

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Пилипчук В.І., Галюк В.М.

Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра хірургії №2 та кардіохірургії,

м. Івано-Франківськ, Україна,

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3754-4592>,

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1754-5317>,

e-mail: surgery2@ifnmu.edu.ua

Резюме. Проведено аналіз результатів обстеження та лікування 182 хворих на хронічний панкреатит (ХП). У 43,9 % хворих мали чітко виражені симптоми пошкодження сусідніх органів, спричинені хронічним панкреатитом. Найчастіше зустрічалась біліарна гіпертензія (БГ).

У 99 (54,4 %) хворих виконано операції резекційного типу. Операції дренуючого типу проведено у 77 (42,3 %) хворих. У 6 (3,3 %) хворих з важкою супутньою патологією виконані симптоматичні операції.

У хворих, у яких виявлено порушення функції суміжних органів, операції резекційного типу були застосовані у 76,3 % випадків.

При вивченні віддалених результатів кращими виявились показники якості життя у хворих, які перенесли резекційні операції на ПЗ. Проведені об'єктивні дослідження, лабораторні та дані УЗД вказували на відсутність у пацієнтів ознак порушень функції суміжних органів у віддалені терміни після операції.

Хронічний панкреатит є тяжким захворюванням, при якому у 15,1 % наявні ознаки ендокринної недостатності ПЗ, у 79,2 % – ендокринної недостатності, а у 43,9 % – симптоми порушення функції суміжних органів.

Відсутність чітко сформульованих показів до оперативного втручання хронічного панкреатиту спричиняє його тривале та малоефективне консервативне лікування, часто призводить до запізнілої госпіталізації в хірургічний стаціонар та в кінцевому результаті – до не завжди позитивних результатів операції.

Основними методами хірургічного лікування хворих на ХП вважаємо резекційні, які нами використані у 54,3 % випадків, проте у пацієнтів з порушенням функцій суміжних органів питама вага таких оперативних втручань зростає до 76,3 %.

Ключові слова: хронічний панкреатит, біліарна гіпертензія, діагностичний алгоритм, хірургічне лікування, віддалені наслідки.

Вступ. На сьогоднішній день спостерігається невинний ріст захворюваності на хронічний панкреатит (ХП), в світі він становить 3,1-8 випадків, в країнах Європи – 4-8 випадків, поширеність – 25 випадків на 100 тис. населення; в Україні рівень захворюваності патологією підшлункової залози (ПЗ) в 2012 році становив 226 випадків на 100 тис. населення, поширеність – 2471 на 100 тис. населення [1]. Щорічно тільки в Україні виявляють на 5000–6000 хворих з ураженням ПЗ більше, ніж в попередні роки [2]. За останні тридцять років відмічено більш ніж дворазове зростання кількості хворих на ХП [3, 4].

Більшість дослідників розглядають ХП як прогресуюче захворювання з загостреннями хронічного запалення, які повторюються, розвитком склерозу і фіброзу, які приводять до заміщення секреторної тканини залози сполучною тканиною і зниженню зовнішньосекреторної функції ПЗ [5].

Загальна смертність від ХП у пацієнтів з алкогольним панкреатитом, які хворіють більше 20 років, складає від 28,8 % до 35,0 % [6]. Первинна інвалідизація хворих на ХП досягає 15 %, при цьому в цілому захворювання ПЗ в 10,9 %

випадків є причиною інвалідизації хворих з патологією органів травлення [7].

Обґрунтування дослідження. У даний час не існує чіткого консенсусу щодо оптимального методу діагностики та використання різних методів дослідження при ХП, а тим більше при ХП з порушенням функції сусідніх органів. Основою діагностики ХП є вивчення структурних та функціональних змін в ПЗ та суміжних органах. Найбільш інформативними методами передопераційної діагностики ХП залишаються ультразвукове дослідження (УЗД), комп'ютерна томографія (КТ), ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ), магнітно-резонансна холангіопанкреатографія (МРХПГ).

Покази до оперативного лікування ХП визначені неостаточно. Як правило, питання про оперативне втручання виникає при наявності стійкого больового синдрому, що не піддається консервативній терапії та при вираженій недостатності зовнішньосекреторної функції ПЗ. Оперативне втручання показане при наявності клінічних проявів ХП та морфологічних змінах ПЗ, коли консервативна терапія неефективна та існує загроза виникнення ускладнень ХП.

Оперативні втручання при ускладнених формах ХП можна розділити наступним чином [10]:

- непрямі (паліативні) операції: холедоходуоденостомія, холецистоентеростомія, гепатікоєюностомія, гастроентеростомія;

- дренуючі операції: цистоеюностомія, цистопанкреатоеюностомія, цистодуктопанкреатоеюностомія, ендоскопічна цистогастро-дуоденостомія, поздовжня панкреатоеюностомія, висічення нориці + ППЕС, зовнішнє дренування псевдокісти;

- резекційні операції: панкреатодуоденальна резекція (ПДР), пілорус-зберігаюча ПДР, дистальна резекція ПЗ, операція Бегера, операція Фрея, ППЕС із штучним формуванням протока, Бернська методика.

Оцінка віддалених результатів проведених оперативних втручань у хворих на ХП є важливим компонентом щодо вибору хірургічної тактики [11].

Анатомічний контакт ПЗ з сусідніми органами при прогресуванні ХП сприяє розвитку позапанкреатичних ускладнень – порушенню евакуації по дванадцятипалій кишці (ДПК), біліарній гіпертензії, тромбозу чи екстравазальній компресії вен спленопортomesентеріального конfluence [11]. При ХП стеноз жовчовивідної протоки та дуоденальний стеноз спричинені вираженим панкреатичним фіброзом та запаленням в головці ПЗ [5]. Дуоденальний стеноз може бути спричинений прогресуванням «grogue pancreatitis», який мав місце у 19,5 % з 600 досліджуваних пацієнтів; за даними дослідження Becker і Mischke, він характеризується утворенням зрощень між головкою ПЗ та ДПК, що спричиняє порушення моторики кишки, її стеноз та тубулярний стеноз жовчовивідних протоків з розвитком механічної жовтяниці.

При ХП порушення прохідності ДПК ускладнює перебіг захворювання в 16,3 – 36,4 % хворих, препапілярний стеноз загальної жовчної протоки (ЗЖП) має місце в 30 – 59,6 %, а компресія мезентеріально-портальної системи з появою асцити – у 11,6 – 17,7 % хворих [12].

