

УДК 616-089+616.37-002+616.367

© І. М. ШЕВЧУК, В. І. ПИЛИПЧУК, С. М. ГЕДЗИК

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"

## Безпосередні та перші віддалені результати хірургічного лікування ускладнених форм хронічного панкреатиту з протоковою гіпертензією

I. M. SHEVCHUK, V. I. PYLYPCHUK, S. M. HEDZYK

SHEI "Ivano-Frankivsk National Medical University"

### DIRECT AND FIRST-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF CHRONIC PANCREATITIS WITH DUCTAL HYPERTENSION

Впродовж 2009–2014 рр. прооперовано 57 хворих на ускладнені форми хронічного панкреатиту з протоковою гіпертензією. До першої групи включили 45 хворих, яким виконали відкриті операційні втручання. До другої групи включили 12 хворих, яким провели ендоскопічні транспапільярні втручання на протоці підшлункової залози. Поздовжню панкреатосюностомію виконали у 28 (62,2 %) хворих, операцію Фрея – у 16 (35,6 %), операцію Бегера у бернській модифікації – в 1 пацієнта. Померли 2 (4,4 %) хворих. При ендоскопічних втручаннях вірсунголітоекстракцію з попередньою балонною пневмодилатацією без стентування протоки підшлункової залози проведено у 4, стентування з балонною пневмодилатацією при стриктурах протоки підшлункової залози – у 6, стентування при дефекті протоки підшлункової залози – у 2 хворих. Всі хворі живі. Після застосування відкритих методів хірургічного лікування добрі і задовільні результати відзначили у 66,6–94,3 % пацієнтів, зменшення больового синдрому – у 38,9–77,8 %, стійкий клінічний ефект – у 75 % хворих. Після ендоскопічних транспапільярних втручань добрі і задовільні результати відзначили у 100 % хворих, зменшення больового синдрому – у 83,3–100 %, стійкий клінічний ефект – у 100 %, відсутність потреби у проведенні відкритого втручання – у 100 % хворих.

During 2009–2014 it was operated 57 patients on the complicated forms of chronic pancreatitis with ductal hypertension. The first group included 45 patients whom it was fulfilled the «open» surgery. The second group included 12 patients whom it was conducted endoscopic transpapillary interventions on pancreas duct. Longitudinal pancreatoyunostomy was performed in 28 (62.2 %) of patients, operation by Frey – in 16 (35.6 %), operation by Beger in Bern modification – in 1 patient, 2 (4.4 %) patients died. By endoscopic interventions pancreas duct extraction with previous balloon delatation without pancreatic duct stenting was performed in 4 patients, stenting with balloon delatation with pancreatic duct strictures -in 6 patients, stenting by pancreatic duct defect – in 2 patients. All patients are alive. After application of the open method of surgical treatment good and satisfactory results were noted in 66.6 – 94.3 % of patients, pain decrease – in 38.9 – 77.8 % of patients, sustained clinical effect – in 75 % of patients. After endoscopic transpapillary interventions good and satisfactory results noted in 100 % of patients, pain decrease - in 83.3 – 100 % of patients, sustained clinical effect – in 100 % of patients, no need for an open interventions - in 100 % of patients.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** В Україні та Росії захворюваність на хронічний панкреатит (ХП) коливається від 25 до 50 випадків на 100 000 населення. Ранні ускладнення ХП розвиваються у 30 % хворих, пізні – в 70–85 %; впродовж 5 років помирають 6,3 % хворих на ХП, 10 років – 30 %, 20 років – близько 50 % хворих [1, 2, 3].

У Європі рівень захворюваності на ХП наприкінці 90-х років минулого століття коливався від 8,0 до 26,4 на 100 000 населення. Найвищий рівень захворюваності був відмічений у Фінляндії (23 випадки на 100 000 населення) і Франції (26,4 випадку на 100 000 населення), а найнижчим цей показник був у Швейцарії (8 випадків на 100 000 населення) [4].

Через неефективність консервативного лікування та розвиток різноманітних ускладнень хірургічної допомоги потребують від 4 до 9 % хворих. Відкриті операційні втручання при ускладнених формах ХП є доволі складними і травматичними та можуть супроводжуватися не завжди задовільними безпосередніми і віддаленими результатами. Так, за даними ряду авторів, після поздовжньої панкреатосюностомії (ППСС) стійкий больовий синдром залишається у 15–30 % прооперованих хворих [5, 6].

