Запорж. мед. журн. — 2013. — №3 (78). — С. 32 — 34.
7. Хирургическая анатомия поджелудочной железы: монография / В. М. Копчак, А. Ю. Усенко, К. В. Копчак, А. И. Зелинский. — К.: Изд. дом Аскания, 2011. — 141 с.

