



О.С. Каніковський,  
І.В. Павлик, Ю.П. Гнатюк,  
Фатімі Саїд Хусейн,  
А.В. Осадчий

Вінницький національний  
медичний університет  
ім. М.І. Пирогова

© Колектив авторів

## РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

**Резюме.** Проаналізовано результати хірургічного лікування 164 хворих на хронічний панкреатит, ускладнений синдромом панкреатичної гіпертензії. Встановлено, що зовнішня декомпресія кісти підшлункової залози супроводжується у 86,7 % формуванням зовнішньої панкреатичної нориці, яка у 17,8 % не закривається самостійно і у 16,2 % при самостійному закритті супроводжується рецидивом кісти, що загалом обумовлює неефективність цих методів для корекції панкреатичної гіпертензії у 34,0 %. Внутрішня декомпресія не супроводжується збільшенням кількості післяопераційних ускладнень і летальності й дозволяє уникнути формування у післяопераційному періоді зовнішньої панкреатичної нориці, а також зменшує частоту рецидиву кісти до 2,3 %. При відсутності кісти ефективним методом декомпресій системи проток підшлункової залози є панкреатоєюностомія за Gray-Izbicky, яка дозволяє зменшити кількість рецидивів панкреатичної гіпертензії на 11,1 %.

**Ключові слова:** хронічний панкреатит, панкреатична гіпертензія, кісти підшлункової залози.

### Вступ

В останні роки стрімко зростає захворюваність на хронічний панкреатит. В Україні виявляють на 5-6 тисяч хворих на хронічний панкреатит більше, ніж у попередні роки протягом останніх 10 років і у 2012 році на диспансерному обліку знаходяться більше 125 000 хворих [4], серед яких 4-20 % потребують хірургічного лікування [1]. У європейських країнах за останні 40 років пройшов дворазовий приріст захворюваності, яка складає 5-7 нових випадків на 100 тис. населення [6, 7, 8, 10]. Незадовільні результати консервативного і оперативного лікування різних форм хронічного панкреатиту пов'язані в першу чергу з рецидивом панкреатичної гіпертензії, і, як наслідок, больового синдрому і розвитком ускладнень [2, 3, 6, 7, 11].

Серед клініцистів не викликає суперечки необхідність декомпресії системи проток підшлункової залози, як основного чинника ефективності лікування хворих на хронічний панкреатит, проте залишаються не уточненими терміни і покази до виконання різних методів хірургічних втручань, в тому числі малоінвазивних [5, 9, 12].

### Мета роботи

Покращити результати хірургічного лікування хворих на хронічний панкреатит, ускладнений синдромом панкреатичної гіпертензії шляхом обґрунтування вибору методу оперативної корекції.

### Матеріали та методи досліджень

В хірургічній клініці медичного факультету № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова протягом 2000-2013 рр. проведено хірургічне лікування 164 хворих на хронічний панкреатит, ускладнений синдромом панкреатичної гіпертензії. У 128 виконано трансабдомінальну оперативну корекцію панкреатичної гіпертензії. У 63 хворих нами були застосовані малоінвазивні оперативні втручання. У 36 (57,1 %) випадках обмежилися малоінвазивними втручаннями, проте у 27 (42,9 %) малоінвазивні втручання доповнювалися традиційними трансабдомінальними методами хірургічної корекції.

У 128 хворих виконали трансабдомінальну оперативну корекцію панкреатичної гіпертензії, чоловіків – 98, жінок – 30, середній вік  $46,0 \pm 13,7$  років. У віковому діапазоні 30-59 років було 73,4 % (відповідно до класифікації ВООЗ люди молодого (до 45 років) і зрілого (від 45 до 59 років) віку).

Відповідно до Марсельсько-Римської класифікації хронічного панкреатиту (1989) кальцифікуючу форму діагностовано у 11 хворих, обструктивну – у 9, запальну – у 3, фіброз підшлункової залози – у 12, ретенційні і псевдокісти – у 93. Супутні захворювання діагностовано у 108 (84,4 %) хворих.

