

УДК 616-006.3.04-089:611.14-089

© В. Т. ПОЛИЩУК, І. М. НЕВМЕРЖИЦЬКИЙ, І. П. КУДІН

Житомирська обласна клінічна лікарня ім. О. Ф. Гербачевського

Досвід хірургічного лікування хронічного панкреатиту

V. T. POLISHCHUK, I. M. NEVMERZHITSKY, I. P. KUDIN

Zhytomir Regional Clinical Hospital by O. F. Herbachevsky

CLINICAL EXPERIENCE OF TREATMENT OF CHRONIC PANCREATITIS

У панкреатичному центрі на базі Житомирської обласної клінічної лікарні проведено аналіз хворих, прооперованих з приводу хронічного панкреатиту за період з 2010 до 2013 року. Умовно операції поділяли на малоінвазивні, резекційні та органозберігаючі. Проведено аналіз ускладнень та підраховано післяопераційну летальність після кожного виду операційних втручань.

In surgical centre of Zhytomir Regional Clinical Hospital medical cards of patients, which were operated, in case of chronic pancreatitis were analyzed in period from 2010 to 2013 years. Conditionally we divided all operations into maloinvasive, resectionable and organ preserving. We analyzed complications and postoperative mortality after each kind of operation. On the base of this work we made conclusions In order of chronic pancreatitis treatment effectiveness.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Хронічний панкреатит (ХП) – це хронічне, тривалістю понад 6 міс. прогресивне захворювання, що характеризується запально-дистрофічними і, меншою мірою, некротичними змінами в підшлунковій залозі; порушенням прохідності її проток, повторними загостреннями і поступовим заміщенням паренхіми органа сполучною тканиною з розвитком його екзо- й ендокринної недостатності. Захворюваність на хронічний панкреатит у різних країнах Європи становить від 4 до 8 випадків на 100 000 населення на рік, а поширеність захворювання – 250–500 хворих на 100 000 населення. Частота хронічного панкреатиту серед інших захворювань органів травлення становить 6–9 % і має тенденцію до зростання [3].

До основних ускладнень хронічного панкреатиту відносять:

- утворення кіст та кальцифікатів підшлункової залози;
- розширення протоки підшлункової залози з утворенням у ній конкрементів (камінців) – вірсунголітіаз та вірсунгоектазія;
- при стенозі (звуженні) жовчної протоки, яка проходить через підшлункову залозу, можлива жовтяниця (механічна жовтяниця);
- розвиток гострого панкреатиту (навіть панкреонекрозу – гостре відмирання частини або всієї залози);
- диспепсичний синдром – порушення травлення;
- больовий синдром;

– астеновегетативний синдром – психічні розлади [1, 2].

Матеріали і методи. У панкреатичному центрі на базі Житомирської обласної клінічної лікарні проведено аналіз хворих, прооперованих з приводу хронічного панкреатиту за період з 2010 до 2013 року. Операції поділяли на малоінвазивні, резекційні та органозберігаючі. Також проведено аналіз ускладнень у ранньому післяопераційному періоді та віддалених результатів.

Результати досліджень та їх обговорення. За період з 2010 до 2013 року в хірургічному стаціонарі Житомирської обласної клінічної лікарні було прооперовано 275 хворих на різні форми хронічного панкреатиту. У 2010 р. – 67 хворих, в 2011 р. – 63 особи, в 2012 р. – 77 пацієнтів, в 2013 р. прооперовано 68 хворих. При несформованих псевдокістах сальникової сумки перевагу віддавали малоінвазивним методам лікування. За наведений період було виконано 45 (16,3 %) пункцій під контролем УЗД, 25 (9,0 %) лапароскопічних дренажів черевної порожнини. У 15 хворих з псевдокістами невеликих розмірів для досягнення задовільних результатів достатньо було поєднання пункцій під контролем УЗД з консервативною терапією. У 30 хворих з кістозними структурами великих розмірів та при повторному скопиченні рідини в просвіті кісти проводили повторні пункції, а при можливості виконували зовнішнє дренажування кісти. У 12

хворих, у яких не вдалося досягти задовільних результатів, були виконані відкриті операційні втручання. 205 (74,5 %) хворих прооперовано відкритим методом. З них прямі втручання на підшлунковій залозі виконано у 162 (79,0 %) хворих, непрямі, відповідно, у 43 (30,0 %) хворих. Прямі хірургічні втручання на ПЗ поділяли на резекційні та органозберігаючі [6]. Резекційні втручання виконано у 35 (21,6 %) пацієнтів. Гастропанкреатодуоденальні резекції – 14 пацієнтів, панкреатодуоденальні резекції зі збереженням ворота шлунка – 7 хворих, дистальні резекції підшлункової залози виконано у 12 пацієнтів. Органозберігаючі втручання на ПЗ виконано у 127 (78,4 %) пацієнтів, а саме – секторальні, або парціальні резекції (операція Beger) – 20 хворих, панкреатосюностомія з площинною резекцією головки ПЗ (операція Freil) – 1, ізольоване видалення панкреатичних кіст – 1. Дренуючі операції на підшлунковій залозі: зовнішнє дронування кісти – 38, панкреатоентероанастомоз – 25, цистоентероанастомоз – 21, цистодуоденоанастомоз – 10, цистогастроанастомоз – 12. Непрямі втручання при ХП були виконані у тих пацієнтів, стан яких не дозволяв розширити об'єм операції через супутню патологію у стані декомпенсації, або у хворих з позапанкреатичними ускладненнями ХП. Так, холецистосюностомія виконана у 4 хворих, холецистектомія – у 4, а в 1-го пацієнта з компресією дванадцятипалої кишки була доповнена гастроентероанастомозом, холецистостомія – у 8 хворих, з них у 2-х пізніше виконано поздовжню панкреатосюностомію та резекцію головки ПЗ за Бегером [4, 7].