На даний час немає єдиної думки щодо вибору методу хірургічного лікування ХП з порушенням функції суміжних органів. На думку Н. Begeer та М. Buchler [13], наявність стенозу ЖП, ДПК та портальної гіпертензії є показанням до ізольованої резекції головки ПЗ (операції Бегера). Згідно з Резолюцією Пленуму Правління Асоціації хірургів-гепатологів Росії та країн СНД (Іжевськ 19-20 квітня 2012 р.) [14], «... об'єм первинної операції на ПЗ при ускладненому ХП обумовлений характером та локалізацією патологічних змін, а також ступенем функціональних порушень як з боку самої ПЗ, так і з боку суміжних органів та структур. Цілями операції повинні бути: по можливості повне видалення незворотньо змінених ділянок залози, забезпечення відтоку панкреатичного соку з частини органу, що залишається, відновлення пасажу жовчі та прохідності ворітної вени, ліквідації дуоденостенозу».

У розвитку механічної жовтяниці при ХП певну роль також відіграє стиснення дистальної частини ЖП фіброзно зміненим язичком ПЗ [15]. У таких випадках для усунення БГ під час операції з приводу ХП необхідно виконувати висічення язичка ПЗ.

Питання про тактику при БГ без механічної жовтяниці (проводити дренажну операцію, накладати біліодигестивний анастомоз чи внутрішній білопанкреатичний анастомоз) потребує подальшого вивчення з проведенням в передопераційному періоді магнітно-резонансної холангіопанкреатографії (МРХПГ) або ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії (ЕРПХГ) [16].

При ХП з портальною гіпертензією хірургічна тактика також не до кінця визначена. Легкий та середній ступінь портальної гіпертензії є показом до виконання операцій резекційного типу (Бегера, Фрея) [17, 18, 19]. При важкому ступені портальної гіпертензії з тромбозом в системі портальної вени резекція ПЗ є технічно важкою, має високий ризик інтраопераційної кровотечі [20, 21]. Тому ряд хірургів вважає, що портальна гіпертензія є протипоказом до виконання будь-яких втручань на ПЗ [22].

Мета дослідження: покращення результатів діагностики та хірургічного лікування хворих на ускладнені форми ХП з порушенням функції суміжних органів.

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів обстеження та хірургічного лікування 182 хворих на ХП, які перебували у хірургічному відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні у період 2012-2018рр. Кількість чоловіків значно переважала над кількістю жінок: жінок було 10 (5,5 %), чоловіків – 172 (94,5 %), віком від 21 до 63 років, середній вік – $45,8 \pm 0,8$ років.

З метою максимально точного визначення характеру патологічного процесу, наявності та вираженості ускладнень, ступеня компенсації функцій ПЗ, ступеня та вираженості змін печінки та жовчних протоків хворим проводили комплексне всебічне обстеження до операції, в ранньому післяопераційному періоді (до виписки з стаціонару) та у віддалені строки після операції (від 6 місяців до 7 років).

До операції пацієнтам проведено обстеження в такому обсязі: клінічні та лабораторні дослідження, ультразвукове дослідження (УЗД), езофагогастродуоденофіброскопія (ЕФГДС) та/або ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ), компютерна томографія (КТ), магнітно-резонансна холангіопанкреатографія (МРХПГ), додаткові дослідження з приводу супутніх захворювань та ускладнень. Гістологічне дослідження проведено всім хворим, яким проводились відкриті оперативні втручання, дане дослідження вважали основним доказом діагнозу ХП та використовували для остаточного виключення наявності онкопроцесу в ПЗ.

Для статистичної обробки отриманих результатів дослідження сформовано базу даних на основі Microsoft Excel, де матеріали групувались за контингентами вивчення, статистичні розрахунки проводилися за допомогою

вбудованих ліцензійних пакетів аналізу даних та описової статистики в програмах Microsoft Excel 2007 та Statistica 6.0. Статистична обробка категорійних (якісних) даних проводилась шляхом розрахунку частоти поширення ознак на 100 обстежених (%), а перевірка достовірності різниці даних в групах порівняння здійснювалась шляхом розрахунку критерію відповідності χ^2 .

Результати дослідження. Клінічне обстеження хворих на ХП вказувало на наявність тяжких порушень з боку різних органів та систем. Тривалість клінічних проявів ХП хворих коливалась від 6 місяців до 10 років, в середньому $5,2 \pm 1,2$ року.

Больовий синдром констатовано у 154 (84,6 %) пацієнтів. У 146 (80,2 %) хворих біль був постійним (тип А), посилювався після прийому їжі, у 35 (19,2 %) – непостійний, переймоподібний (тип В). У 152 (86,8 %) хворих біль локалізувався в епігастральній ділянці, у 16 (8,8 %) – у лівому підреб'ї, у 6 (3,3 %) – у правому. Знеболювальні препарати постійно вживали 116 (63,7 %) хворих, в тому числі і сильнодіючі.

У хворих на «головчастий» ХП основною причиною больового синдрому вважасмо фіброзно-дегенеративні зміни в тканині ПЗ із втягненням у патологічний процес нервових закінчень залози. У цьому випадку патогенетично обґрунтованим є виконання резекційних оперативних втручань, спрямованих на усунення патологічного вогнища (операція Бегера, Бернська модифікація).

Іншою причиною болю є панкреатична гіпертензія. Підвищення тиску у панкреатичних протоках різного порядку через їх обструкцію та порушення відтоку панкреатичного соку може спричиняти виражений больовий синдром. У таких випадках оперативне втручання повинно бути спрямоване на панкреатичну декомпресію, ефективними є дренажні операції (ППЕС, ЦЕС, ЦПЕС, ендоскопічне стентування вірсунгової протоки).

У випадках наявності у хворих больового синдрому, спричиненого поєднанням обох вищевказаних причин (фіброзно-дегенеративних змін ПЗ та панкреатичної гіпертензії), ефективним є резекційно-дренажне втручання, яке здатне усунути одночасно дві причини болю (операція Фрея).