У 63 хворих нами були застосовані малоінвазивні оперативні втручання. У 36 (57,1 %) випадках обмежилися малоінвазивними втручаннями, у 27 (42,9 %) малоінвазивні втручан-



ня доповнювалися традиційними методами хірургічної корекції. Серед обстежених хворих чоловіків – 47, жінок – 16, середній вік  $55,2 \pm 12,7$  років. Відповідно до форми хронічного панкреатиту кальцифікуючу форму діагностували у 5 хворих, обструктивну – у 24, запальну – у 2, фіброз підшлункової залози – у 20, ретенційні і псевдокісти кісти – у 12.

Вибір методики хірургічної декомпресії системи проток підшлункової залози залежав від форми хронічного панкреатиту. Для оцінки ефективності корекції больового синдрому використовували опитувальник SF-36 показник «інтенсивність болю» (P) та візуально-аналогову шкалу (ВАШ).

### Результати досліджень та їх обговорення

Серед використаних методів зовнішньої декомпресії (45) застосували у 12 зовнішнє дренування кісти підшлункової залози і у 33 зовнішнє-внутрішнє дренування. Показом до зовнішньої декомпресії був ускладнений перебіг кісти (нагноєння) і важкий стан хворих (більше 30 балів за системою APACHE II). За розміром кісти малі були у 4 пацієнтів, середні – у 27, великі – у 14. Виключно зовнішнє дренування кісти (12) виконали хворим із малими (4) і середніми (8) за розміром кістами. Зовнішнє-внутрішню декомпресію (33) виконали хворим із середніми (19) і великими (14) за розміром кістами. Перший ступінь панкреатичної гіпертензії був – у 3 хворих, другий – у 2, третій – у 4, серед яких – у 5 виконано внутрішньо-зовнішню декомпресію. Не дивлячись на те, що зовнішню декомпресію вважали мінімальним за обсягом оперативним втручанням, післяопераційна летальність серед цих хворих склала 6,7 % (3). Післяопераційні ускладнення виникли у 3 хворих, серед яких тромбоемболія легеневої артерії (1), синдром поліорганної недостатності (2). У 19 хворих були поєднанні методики зовнішньої декомпресії кісти із хірургічною корекцією дуоденостазу (14) та патології жовчовивідних шляхів (5). Інші симультанні операції виконані у 3 хворих. У одного хворого із ретропанкреатичною кістою головки підшлункової залози зовнішня декомпресія кісти була доповнена панкреатоєюностомією за Frey-Izbicky.

Серед оперованих хворих із зовнішньою декомпресією у 39 (86,7 %) на момент виписки зі стаціонару продовжувала функціонувати зовнішня панкреатична нориця. Протягом перших шести місяців післяопераційного періоду нориця перестала функціонувати у 7 (15,6 %) хворих. Ще у 30 (66,6 %) нориця самостійно закрилася протягом двох років. Натомість більше двох років після операції зовнішня нориця функціонувала у 8 ( $17,8 \pm 6,1$  %) хворих. Крім

того, серед 37 хворих, у яких нориця закрилася самостійно, рецидив кісти протягом трьох років виник у 6 ( $16,2 \pm 6,1$  %). Рецидив больового синдрому ( $P=7,1 \pm 0,22$ , ВАШ= $7,7 \pm 0,31$ ) протягом двох років констатовано у 4 з 9 ( $44,4 \pm 16,6$  %) хворих, яким виконали тільки зовнішнє дренування кісти. Загалом, серед 39 хворих рецидив больового синдрому констатовано у 7 ( $17,9 \pm 6,1$  %).

Внутрішня декомпресія кісти виконана у 76 хворих, серед яких у 33 була поєднана із зовнішньою. Середні кісти діагностовано у 51, великі – у 25. Виключно внутрішню декомпресію (43) виконали хворим на середні (32) і великі (11) кісти. Цистоеюностомію за Roux виконали 37 (48,7 %), цистоеюностомію із заглушкою привідної петлі – у 32 (42,1 %) (у 18 був застосований розроблений метод заглушки привідної петлі (Патент на корисну модель № 39289 від 25.02.2009 р.), цистодуоденостомію у 7 (9,2 %). Летальних випадків не було. У 23 хворих були поєднанні методики внутрішньої декомпресії кісти із хірургічною корекцією дуоденостазу (15) та патології жовчовивідних шляхів (18). Інші симультанні операції виконані 9 хворим. Протягом трьох років (44) рецидив кісти і панкреатичної гіпертензії виник у одного хворого (2,3 %), що потребувало повторної хірургічної корекції. В той же час у 43 ( $97,7 \pm 2,1$  %;  $p < 0,001$ ) пацієнтів рецидиву кісти протягом цього терміну не було. Рецидив больового синдрому був у 3 ( $6,8 \pm 2,1$  %) хворих, що було причиною їх повторної госпіталізації для проведення курсу консервативного лікування. Проте, цей показник був меншим, порівняно із хворими, яким виконали тільки зовнішню декомпресію ( $44,4 \pm 16,6$  %;  $t=2,3$ ;  $p < 0,05$ ).