Рівень післяопераційних ускладнень склав 14,9 % (41 хворий). Після резекційних операцій – у 31 (88,5 %) хворого, 10 з яких потребували релапаротомії на вимогу: з приводу післяопераційної внутрішньочеревної кровотечі – 4 хворих, неспроможності швів панкреатоентероанастомозу – 5 хворих, у 1-го хворого неспроможність швів гастроентероанастомозу. У 21 хворого були такі ускладнення, які не потребували операційних втручань, а саме: пневмонії – 6, нагноєння післяопераційної рани – 7, панкреатичні нориці – 3, жовчна нориця – 2, анастомозит – 3. Після орга-

нозберігаючих операцій виникло 10 ускладнень, що становить 11,5 %; 2 з них потребували релапаротомії на вимогу з приводу післяопераційної внутрішньочеревної кровотечі. Ускладнення, які не потребували операційних втручань, були такі: пневмонії – 4, нагноєння післяопераційної рани – 2, панкреатична нориця – 2. Після малоінвазивних втручань ускладнень не було.

Післяопераційна летальність за вказаний період становила 17 хворих (6,1 %). У 2010 р. – 3 хворих, 2011 р. – 4, 2012 р. – 6, в 2013 р. – 4 хворих. Після резекційних операцій померли 6 пацієнтів (35,2 %), 2 хворих (11,8 %) – органозберігаючі операції, 6 пацієнтів (35,2 %) склали хворі після дренуючих операцій на ПЗ, 3 (17,8 %) – хворі, яким були виконані непрямі хірургічні втручання при ХП. Безпосередньою причиною смерті у більшості хворих була СПОН, яка виникла внаслідок неспроможності швів анастомозів з подальшим розвитком перитоніту та інтоксикації, гострого післяопераційного панкреатиту та некрозів'я, спричиненого рецидивуючими арозивними кровотечами. У 2-х хворих причиною смерті була ТЕЛА [5].

Висновки. Проведений аналіз роботи панкреатичного центру за період з 2010 до 2013 року доводить значну перевагу пункційних, малоінвазивних та органозберігаючих методів хірургічного лікування ХП перед резекційними операціями на ПЗ. Основними показаннями до резекційних втручань були великі розміри головки ПЗ з компресією дванадцятипалої кишки та холедоха, які клінічно проявлялись порушенням пасажу по ШКТ в стадії субкомпенсації та жовтяницею, виражений больовий синдром. Враховуючи досвід лікування кістозних форм ХП, доведена доцільність початку лікування з пункційного дронування кіст під контролем ультразвуку. Перевагами органозберігаючих операцій перед резекційними є менша травматичність, низький рівень післяопераційних ускладнень, швидке відновлення функцій шлунково-кишкового тракту. При аналізі віддалених результатів – органозберігаючі операції мали перевагу через відсутність інвалідації щодо видаленого органа, зовнішньо- та внутрішньосекреторної недостатності підшлункової залози.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ничитайло М. Ю. Псевдокісти підшлункової залози, ускладнені кровотечею: епідеміологія, патогенез, діагностика, лікування / М. Ю. Ничитайло, Ю. В. Снопко, Ю. О. Хілько // Клінічна хірургія. – № 1. – 2009. – С. 57–61.
2. Вибір хірургічної тактики при псевдокістах підшлункової залози, ускладнених кровотечею / О. І. Дронов, Е. А. Дрючина, А. І. Горлач, О. А. Скомаровський // Клінічна хірургія. – 2009. – № 7–8. – С. 25.
3. Тотальная дуоденопанкреатэктомия / М. И. Кузин, Д. Ф. Благовидов, Д. С. Саркисов [и др.] // Хирургия. – 1982. – № 6. – С. 17–21.
4. Лядов В. К. Прогностические факторы при резектабельном раке поджелудочной железы / В. К. Лядов, Й.-Маттиас Лер., Оке Андрен.-Сандберг. – М. : Медпрактика, 2010.
5. Данилов М. В. Хирургия поджелудочной железы / М. В. Данилов, В. Д. Федоров. – М. : Медицина, 1995. – 506 с.
6. Методика панкреатодуоденальной резекции и тотальной дуоденопанкреатэктомии / М. В. Данилов, В. С. Помелов, В. А. Вишневский [и др.] // Вестник хирургии. – 1990. – 506 с.
7. A pancreatic pseudocyst associated with three simultaneous hemorrhagic complications / A. Brouquet, J. Lefevre, B. Terris [et al.] // (Paris). – 2007. – Vol. 144. – № 4. – P. 336–338.

Отримано 10.04.14