Тривалість «панкреатичного анамнезу» у обстежених хворих складала від 1 року до 20 років. Проте при більш ретельному опитуванні ознаки шлункової і кишкової диспепсії хворі відмічали впродовж більш тривалого часу. Всі хворі скаржилися на біль в надчеревній ділянці різного характеру та інтенсивності. У всіх обстежених відзначали прояви астено-вегетативного синдрому (загальна слабкість, дратівливість, порушення сну, зниження працездатності) та диспептичного синдрому (зниження апетиту, періодичну нудоту, блювання, яке не приносило полегшення, відраза до жирної їжі, слинотеча, метеоризм), що опосередковано свідчило про наявність ендокринної недостатності підшлункової залози (ПЗ).

На схуднення вказували 133 (73,1 %) хворих. При цьому 24 (13,2 %) хворих за час хвороби втратили від 5 до 10 кг маси тіла, а 16 (10,5 %) – понад 10 кг.

Дискінетичний синдром (пронеси, закрепи) мав місце у 75 (41,2 %) пацієнтів. Диспептичний синдром (зміна апетиту, нудота, блювання, яке не приносить полегшення, відраза до жирної їжі, метеоризм) визначався в усіх хворих. Такі прояви захворювання спонукали 159 (87,3 %) хворих до постійного чи періодичного прийому ферментних препаратів. У 151 (82,9 %) хворих був чітко виражений астено-вегетативний синдром (загальна слабкість, подразливість, порушення сну, зниження працездатності).

Гіперглікемію встановлено у 90 (15,1 %) хворих, що свідчило про ендокринну недостатність ПЗ.

Порушення функцій сусідніх органів мало місце у 80 (43,9 %) хворих, зокрема (таблиця 1):

Порушення функції суміжних органів у хворих на хронічний панкреатит

Порушення функції органів	Кількість хворих (n=182)	Відсоток, %
БГ	64	35,2
ХДН	11	6,0
ВГ	5	2,7
БГ + ХДН	3	1,6
БГ + ХДН + ВГ	2	1,1
Разом	80	43,9

Симптоми хронічної дуоденальної непрохідності були чітко виражені у 11 хворих (6,0 %). Венозна гіпертензія судин гепатопанкреатичної зони була діагностована у 5 (2,7 %) хворих. Ще у 64 (35,2 %) пацієнтів була виявлена БГ, пов'язана з патологічним процесом в головці ПЗ. У 3 хворих ознаки білярної гіпертензії та хронічної дуоденальної непрохідності були одночасно. Отже, 80 хворих (43,9 %) мали чітко виражені симптоми пошкодження сусідніх органів, спричинені хронічним панкреатитом.

Жовтяницю діагностовано у 45 (24,7 %) хворих. У 12 (6,5 %) хворих жовтяниця була неодноразовою, у 33 (18,1 %) хворих виникла вперше. У 20 (10,1 %) хворих БГ перебігала субклінічно.

Під час лабораторного обстеження гіпербілірубінемія визначалась у 49 (26,9 %) хворих, у 15 (8,2 %) пацієнтів БГ перебігала без гіпербілірубінемії.

Оскільки БГ була найчастішим ускладненням хронічного панкреатиту, нами проведено глибокий аналіз інструментальних методів обстеження хворих на ХП з БГ.

УЗД, як скринінговий метод, проведено всім 182 хворим з ХП. Специфічною ультразвуковою ознакою БГ при ХП вважали поширення супрапанкреатичного відділу холедоха від 8 мм. Розширення жовчовивідних протоків діагностовано у 54 (84,3 %) хворих. У 7 (10,9 %) хворих під час проведення УЗД виявлено кістозні утворення в ділянці головки ПЗ, у 3 пацієнтів кісти розміщувались парапанкреатично ретродуоденально. В післяопераційному періоді та перед випискою з стаціонару УЗД використовували для оцінки динаміки патологічного процесу та як критерій усунення БГ.

ЕРХПГ застосовано у 12 (18,75 %) хворих. Ще у 2 пацієнтів виконання ЕРХПГ було неможливим через технічні труднощі, зумовлені вираженою деформацією ДПК (один хворий), наявністю навколососочкового дивертикула ДПК (один хворий). Патогномічними ознаками БГ при ХП під час виконання ЕРХПГ вважали **деформацію та стеноз великого дуоденального сосочка**, тубулярний стеноз інтрапанкреатичної частини холедоха та супрастенотичне її розширення, **відсутність вільного пасажу контрастної речовини в ДПК на початку обстеження, затримка евакуації контрастної речовини (більше ніж 45 хв)**. Розширення супрапанкреатичної частини ЗЖП під час ЕРХПГ виявлено в усіх пацієнтів. У 8 (66,6 %) хворих діаметр протоки перевищував 10 мм, у 7 хворих був більшим 16 мм. Протяжність тубулярного стенозу інтрапанкреатичної частини ЗЖП під час ЕРХПГ у 2 (16,6 %) хворих була до 20 мм, у 9 (75,0 %) – 20-26 мм, у 1 (8,3 %) – більше 26 мм. Середня протяжність стенозу – 24 ± 4 мм.

З лікувальною метою ЕРХПГ застосували для ендобілярного стентування 3 хворим з обтураційною жовтяницею, папілотомії та холедохолітоекстракції – 2 хворим. Проведення ЕРХПГ у поєднанні з папілосфінктеротомією та екстракцією конкрементів вважали самостійним оперативним втручанням, яке забезпечувало усунення обту-

раційної жовтяниці та явищ холангіту. Через інвазивність методу та в зв'язку з наявністю в клініці МРХПГ, показання до застосування ЕРХПГ збузили. Як діагностичний метод ЕРХПГ використовували для дослідження патології великого дуоденального сосочка.

КТ проведено 45 (70,3 %) хворим. БГ встановлювалась на основі розширення холедоха (8 мм в діаметрі та більше), наявності у ньому патології, розширення внутрішньопечінкових жовчних протоків, збільшення жовчного міхура, ущільнення його стінок, наявності стенозу холедоха в інтрапанкреатичній частині з супрастенотичним розширенням. Кісти в ділянці головки ПЗ на КТ діагностовано в 11 хворих. Супрапанкреатичне розширення жовчовивідних протоків діагностовано у 60 (93,8 %) хворих.