Панкреатоєюностомія для корекції панкреатичної гіпертензії виконана 33 хворим. Серед обстежених кальцифікуючий хронічний панкреатит діагностовано у 11, обструктивний – у 9, фіброз підшлункової залози – у 12, запальний – у одного хворого. При розширеній панкреатичній протоці – у 11 хворих виконали поздовжню панкреатоєюностомію, у 5 – панкреатоєюностомію за Frey-Izbicky. При відсутності ознак розширення панкреатичної протоки або її «кістозне» розширення («низка озер») виконували панкреатоєюностомію за Frey-Izbicky (9). У одного хворого із панкреатоплевральною норицею був сформований панкреатоєюноанастомоз за Frey-Izbicky із роз'єднанням і висіченням норицевого ходу. При зовнішній панкреатичній нориці (3) із показниками внутрішньопротокового тиску  $560 \pm 25$  мм H<sub>2</sub>O після висічення норицевого ходу був сформований панкреатоєюноанастомоз за Frey-Izbicky на виключеній петлі за Roux. У 4 хворих при ретропанкреатичній локалізації кісти підшлункової залози було виконано по-



здвожню панкреатоеюностомію з цистопанкреатоеюностомією за Кадошуком Т.А. У двох хворих разом із методами внутрішньої декомпресії системи проток підшлункової залози при ознаках біліарної гіпертензії і механічної жовтяниці виконали холедоходуоденоанастомоз. У 27 хворих перед трансабдомінальною оперативною корекцією панкреатичної гіпертензії виконували ендоскопічну папілосфінктеротомію. Післяопераційні ускладнення виникли у 3 (9,1 %) хворих. Повторно оперовано одну хвору з приводу післяопераційного гострого некротичного панкреатиту. Летальних випадків не було.

Аналіз віддалених результатів був проведений у 24 хворих протягом 6 – 36 місяців. Рецидив панкреатичної гіпертензії був у одного (11,1 %) хворого (18 місяців) після поздовжньої панкреатоеюностомії (9). Натомість після застосування методики декомпресії за Gray-Izbicky (15) рецидиву клінічних і інструментально-лабораторних виявів панкреатичної гіпертензії ми не констатували. Відповідно до показників опитувальника SF-36 у оперованих хворих на хронічний панкреатит із формування панкреатоеюноанастомозу через 6 місяців і більше показник «інтенсивність болю» (P) склав  $3,2 \pm 0,19$ , що було меншим, порівняно із передопераційними показниками ( $5,3 \pm 0,5$ ;  $p < 0,05$ ).

Серед малоінвазивних оперативних методик використали ендоскопічну папілосфінктеротомію (35), ендоскопічну літоекстракцію (3), ендоскопічне назобіліарне дренажування (24), ендоскопічна дилатація головної панкреатичної протоки (5), пункцію і дренажування під контролем ультрасонографії порожнистих утворень черевної порожнини (9), закриття торакастомію і дренажуванням плевральної порожнини (32), лапароскопічне дренажування черевної порожнини (5), адбоміноцентез (22). Всього 63 хворим виконано 135 малоінвазивні оперативні втручання. Необхідно зазначити, що у 58 (92,0 %) хворих були застосовані дві і більше малоінвазивної методики. Крім того у 21 (33,3 %) хворого малоінвазивні методики передували трансабдомінальним втручанням, а у 6 (9,6 %) були використані у післяопераційному періоді.