На сьогодні розпрацьовано методики проведення міні-інвазивних ендоскопічних транспапільярних втручань на протоці підшлункової залози (ППЗ) у хворих на ХП, ускладнений вірсунгоктазією, вірсунголігіазом, препапільярною стриктурою ППЗ та ін. [7, 8, 9].

За даними окремих авторів, після проведення ендоскопічних транспапільярних втручань на ППЗ у хворих із ХП впродовж 5 років задовільні клінічні результати стентування коливалися від 72 до 99 %, зменшення больового синдрому відзначали 75–94 % хворих, стійкий клінічний ефект відзначали 51–81 % хворих. Разом з тим, близько 24 % хворих на ХП, яким проводили ендоскопічні транспапільярні втручання на ППЗ, потребували відкритого операційного втручання [10].

У вітчизняній літературі відсутні дані щодо оцінки ефективності ендоскопічних транспапільярних втручань на ППЗ при ускладнених формах ХП та порівняння їх результатів з відкритими методиками проведення операцій при ХП із протоковою гіпертензією.

**Мета роботи:** оцінити власні безпосередні та перші віддалені результати застосування ендоскопічних транспапільярних втручань на протоці підшлункової залози та відкритих операційних втручань у лікуванні хворих на ускладнені форми хронічного панкреатиту з протоковою гіпертензією.

**Матеріали і методи.** У відділенні загальної хірургії Івано-Франківської обласної клінічної лікарні впродовж 2009–2014 рр. прооперовано 57 хворих на ускладнені форми ХП із протоковою гіпертензією. Хворих розподілено на 2 групи за характером проведених операційних втручань. До першої групи включили 45 хворих, яким виконані відкриті операційні втручання, серед них 43 (95,5 %) чоловіки, 2 (4,5 %) жінки віком від 21 до 63 років (група I). До другої групи включили 12 хворих, яким проведено ендоскопічні транспапільярні втручання на ППЗ, серед них 10 (83,3 %) чоловіків і 2 (16,7 %) жінки віком від 22 до 57 років (група II).

Всім хворим при госпіталізації та після операції проводили загальноприйнятні лабораторні та інструментальні методи обстеження. Найбільше практичне значення для діагностики змін з боку підшлункової залози (ПЗ) і навколишніх органів мали УСГ, ЕГДФС, ЕРПХГ та спіральна КТ із контрастним підсиленням. Віддалені результати операційного лікування оцінювали за адаптованим опитувальником SF-36. При виконанні роботи користувалися класифікацією ХП, запропонованою академіком О. О. Шалімовим (1997). Зміни ППЗ за результатами, отриманими під час проведення ЕРПХГ, оцінювали за Кембриджською класифікацією.

**Результати досліджень та їх обговорення.** В 1-й групі у 19 (42,2 %) із 45 хворих встановлено характерні для ХП скарги тривалістю від 1 до 5 років і більше, 36 (92,3 %) пацієнтів неодноразово

лікувалися в терапевтичних та хірургічних відділеннях, 6 (13,3 %) хворих були прооперовані з приводу панкреонекрозу. В 24 (53,3 %) пацієнтів при госпіталізації відзначали гіпо- і диспротеїнемію (загальний білок в сироватці крові <65 г/л), у 21 (46,6 %) – анемію різного ступеня, у 8 (17,8 %) – гіперглікемію (максимально до 12 ммоль/л), у 10 (22,2 %) – гіпербілірубінемію, з них у 3-х пацієнтів загальний білірубін в сироватці крові перевищував 100 ммоль/л, у 3 (6,7 %) хворих відзначали ознаки хронічної дуоденальної непрохідності.

При УСГ вірсунгоектазію від 5 до 8 мм мали 29 хворих, від 8 до 10 мм – 11 пацієнтів, понад 10 мм – 2 хворих. У 3 (6,7 %) пацієнтів діагностовано інтрапанкреатичну кісту в ділянці головки ПЗ. У 92 (64,4 %) осіб візуалізовано конкременти в паренхімі ПЗ.

Поздовжню панкреатоєюностомію виконано у 28 (62,2 %) хворих. Основним показанням до проведення ППЄС вважали наявність фіброзного ХП з вірсунгоектазією, вірсунголітіазом за відсутності фіброзно-дегенеративних змін і збільшення розмірів головки ПЗ.