МРХПГ проведено 9 (14,1 %) хворим. На відміну від ЕРХПГ, МРХПГ дозволяла візуалізувати жовчні протоки вище та нижче рівня обструкції, а також давала реальну картину стану жовчовивідних протоків у порівнянні з ЕРХПГ, при якій введення контрастного препарату штучно підвищувало ступінь розширення протоків. МРХПГ дозволяла точно визначити рівень, протяжність звужень та їх причину, супрастенотичне розширення ЗЖП, що мало велике практичне значення у виборі хірургічної тактики. Обструкція ЗЖП під час дослідження мала конусоподібний вигляд, візуалізація зміненої її частини простежувалась на всьому протязі головки ПЗ. В усіх випадках спостерігалось супрастенотичне розширення ЗЖП. Тубулярний стеноз інтрапанкреатичної частини ЗЖП виявлено у 6 хворих, в одного пацієнта в просвіті позапечінкових жовчовивідних протоків контрастувався стент, встановлений раніше під час ЕРХПГ з приводу обтураційної жовтяниці. В одного хворого МРХПГ було малоінформативним.

ІОМ БТ застосовано у 36 хворих. Ще в одного хворого провести дослідження не вдалось через наявність виражених запальних змін в ділянці гепатодуоденальної зв'язки. При проведенні ІОМ БТ на початку оперативного втручання БГ I ступеня діагностовано у 6 (16,6 %) хворих; БГ II ступеня – у 22 (61,1 %); БГ III ступеня – у 8 (22,2 %) хворих (таблиця 2).

Клінічні прояви БГ мали місце у 8 (100,0 %) хворих з БГ III ступеня та у 12 (54,5 %) хворих з БГ II ступеня. В усіх хворих з БГ I ступеня та у 10 (45,5 %) хворих з БГ II ступеня гіпертензія не мала клінічних проявів і діагностувалась тільки за допомогою інструментальних методів.

Зниження білярного тиску до нормальних показників під час операції зафіксовано у 22 (61,1 %) хворих, у яких жовтяниця та гіпербілірубінемія були відсутні або незначно вираженими. У них виконані оперативні втручання на ПЗ без втручань на жовчовивідних протоках. У 14 (38,9 %) хворих після втручання на головці ПЗ зберігалась БГ (зокрема, у 8 хворих з БГ III ступеня та у 6 з БГ II ступеня). Для корекції БГ їм виконано додаткові втручання на ЗЖП.

Дані інтраопераційного моніторингу БГ

Ступінь БГ на початку операції	БГ після етапу операції на головці ПЗ, мм вод. ст.							
	норма		I ст.		II ст.		III ст.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I (n=6)	6	16,6	–	–	–	–	–	–
II (n=22)	16	44,4	4	11,1	2	5,6	–	–
III (n=8)	–	–	4	11,1	3	8,3	1	2,8
Разом ...	22	61,1	8	22,2	5	13,9	1	2,8

Застосування методу ІОМ БГ дозволило діагностувати приховану БГ та оцінити адекватність операції на головці ПЗ щодо усунення БГ. Чутливість методу щодо діагностики БГ становила 97,3 %.

На основі комплексного дослідження БГ було визначено чутливість інструментальних методів щодо виявлення БГ при ХП (рис. 1). Отримані дані вказують на високу чутливість методів ЕРХПГ, МРХПГ, КТ та ІОМ БГ.

Окремо проаналізовано чутливість діагностичних методів у хворих на ХП з БГ з обтураційною жовтяницею та

без неї. Встановлено, що чутливість УЗД є достовірно вищою ($p < 0,05$) у пацієнтів з обтураційною жовтяницею (87,1 %) проти 42,5 % у хворих без обтураційної жовтяниці. Чутливість КТ, ЕРХПГ та МРХПГ не залежать від її наявності чи відсутності.

Методи хірургічного лікування ХП включали дренаж, резекційні та непрямі (паліативні) оперативні втручання.

Характеристика всіх оперативних втручань подана у таблиці 3.

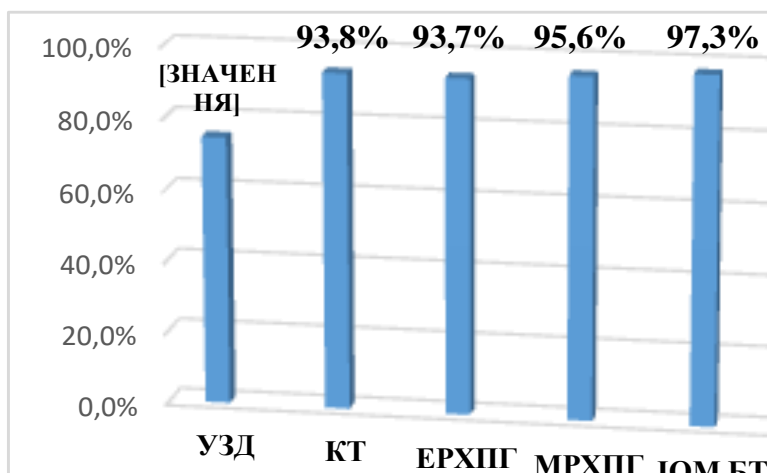


Рис. 1. Чутливість інструментальних методів дослідження щодо діагностики БГ.

Таблиця 3

Оперативні втручання у хворих на ускладнені форми ХП

Назва операції	Число	%
Резекційні:	99	54,3
Операція Фрея	67	36,8
ПДР за Whipple	9	4,9
Бернська модифікація операції Бегера	5	2,7
Дистальна резекція ПЗ	12	6,6
Енуклеація кист в т.ч лапароскопічно	6 (1)	3,3
Дренуючі	77	42,3
Повздожня панкреатоеностомія	37	20,3
Цистоентеростомія в т.ч лапароскопічно	23 (2)	12,6
Цистопанкреатоентеростомія	2	1,1
Ендоскопічна цистодуоденостомія	5	2,7
ЕРПХГ з ендобіліарним стентуванням	10	5,5
Паліативні	6	3,3
ГСА паліативний	3	1,6
Ендоскопічне стентування ГПП	3	1,6
Разом	182	100

Операції резекційного типу виконано у 99 (54,4%) хворих. Показаннями до резекційних оперативних втручань вважали наявність вираженого хронічного запального процесу в ділянці головки ПЗ (ПДР, операція Бегера, Фрея, Бернська методика) чи в ділянці хвоста залози (дистальна резекція).

У виборі методу хірургічного втручання керувались тим, що операції резекційного типу, а також їх сучасні

модифікації дозволяють ліквідувати БГ, панкреатичну протокову гіпертензію, в частині випадків – компресію портоселезінково-мезентеріального конfluenceсу з нормалізацією портального кровообігу (це менше стосується операції Фрея), хронічний абдомінальний біль.