У 35 хворих, яким виконали ендоскопічну папілосфінктеротомію, обструктивну форму хронічного панкреатиту діагностовано у 19, фіброз підшлункової залози у 16. У всіх цих хворих було діагностовано папілостеноз. У 28 хворих папілосфінктеротомію доповнювали проведенням ЕРХПГ. Назобіліарне дренажування було виконано 24 (68,6 %) хворим. У 3 виконана також ендоскопічна літоекстракція із загальної жовчної протоки і у 1 (2,9 %) ендоскопічна дилатація головної панкреатичної

протоки. Обмежилися даною малоінвазивною методикою декомпресії системи проток підшлункової залози у 31 ( $88,6 \pm 5,4$  %) хворого, серед яких у 16 ( $51,6 \pm 8,9$  %) був констатований суттєвий клінічний ефект, а 15 (48,4 %) не дивлячись на незначне покращення утрималися від трансабдомінальної корекції.

Необхідно зазначити, що при обструктивній формі хронічного панкреатиту дане малоінвазивне втручання було ефективне у  $66,7 \pm 11,1$  % (12 з 18), в той час, як при фіброзній тільки у 4 з 17 ( $23,5 \pm 10,3$  %;  $p < 0,05$ ). При розширені панкреатичної протоки (за результатами інструментальних методів дослідження) в ділянці голівки підшлункової залози (11) ефективність папілосфінктеротомії склала 72,7 % (8), тоді, як при переважному ураженні тіла і хвоста залози (7) – тільки 57,1 % (4). Необхідно зазначити, що у 5 хворих при розширені протоки в ділянці голівки залози була виконана ендоскопічна дилатація головної панкреатичної протоки (у 4 в поєднанні із ендоскопічною папілосфінктеротомією).

Виконання папілосфінктеротомії у хворих на фіброзний хронічний панкреатит, ускладнений синдромом панкреатичної гіпертензії дозволяло провести санацію позапечіночних жовчних шляхів і корекцію біліарної гіпертензії, натомість декомпресія системи проток підшлункової залози була неефективна. Відповідно до даних ВАШ зменшення перед операційних показників з  $8,3 \pm 0,4$  до  $2,1 \pm 0,2$ , як показника ефективного зменшення больового синдрому в наслідок декомпресії системи проток підшлункової залози, констатовано у  $66,7 \pm 11,1$  % хворих при розширені панкреатичної протоки (обструктивна форма хронічного панкреатиту) і  $23,5 \pm 10,3$  % фіброзній формі ( $p < 0,05$ ).

### Висновки

1. Застосування малоінвазивних методів корекції панкреатичної гіпертензії дозволяє покращити результати комплексного лікування хворих на хронічний панкреатит, ускладнений синдромом панкреатичної гіпертензії.

2. Зовнішня декомпресія у 86,7 % закінчується формуванням зовнішньої панкреатичної нориці, яка у 17,8 % не закривається самостійно і у 16,2 % при самостійному закритті супроводжується рецидивом кісти, що загалом обумовлює неефективність цих методів для корекції панкреатичної гіпертензії у 34,0 %.

3. Внутрішня декомпресія не супроводжується збільшенням кількості післяопераційних ускладнень та летальності і дозволяє уникнути формування у післяопераційному періоді зовнішньої панкреатичної нориці, а також зменшує частоту рецидиву кісти до 2,3 %.



4. При відсутності кісти ефективним методом декомпресій системи проток підшлункової залози є панкреатоєюностомія за Fray-