Операцію Фрея проведено у 16 (35,6 %) хворих. Основним показанням до цього виду втручань слугував фіброзно-дегенеративний ХП за наявності збільшеної в розмірах і фіброзно зміненої головки ПЗ, вірсунгоектазія, множинні конкременти в ППЗ і паренхімі ПЗ. У 3 хворих операцію Фрея доповнили анастомозом із загальною жовчною протокою (ЗЖП) на ізольованій петлі за Ру в зв'язку з біліарною гіпертензією. У 2 пацієнтів на реконструктивному етапі формували панкреатоєюнодуоденоанастомоз на ізольованому сегменті тонкої кишки за В. М. Копчаком. Операцію Бегера в бернській модифікації провели в одного хворого.

Після операції померли 2 хворих, яким виконали операцію Фрея (післяопераційна летальність – 4,4 %). Причиною смерті була кровотеча з ділянки панкреатоєюнодуоденоанастомозу і недостатність швів (1) та гостра серцево-судинна недостатність (1).

В 2-й групі тривалість “панкреатичного анамнезу” складала від 2 міс. до 7 років. У минулому з приводу гострого некротичного панкреатиту лікувалися 6 (50 %) із 12 хворих, з них 3 були прооперовані (лапаротомія, панкреатосеквестректомія, дренажування нагноєних заочеревинних рідинних скупчень, міжпетлевих гнояків та ін). При госпіталізації гіперглікемію встановлено у 2 (16,6 %) хворих (максимально до 10 ммоль/л). Ознаки хронічної дуоденальної непрохідності та обтураційної жовтяниці були відсутні. Жодному хворому даної групи ендоскопічних втручань на позапечіткових жовчних шляхах чи ППЗ раніше не проводили.

При УСГ у 4 хворих діагностовано вірсунголітіаз, у 5 – множинні кальцинати в паренхімі ПЗ, у 3 – псевдокісту ПЗ. Вірсунгоектазію верифіковано у 12 пацієнтів. З них у 7 – від 5 до 8 мм, у 4 – 8–10 мм, в одного хворого – 12 мм. Серед 3 хворих із псевдокістою ПЗ дефект у ППЗ діагностовано в одного, стриктуру ППЗ на рівні перешийка ПЗ – в одного пацієнта, вірсунголітіаз із препапілярною стриктурою – в одного хворого. За Кембриджською класифікацією, зміни з боку ППЗ ІV типу встановлено у 6 хворих, ІІІ типу – у 3 пацієнтів, ІІ а типу – у 2 хворих, ІІ в типу – в одного хворого.

Ендоскопічні транспапілярні втручання на ГПП вважаємо доцільним виконувати за відсутності грубих морфологічних змін паренхіми ПЗ при формах ХП, які супроводжуються протоковою гіпертензією.

У хворих із діаметром ППЗ до конкремента меншим, ніж розміри самого конкремента, чи при наявності препапілярної стриктури для успішної літоекстракції проводили попередню балонну пневмодилатацію. При діаметрі конкрементів у ППЗ більше 10 мм вірогідність успішної літоекстракції низька. Так само при конкрементах, які розміщені у дистальних відділах ППЗ, технічно складно провести успішну літоекстракцію. У хворих зі щільною ПЗ, вираженими фіброзно-дегенеративними змінами чи масивними кальцифікатами в паренхімі головки ПЗ проведення транспапілярних втручань на ППЗ вважаємо недоцільним. Стентування ППЗ показано при порушенні цілісності протокової системи ПЗ, стриктурах, які супроводжуються вірсунгоектазією, псевдокістах ПЗ, які сполучаються з ППЗ, а також після проведення балонної пневмодилатації.

Серед 12 хворих вірсунголітоекстракцію з попередньою балонною пневмодилатацією без стентування ППЗ проведено у 4 пацієнтів, стентування з балонною пневмодилатацією при стриктурах ППЗ – у 6 осіб, стентування при дефекті ППЗ – у 2 хворих.

Операційне втручання проводили під комбінованим загальним знеболюванням. У положенні хворого на лівому боці виконували ЕРПХГ, контрастували ЗЖП і ППЗ. У випадках, коли ППЗ не контрастувався, проводили атипичну папілотомію. Для цього голчастим папілотомом від устя фатерового сосочка відкривали ампулу ВДС до візуалізації сфінктера ППЗ. Після цього струнним папілотомом чи катетером для холангіографії проводили катеризацію і контрастування ППЗ. Наступним кроком було виконання адекватної вірсунготомії.