Негативною стороною операцій резекційного типу є зниження функціональних резервів ПЗ (екзо- та ендокринної функції). За результатами дослідження, на момент

операції виражені прояви зовнішньосекреторної недостатності були 79,2 % хворих, а внутрішньосекреторної – в 15,1 % хворих. Під час вибору методу операції враховували те, що у хворих на ускладнені форми ХП частина паренхіми ПЗ вже зазнала фіброзно-дегенеративних змін.

При виражених фіброзно-дегенеративних змінах в головці ПЗ, які супроводжувались больовим синдромом, явищами БГ, ХДН чи ВГ методом вибору були дуоденумзберігаючі резекції ПЗ (операції Фрея, Бернська операція) – 65 (41,7 %) хворих та ПДР.

Бернську модифікацію операції Бегера виконано у 5 (2,9 %) хворих. Її виконували при ХП з переважним ураженням головки ПЗ та мало зміненими протоками тіла та хвоста залози. При наявності БГ, останню вдалось усунути шляхом звільнення інтрапанкреатичної частини ЗЖП від фіброзно-дегенеративних тканин, тому операції на жовчовивідних протоках не застосовували.

Виконання операції Фрея з широким перидуктальним висіченням фіброзно-дегенеративних тканин головки ПЗ сприяло усуненню БГ. У 3 хворих біліарну декомпресію досягнуто висіченням язичка ПЗ. У 21 (33,3 %) хворого операцію Фрея доповнено накладанням ГЕА через утримання БГ після виконання резекційного етапу операції. Ще у 3 хворих накладено біліопанкреатичний анастомоз.

З метою біліарної декомпресії розроблено та у 4 хворих застосовано метод оперативного втручання (пат. України на корисну модель № 93960) [23] (рис. 2).

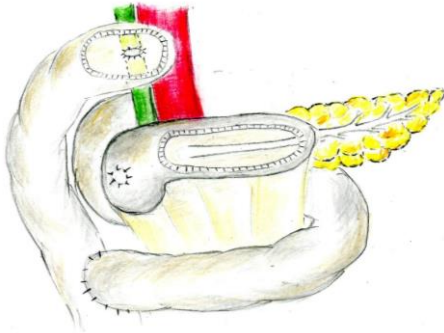


Рис. 2. Схема операції панкреатоентеродуоденоанастомозу на ізольованій петлі тонкої кишки з ГЕА за Ру.

Метод операції включає:

- широке висічення фіброзних тканин головки ПЗ, клиновидне висічення гачка ПЗ, широке розкриття головної панкреатичної протоки та протоків II–III порядків;

- викручування трансплантату з тонкої кишки на судинній ніжці, для цього, відступивши від зв'язки Трейтца 20–40 см, виділяється сегмент тонкої кишки довжиною, що відповідає довжині розсіченої протоки ПЗ та ДПК, так, щоб судинна ніжка була достатньої довжини;

- проведення сегменту тонкої кишки на судинній ніжці позаду поперечноободової кишки;

- накладання панкреатоентероанастомозу з додатковим формуванням анастомозу між тонкокишковим трансплантатом та нисхідною гілкою ДПК в проекції великого дуоденального сосочка. Анастомоз сегмента тонкої кишки з ПЗ накладався від хвоста залози до головки до лінії розрізу ДПК, переходячи від панкреатоєноно– до дуоденоєноноанастомозу. Накладений таким чином ізоперистальтичний панкреатоєнонодуоденоанастомоз забезпечує більш фізіологічне дренивання панкреатичного секрету в місце його природного відтоку – в ДПК;

- накладання ГЕА за Ру на петлі кишки 60–80 см з дистальною петлею тонкої кишки;

- відновлення неперервності кишкового тракту накладанням терміно-латерального ентоентероанастомозу.

Метод відрізняється тим, що накладання панкреатоентеродуоденоанастомозу сприяє відтоку панкреатичного

соку саме в ДПК, де відбувається активація панкреатичних ферментів, а ГЕА за Ру дозволяє ліквідувати БГ, та, попереджаючи контакт жовчі з тканиною і соком, ПЗ сприяє профілактиці післяопераційного панкреатиту.

При обґрунтованій підозрі на онкопроцес в ділянці головки залози методом вибору була стандартна ПДР – 5 (2,7 %) хворих. При наявності ізольованого фіброзного чи фіброзно-дегенеративного процесу хвоста ПЗ або при підозрі на пухлинний процес у 12 (6,6 %) хворих проведено дистальну резекцію ПЗ. У виборі методу хірургічного втручання керувались тим, що операції резекційного типу, а також їх сучасні модифікації дозволяють ліквідувати ряд ускладнень ХП, а саме: панкреатичну протокову гіпертензію, в частині випадків – БГ та компресію порто-селезінково-мезентеріального конfluenceсу з нормалізацією портального кровообігу (це менше стосується операції Фрея), хронічний абдомінальний біль.

Серед 80 хворих, у яких було виявлено порушення функції суміжних органів, резекційні методи були застосовані у 76,3 %.

Операції дренажного типу проведено у 77 (42,3%) хворих. Зокрема, при ізольованому вірсунголітіазі, розширенні ГПП без стенозу і оклюзії протоків та без значної фіброзної дегенерації головки ПЗ, при ХП з атрофією головки ПЗ та вірсунгоктазією методом вибору оперативного втручання була ППЕС – 37 (20,3 %) хворих. У 3 (1,6 %) хворих проведено ендоскопічне стентування ГПП, у 1 з них одночасно виконано літоекстракцію з ГПП. Проте у 2 хворих після цього втручання через прогресування фіброзно-дегенеративних змін в головці ПЗ пізніше виникла потреба у виконанні резекційних втручань на головці ПЗ. При кістах ПЗ проведено такі операції: відкрити цистоентеростомію – 21 (11,5 %) хворим, ще у 2 (1,1%) вдалось виконати цистоентеростомію лапароскопічно, ендоскопічну дуоденоцистостомію – 5 (2,7 %) хворим.

У 6 (3,3 %) хворих з важкою супутньою патологією виконані **симптоматичні операції**: накладання обхідних білідигестивних анастомозів (при біліарній гіпертензії та жовтяниці) - 3 хворих, ЕРХПГ з ендобіліарним стентуванням (при механічній жовтяниці) – 3 хворих.