Izbicky, яка дозволяє зменшити кількість рецидивів панкреатичної гіпертензії на 11,1 %.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Діагностика та лікування псевдокіст підшлункової залози, ускладнених механічною жовтяницею. / В.Г. Ярешко, Ю.О. Міхеєв, І.В. Криворучко, С.Г. Живиця // Львівський медичний часопис. – 2010. – № 4, Vol.16. – С. 75-77.
2. Хирургическое лечение хронического панкреатита / В.М. Копчак, И.В. Хомяк, Д.А. Чевердюк [та ін.] // Харківська хірургічна школа. – 2009. – № 2. – С. 124-125.
3. Шалимов А.А. Опыт лечения хронического панкреатита / А.А. Шалимов, В.М. Копчак, И.М. Тодуров // Материалы Междунар. конф. хирургов, посвящ. 80-летию проф. В.В. Виноградова. – М., 2000. – С. 126-127.
4. Шевчук І.М. Хірургічне лікування хворих з ускладненими формами хронічного панкреатиту / І.М. Шевчук, М.Г. Шевчук, С.А. Кримець // Львівський медичний часопис. – 2010. – № 4, Vol. 16. – С. 54-57.
5. Дронов О.І. Еволюція уявлень про фіброз та цироз підшлункової залози / О.І. Дронов, Є.А. Крючина, А.І. Горлач // Хірургія України. – 2008. – № 2. – С. 79-87.
6. Beger H.G., Diseases of the Pancreas. / H.G. Beger, S. Matsuno, J.L. Cameron // Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2008. – 949 p.
7. Buchler M. W. Diseases of the pancreas: acute pancreatitis, chronic pancreatitis, neoplasms of the pancreas, 2004 / M.W. Buchler, W. Uhl, P. Malfertheiner, M.G. Sarr. – 212 p.
8. Ishihara T., Efficacy of s-type stents for the treatment of the main pancreatic duct stricture in patients with chronic pancreatitis. / T. Ishihara, T. Yamaguchi, K. Seza [et. al.] // Scand J Gastroenterol 2006; – Vol. 41 – P. 744-750.
9. Frey C.F. Surgery of chronic pancreatitis / C.F. Frey, D.K. Andersen // Am J Surg. – 2007. – № 194 (4A). – P. 53-60.
10. Izbiki J.R. Surgical treatment of chronic pancreatitis and quality of life after operation / J.R. Izbiki, C Bloechle, W.T. Knoefel // Surg. Clin. North Am. – 1999. – Vol. 79, № 4. – P. 913-944.
11. Navaneethan U. Recent advancements in the pathogenesis of pain in chronic pancreatitis: the argument continues. / U. Navaneethan, J. Venkataraman – Minerva Gastroenterol Dietol. – 2010. – Vol. 5 (1). – P. 55-63.
12. Pancreatic ductal drainage by endoscopic ultrasound-assisted rendezvous technique for pain caused by ductal stricture with chronic pancreatitis. Das K., Kitano M., Komaki T. [et. al.] // Dig Endosc. – 2010 Jul; – Vol. 22 (3) – P. 217-219.



РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ  
ОСЛОЖНЕННЫХ  
ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО  
ПАНКРЕАТИТА

*О.Е. Каниковский,  
И.В. Павлик, Ю.П. Гнатюк,  
Фатими Саид Хусейн,  
А.В. Осадчий*

**Резюме.** Проанализированы результаты хирургического лечения 164 больных хроническим панкреатитом, осложненным синдромом панкреатической гипертензии. Установлено, что внешняя декомпрессия кисты поджелудочной железы сопровождается у 86,7 % формированием внешнего панкреатического свища, который в 17,8 % не закрывается самостоятельно и в 16,2 % при самостоятельном закрытии сопровождается рецидивом кисты, что в целом обуславливает неэффективность этого метода для коррекции панкреатической гипертензии у 34,0 %. Внутренняя декомпрессия не сопровождается увеличением количества послеоперационных осложнений, летальности и позволяет избежать формирования внешнего панкреатического свища, а также уменьшает частоту рецидива кисты до 2,3 %. При отсутствии кисты эффективным методом декомпрессии системы протоков поджелудочной железы является панкреатоjejunоанастомозия по Fray-Izbicky, которая позволяет уменьшить количество рецидивов панкреатической гипертензии на 11,1 %.

**Ключевые слова:** *хронический панкреатит, панкреатическая гипертензия, кисты поджелудочной железы.*

RESULTS OF TREATMENT  
OF COMPLICATED FORMS  
OF CHRONIC PANCREATITIS

*O.E. Kanikovskiy,  
I.V. Pavlyk, U.P. Hnatyuc,  
Fatimi Saeed Hussein,  
A.V. Osadchy*

**Summary:** Results of surgical treatment of 164 patients with chronic pancreatitis, complicated by syndrome of pancreatic hypertension. Found that external decompression of cysts of the pancreas accompanied in 86,7 % of external pancreatic fistula formation, which at 17,8 % is not closed on their own and in 16,2 % with self-closing accompanied by recurrent cysts which generally causes inefficiency of these methods for correcting pancreatic hypertension in 34,0 %. Internal decompression is not accompanied by an increase in the number of postoperative complications and mortality and avoids the formation of postoperative external pancreatic fistula, and reduces the frequency of recurrence of the cyst to 2,3 %. In the absence of cyst for decompression of pancreatic ducts use pancreatojejunоanastomosis by Fray-Izbicky, which reduces the recurrent number of pancreatic hypertension in 11,1 %.

**Key words:** *chronic pancreatitis, pancreatic hypertension, cysts of the pancreas.*