У випадках невідповідності діаметра проксимального сегмента ППЗ діаметру конкремента для успішної літоекстракції проводили попередню балонну пневмодилатацію. Для цього по нітіоловому провіднику в ППЗ вводили ендоскопічний балон,

діаметр якого відповідав діаметру конкремента. У просвіт ендоскопічного балона вводили йодовмісний водорозчинний контрастний розчин “Тріомб-раст” до повного розправлення балона, що контролювали при рентгеноскопії. Після видалення ендоскопічного балона здійснювали літоекстракцію за допомогою кошика Дорміа.

При встановленні показань до стентування ППЗ (стриктура, порушення цілісності протокової системи, псевдокісти ПЗ, які сполучаються з ППЗ) після селективної канюляції ППЗ виконували адекватну вірсунготомію. В ППЗ встановлювали нітіоловий провідник, який проводили дистальніше від стриктури. По провіднику вводили ендоскопічний балон діаметром 4–6 мм і здійснювали балонну пневмодилатацію. За відсутності ендоскопічного балона можливе застосування бужів діаметром 8–12 F, залежно від діаметра ППЗ проксимальніше від місця стриктури. Після адекватної дилатації по провіднику в ППЗ встановлювали стент, який проводили дистальніше стриктури чи дефекту ППЗ (патент на корисну модель № 83026) [11].

Для стентування ППЗ використовували пластикові стандартні стенти фірми “Balton” (Польща) типу “pig tail” діаметром від 8 до 10 Fr. Вибір стентів зумовлений відсутністю можливості міграції в проксимальному напрямку по ППЗ.

Після проведення ендоскопічних транспапілярних втручань на ППЗ ускладнення виникли у 4 (33,3 %) із 12 хворих. Ранні ускладнення виникли у 3 пацієнтів. Помірну кровотечу з місця папілотомії відзначали у 2 осіб, гострий холангіт – в однієї хворої. Кровотечу з місця папілотомії було ліквідовано консервативними заходами. У хворої з післяопераційним холангітом у комплексному лікуванні застосували додаткове стентування ЗЖП. Пізні ускладнення у вигляді міграції стента у просвіт кишечника діагностували на 14-й день в одного хворого. Зважаючи на відсутність скарг, від повторного стентування утримались.

Тривалість перебування хворих на стаціонарному лікуванні після виконання ендоскопічних транспапілярних втручань на ППЗ коливалася від 2 до 10 днів (у середньому – 5,9 дня). Всі хворі живі.

Віддалені результати відкритих операційних втручань прослідкували у 18 (40 %) із 45 хворих в терміни від 1 до 3 років. Стан свого здоров'я на час заповнення анкети як “добрий” оцінили 5 (27,7 %) хворих, “посередній” – 12 (66,6 %) пацієнтів, “поганий” – один хворий. Після операційного лікування “стан здоров'я значно кращий” – в одного хворого, “дещо кращий” – у 13 (28,9 %) пацієнтів, “без змін” – у 3 (6,7 %) осіб, “значно гірший” – в одного хворого. “Відсутність обмежень фізичних наванта-

жень” після операційного втручання відзначили 9 (50 %) хворих, “деякі обмеження” – 5 (27,7 %) пацієнтів, “значні обмеження” – 4 (8,9 %) хворих. “Дуже незначний біль” за останні 4 тижні відмічали 7 (38,9 %) хворих, “незначний” – 7 (38,9 %) пацієнтів, “помірний” – 4 (8,9 %) хворих. Біль “незначно впливав на повсякденну роботу” у 12 (75 %) пацієнтів, “помірно впливав” – у 4 (8,9 %) хворих, “не впливав” і “не дозволяв нормально займатись щоденною роботою” – по одному хворому.

Терміни віддаленого спостереження за 12 хворими, які перенесли ендоскопічні транспапілярні втручання на ППЗ, склали від 6 до 18 міс. Больовий синдром був відсутній у 10 (83,3 %) хворих, 2 пацієнти скаржились на періодичний помірний біль у надчеревній ділянці. Всі хворі відзначали, що захворювання не обмежувало їх працездатності. За весь період спостереження в хірургічні стаціонари опитуваних хворих не госпіталізували і будь-які операції з приводу ХП їм не проводили.