Результати хірургічного лікування вивчено у 43 (23,6 %) хворих в терміни від 6 міс. до 3 років. За результатами анкетування всі хворі оцінили свій фізичний та психоемоційний стан як добрий та задовільний. Кращими виявились показники якості життя у хворих, які перенесли резекційні операції на ПЗ. Проведені об'єктивні дослідження, лабораторні та дані УЗД вказували на відсутність у пацієнтів ознак порушень функції суміжних органів у віддалені терміни після операції.

Обговорення результатів. Проведене дослідження дозволило узагальнити діагностичні критерії БГ при використанні різних методів обстеження, зокрема:

- скарги: жовтяниця, свербіж, темне забарвлення сечі, ахолічне випорожнення;
- анамнез: жовтяниця, операції на жовчних протоках;

- лабораторні дані: гіпербілірубінемія, підвищення рівня лужної фосфатази;

- УЗД: розширення жовчовивідних протоків (8 мм та більше), кісти головки ПЗ, конкременти жовчовивідних протоків;

- КТ: розширення жовчовивідних протоків, кісти головки ПЗ, конкременти жовчовивідних протоків;

- ЕРХПГ: тубулярний стеноз жовчних протоків, його протяжність, супрастенотичне розширення (8 мм та більше), тривалість пасажу контрасту, конкременти жовчовивідних протоків;

- МРХПГ: тубулярний стеноз холедоха, його протяжність, супрастенотичне розширення, конкременти жовчовивідних протоків;

- інтраопераційне вимірювання діаметру ЗЖП: розширення холедоха 8 мм та більше;

- ІОМ БТ: біліарний тиск понад 160 мм вод. ст.

На основі проведеного дослідження узагальнено діагностичні критерії БГ при використанні різних методів

обстеження та розроблено діагностичну схему щодо виявлення БГ при ХП (рис. 3).

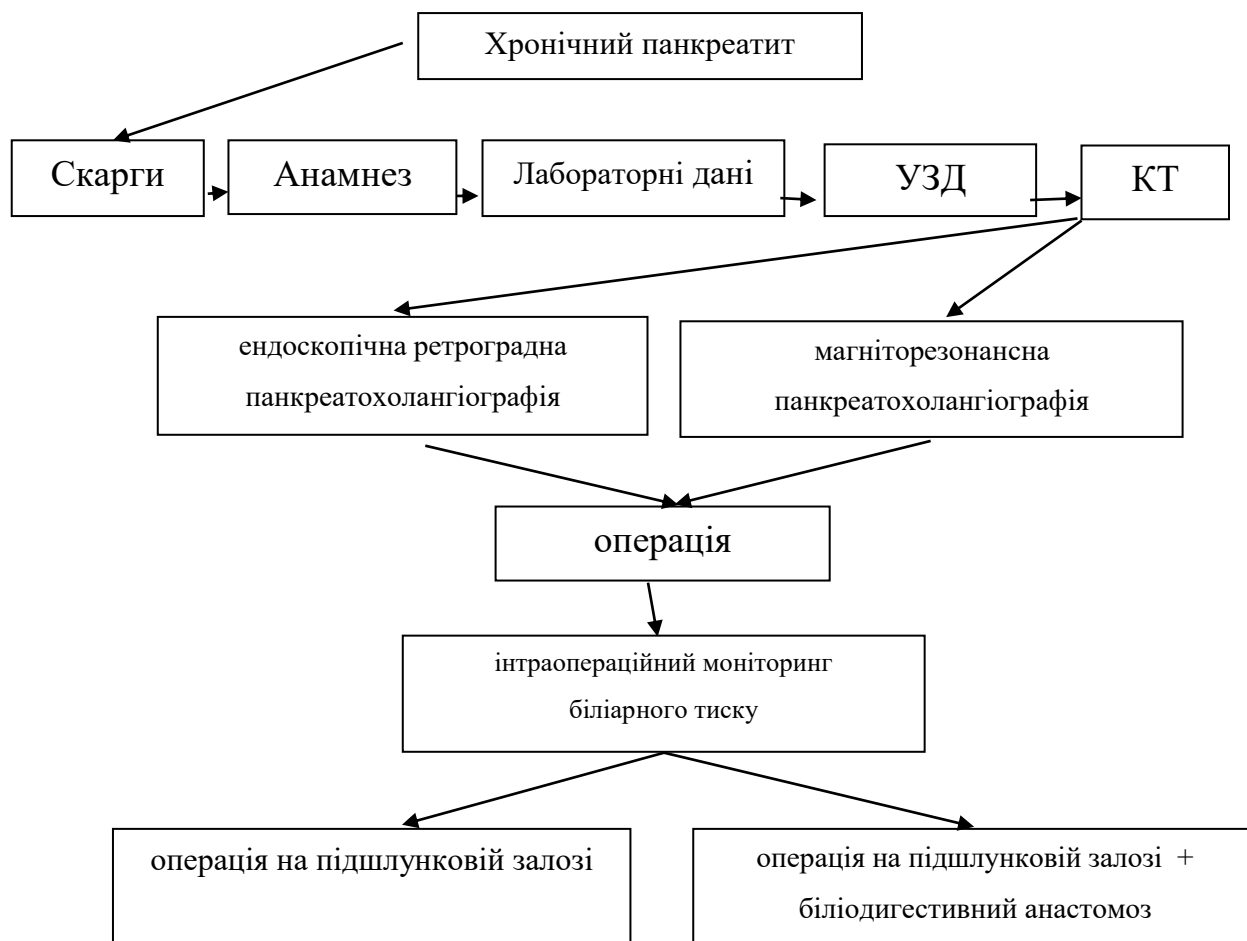


Рис. 3. Схема діагностики біліарної гіпертензії при хронічному панкреатиті.

Застосування розробленої схеми діагностики БГ при ХП дало можливість підвищити рівень достовірності передопераційної діагностики до 95,6 %, інтраопераційної – до 97,3 %, а також вибрати оптимальний метод хірургічного лікування.