Таким чином, після застосування відкритих методів хірургічного лікування ХП добрі і задовільні результати відзначили у 66,6–94,3 % хворих, зменшення больового синдрому – у 38,9–77,8 % пацієнтів, стійкий клінічний ефект – у 75 % хворих. Після ендоскопічних транспапілярних втручань на ППЗ добрі і задовільні результати відзначили у 100 % хворих, зменшення больового синдрому – у 83,3–100 %, стійкий клінічний ефект – у 100 %, відсутність потреби у проведенні відкритого втручання – у 100 % пацієнтів.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Губергриц Н. Б. Метаболическая панкреатология / Н. Б. Губергриц, А. Н. Казюлин. – Донецк : ООО “Лебедь”, 2011. – 464 с.
2. Маев И. В. Болезни поджелудочной железы : практическое руководство / И. В. Маев, Ю. А. Кучерявый. – М. : ГОЭТАР-Медгиз, 2009. – 736 с.
3. Мишушкин О. Н. Хронический панкреатит: эпидемиология, этиология, классификация / О. Н. Мишушкин // Фарматека. – 2007. – № 2. – С. 53–56.
4. Эпидемиология и этиология хронического панкреатита / С. И. Третьяк, С. М. Рацинский, Н. Т. Рацинская, Д. А. Авдевич // Здоровоохранение. – 2010. – № 1. – С. 53–56.
5. 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.
6. Хирургическое лечение хронического панкреатита / В. М. Копчак, И. В. Хомяк, Д. А. Чеве́рдюк [та ін.] // Харківська хірургічна школа. – 2009. – № 2.1 (33). – С. 124–125.
7. Опыт эндоскопического стентирования главного панкреа-

Ми не розглядаємо ендоскопічні транспапілярні втручання на ППЗ у хворих з ускладненими формами ХП як альтернативу відкритим втручанням. Важлива їх перевага полягає в можливості більш раннього застосування, коли ще немає прямих показань до операційного лікування, але можливості консервативного лікування вже вичерпані. На нашу думку, виконані за чіткими показаннями ендоскопічні втручання на ППЗ можуть розглядатися як перший етап лікування. Вони також можуть стати остаточним методом лікування у хворих із тяжкими супутніми захворюваннями, яким через високий ступінь операційного ризику відкриті операційні втручання на ПЗ проводити не можна. Другим етапом у лікуванні хворих на ускладнені форми ХП, за відсутності ефекту від ендоскопічного лікування, слід розглядати відкриті операційні втручання.

**Висновки.** Ендоскопічні транспапілярні втручання на протоці підшлункової залози у хворих на хронічний панкреатит із протоковою гіпертензією слід вважати першим етапом хірургічного лікування через низький ступінь інвазивності. Ендоскопічні транспапілярні втручання на головній панкреатичній протоці при хронічному панкреатиті можуть стати остаточним методом хірургічного лікування у хворих із тяжкими супутніми захворюваннями з високим ступенем операційного ризику. Відкрите операційне втручання слід розглядати як другий етап у хірургічному лікуванні хворих, у яких ендоскопічне втручання технічно провести неможливо чи воно було неефективним.

8. The role of endoscopy in the therapy of chronic pancreatitis / A. Tringali, I. Boskoski, G. Costamagna // Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. – 2008. – Vol. 22. – P. 145–165.
9. Diagnostic and therapeutic endoscopy of pancreas and biliary tract / W. K. Enriquez // Rev. Gastroenterol. Mex. – 2006. – Vol. 71, Suppl. 1. – P. 36–38.
10. Endoscopic versus Surgical Drainage of the Pancreatic Duct in Chronic Pancreatitis / Djuna L. Cahen, Dirk J. Gouma, YungNio [et al.] // The New England Journal of Medicine – 2007. – Vol. 15. – P. 676–680.
11. Пат. 83026 Україна, МПК А 61В 17/00. Спосіб ендоскопічної літоекстракції конкрементів з головної панкреатичної протоки / І. М. Шевчук, С. М. Гедзик, А. Д. Хруник, Т. М. Дзвонковський (Україна). – № u 201302155; заявл. 21.02.2013; опубл. 27.08.2013, Бюл. № 16.

Отримано 12.03.14