Висновки:

1. Хронічний панкреатит є тяжким захворюванням, при якому у 15,1 % наявні ознаки ендокринної недостатності ПЗ, у 79,2 % – екзокринної недостатності, а у 43,9 % – симптоми порушення функції суміжних органів.
2. Відсутність чітко сформульованих показів до оперативного втручання хронічного панкреатиту спричиняє його тривале та малоефективне консервативне лікування, часто призводить до запізнілої госпіталізації в хірургічний стаціонар та в кінцевому результаті – до не завжди позитивних результатів операції.
3. Основними методами хірургічного лікування хворих на ХП вважаємо резекційні, які нами використані у 54,3 % випадків, проте у пацієнтів з порушенням функцій суміжних органів питама вага таких оперативних втручань зростає до 76,3 %.

References:

1. Prosolenko K.A. Kuratsyya patsyentov s khronicheskym pankreatytom sohlasno poslednym ukraïnskym standartam / K.A. Prosolenko // Vestnyk kluba pankreatolohov. – 2016. – № 2 (31). – S. 5-11.

2. Rusyn V.I. Khirurgichne likuvannya khronichnoho pankreatytu / V. I. Rusyn, S. S. Filip, O. O. Boldizhar ta in. // Kharkivs'ka khirurgichna shkola. – 2014. – № 2(65). – S. 29-34.
3. Kryvoruchko Y.A. Khyrurhicheskoe lechenye khronicheskoho pankreatyta s uchetoм klasyfikatsyy M. Buchler y soavtorov (2009) / Y.A. Kryvoruchko, V.V. Boyko, N.N. Honcharova // Suchasni medychni tekhnolohiyi. – 2011. – № 3-4. – S.195-198.
4. Dronov O.I. Sklad zhovchi u khvorykh na khronichnyy pankreatyt / O.I. Dronov, I.O. Koval's'ka, YU.P. Shvets' y dr. // Klin. khirurgiya. – 2013. – № 5. – S.14-17.
5. Sebastiano P. di. Pathophysiology of Chronic Damage / P. di Sebastiano, F. F. di Mola // 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. 63-69.
6. Vantini I. Chronic pancreatitis: clinical course, pancreatic insufficiency and metabolic consequences / I. Vantini, A. Amodio, A. Gabbrielli, C. Cristofori, L. Frulloni, L. Benini // 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.
7. Mynushkyn O.N. Khronicheskyy pankreatyt: épidemiyolohyya, étyolohyya, klasyfikatsyya // Farmateka. – 2007. – № 2. – S. 53-56.

8. 11. Maev Y.V. Klynycheskye rekomendatsyy po dyahnostyke y lechenyyu khronycheskoho pankreatyta / Y. V. Maev, V.T. Yvashkyn, A. N. Kazyulyn y dr.: Moskva, 2013. – 42 s.
9. Johnstone M. The diagnosis of chronic pancreatitis: A systematic review / M. Johnstone, R. Jackson, T. Hanna et al. // *Pancreatoogy*. – 2014. – Vol. 14, No. S3. – P. S41.
10. Kopchak V.M., Kopchak K.V., Pererva L.A., Duvalko A.V. Khyrurhycheskoe lechenye khronycheskoho pankreatyta // *Zdorov'ya Ukrainy* 27.02.2012 s. 18-19.
11. Yareshko V.H. Vybory metoda khyrurhycheskoho lechenyya khronycheskoho pankreatyta y eho oslozhnenyy / V.H.Yareshko, YU.A.Mykheev // *XXIII z'yzid khirurhiv Ukrainy. Zbirnyk naukovykh robit*. Kyiv, 2015. – S. 219-220.
12. Dobrov S.D. Zhelchnaya hypertenzya y bol'nykh khronycheskym pankreatytom / S.D. Dobrov, A.S. Polyakevych, E.M. Blahytko, H.N. Tolstykh // *Annaly khyrurhycheskoy hepatolohyy*. – 2012. – № 4. – S. 35, Büchler M.W. Duodenum preserving resection of the head of the pancreas: a standard procedure in chronic pancreatitis / M.W. Büchler, H.U. Baer, C. Seiler // *Chirurgie*. – 1997. – Aprl. 68 (4). – P. 364-368.
13. Büchler M.W. Duodenum preserving resection of the head of the pancreas: a standard procedure in chronic pancreatitis / M.W. Büchler, H.U. Baer, C. Seiler // *Chirurgie*. – 1997. – Aprl. 68 (4). – P. 364-368.
14. Rezolyutsyya Plenuma Pravlennyia Assotsyatsyy khyrurhov-hepatolohov Rossyy y stran SNH (Yzhevsk 19-20 aprelya 2012 h.) «Khronycheskyy pankreatyt» // *Annaly khyrurhycheskoy hepatolohyy*. – 2012. – T. 17, № 3. – S. 118-119.
15. Kopchak V.M. Khyrurhycheskaya anatomyya podzheludochnoy zhelezy / V.M.Kopchak, A.YU.Usenko, K.V.Kopchak, A.Y.Zelynskyi. – K: Yzdatel'skyi dom «Askanyia», 2011. – 141 s.
16. Hal'peryn É.Y. Otdalenyie rezul'taty yzolyrovannoy rezektsyy holovky podzheludochnoy zhelezy s dekompressyye pankreatycheskykh protokov u bol'nykh khronycheskym pankreatytom / É.Y.Hal'peryn, T.H.Dyuzheva, Y.A.Semenenko, H.H.Akhaladze, A.YU.Chevokyn // *Materyaly Plenuma pravlenyya Assotsyatsyy khyrurhov-hepatolohov Rossyy y stran SNH (19–20 aprelya 2012 hoda)*. – Yzhevsk. – S.13-15.
17. Hirota M. Long-period pancreatic stenting for painful chronic calcified pancreatitis required higher medical costs and frequent hospitalizations compared with surgery / M. Hirota, T. Asakura, A. Kanno // *Pancreas*. – 2011. – Aug., Vol. 40 (6). – R. 946-950.
18. Agarwal A.K. Significance of splenic vein thrombosis in chronic pancreatitis / A. K. Agarwal, K. Raj Kumar, S. Agarwal [et al.] // *American Journal of Surgery*. – 2008. – Aug., Vol. 196 (2). – R. 149-154.
19. Ramesh H. Surgical management of chronic pancreatitis with portal hypertension – a 19-year experience / H. Ramesh, G. Jacob, A. Venugopal [et al.] // *Surgery*. – 2008. – Feb., Vol. 143 (2). – R. 252-258.
20. Bockhorn M. Chronic pancreatitis complicated by cavernous transformation of the portal vein: contraindication to surgery? / M. Bockhorn, F. Gebauer, D. Bogoevski [et al.] // *Surgery*. – 2011. – Mar., Vol. 149 (3). – R. 321-328.
21. Ramesh H. Surgical management of chronic pancreatitis with portal hypertension – a 19-year experience / H. Ramesh, G. Jacob, A. Venugopal [et al.] // *Surgery*. – 2008. – Feb., Vol. 143 (2). – R. 252-258.
22. Dominques-Munoz E. Clinical pancreatology for practising gastroenterologists and surgeons / E. Dominques-Munoz. – Blackwell: Publishing Ltd., 2008. – 535 p.
23. Pat. 93960 Ukrainy, MPK A 61V 17/00. Sposib khirurhichnoho likuvannya khronichnoho pankreatytu, uskladnenoho obturatsiynoyu zhovtyanytseyu / I. M. Shevchuk, A. D. Khrunyk, V. I. Pylypchuk, M. B. Fedorkiv (Ukrayina). – № u 2014 04410; zayavl. 24.04.14; opubl. 27.10.14. Byul № 20.
24. Pat. 109547 Ukrainy, MPK A 61V 17/00. Sposib vymiryuvannya tysku v zahal'niy zhovchovyvidniy prototsi / V. I. Pylypchuk, V. M. Kopchak, I. M. Shevchuk (Ukrayina). – № u 2016 02279; zayavl. 10.03.16; opubl. 25.08.16. Byul № 16.

УДК 616.37-002-06-089

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Пылыпчук В.И., Галюк В.М.

Ивано-Франковский национальный медицинский университет, кафедра хирургии №2 и кардиохирургии, г. Ивано-Франковск, Украина, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3754-4592>, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1754-5317>, e-mail: surgery2@ifnmu.edu.ua

Резюме. Проведен анализ результатов обследования и лечения 182 больных хроническим панкреатитом (ХП). В 43,9 % больных имели место четко выраженные симптомы повреждения смежных органов, вызванные хроническим панкреатитом. Чаще всего встречалась билиарная гипертензия (БГ).

В 99 (54,4 %) больных выполнено операции резекционных типа. Операции дренирующего типа проведено в 77 (42,3 %) больных. У 6 (3,3 %) больных с тяжелой сопутствующей патологией выполнены симптоматические операции.

У больных, в которых выявлены нарушения функции смежных органов, операции резекционных типа были применены в 76,3 % случаев.

При изучении отдаленных результатов лучше оказались показатели качества жизни у больных, перенесших резекционных операции на ПЖ. Проведенные объективные исследования, лабораторные и данные УЗИ указывали на отсутствие у пациентов признаков нарушений функции смежных органов в отдаленные сроки после операции.

Хронический панкреатит является тяжелым заболеванием, при котором в 15,1 % имеются признаки экзокринной недостаточности ПЖ, в 79,2 % – экзокринной недостаточности, а в 43,9% – симптомы нарушения функции смежных органов.

Отсутствие четко сформулированных показаний к оперативному вмешательству хронического панкреатита приводит его длительное и малоэффективное консервативное лечение, часто приводит к запоздалой госпитализации в хирургический стационар и в конечном итоге – к не всегда положительным результатам операции.

Основными методами хирургического лечения больных ХП считаем резекционные, которые нами использованы в 54,3 % случаев, однако у пациентов с нарушением функции смежных органов удельный вес таких оперативных вмешательств возрастает до 76,3 %.

Ключевые слова: хронический панкреатит, билиарная гипертензия, диагностический алгоритм, хирургическое лечение, отдаленные последствия.

UDC 616.37-002-06-089

MODERN ASPECTS OF DIAGNOSTIC AND SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC PANCREATITIS COMPLICATED FORM

V.I. Pylypchuk, V.M. Galyuk

Ivano-Frankivsk National Medical University, Department of Surgery №2 and cardiac surgery, Ivano-Frankivsk, Ukraine, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3754-4592>, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1754-5317>, e-mail: surgery2@ifnmu.edu.ua

Abstract. At present there is a steady increase in the incidence of chronic pancreatitis (CP), in the world it is 3.1-8

cases, in European countries - there are 4-8 cases, prevalence is - 25 cases per 100 thousand of population.

There is currently no clear consensus on the optimal method of diagnostics and the use of various methods of study of the CP, and even more so with affected adjacent organs. Indications for surgical treatment of CP are not sufficiently defined.

The aim of the study was to improve the results of diagnostics and surgical treatment of patients with complicated forms of CP with a disorder of the function of adjacent organs.

The analysis of the results of the examination and treatment of 182 patients with CP was performed. 43.9% of patients had clear symptoms of damage to neighboring organs caused by chronic pancreatitis. Most often there was biliary hypertension.

On the basis of the comprehensive BH study, the sensitivity of the instrumental methods for detection of BH in CP was determined. The obtained data indicate the high sensitivity of the methods of ERCHP, MRCHP, CT and IOM BP.

Methods of surgical treatment of CP included drainage, resection and indirect (palliative) surgical interventions.

In 99 (54.4%) patients resection-type operations were performed. The operations of the drainage type were performed in 77 (42.3%) patients. In 6 (3.3%) patients with severe concomitant pathology there were performed symptomatic operations.

In patients with the disorders of the function of adjacent organs, resection-type operations were used in 76.3% of cases.

In the study of long-term results, the quality of life indicators in patients who undergone resection operations on pancreas were the best ones. The performed objective studies, laboratory and ultrasound data indicated that patients had no signs of abnormalities in adjacent organs in the long-term period after surgery.

Chronic pancreatitis is a serious illness in which 15.1% have signs of endocrine insufficiency of the pancreas, 79.2% have exocrine insufficiency, and 43.9% have symptoms of abnormalities in the function of adjacent organs.

The absence of well-defined indications for surgical intervention of chronic pancreatitis leads to its long and ineffective conservative treatment, often leads to delayed hospitalization in the surgical hospital and, ultimately, - to not always positive results of the operation.

The main methods of surgical treatment of patients with CP are resection, which we used in 54.3% of cases, but in patients with a violation of the functions of adjacent organs, the specific weight of such irregular interferences increases to 76.3%.

Keywords: chronic pancreatitis, biliary hypertension, diagnostic algorithm, surgical treatment, long-term consequences.

Стаття надійшла в редакцію 16.07.2018 р.