

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ПРОБЛЕМУ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

В. М. Копчак, В. І. Пилипчук, С. В. Андронік, Л. О. Перерва

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ,
Івано—Франківський національний медичний університет

MODERN INSIGHTS INTO THE PROBLEM OF SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC PANCREATITIS

V. M. Kopychak, V. I. Pylpchuk, S. V. Andronik, L. O. Pererva

Незважаючи на значні досягнення в панкреатології, ХП є актуальною проблемою хірургічної гастроентерології, що зумовлене поширенням захворювання, частота якого становить 10 — 30 на 100 000 населення. У розвинутих країнах ХП помітно "помолодшав", вік пацієнтів, у яких діагностують це захворювання, зменшився з 50 до 39 років, на 30% збільшилась кількість жінок [1]. Поширення ХП за даними патологоанатомічного дослідження від 0,01 до 5,4%, у середньому 0,3 — 0,4%. Частота виникнення захворювання постійно збільшується внаслідок вживання алкоголю, завдяки поліпшенню методів діагностики частота виявлення алкогольного ХП збільшилася з 40 до 75% [1, 2]. Ранні ускладнення ХП виявляють у 30% хворих, пізні — у 70 — 85%; протягом 5 років вмирають 6,3% хворих на ХП, 10 років — 30%, 20 років — майже 50% [2, 3]. Первинну інвалідність встановлюють 15% хворим на ХП, при цьому в цілому захворювання ПЗ є причиною інвалідизації 10,9% пацієнтів при захворюваннях органів травлення [4].

Від 4 до 9% хворих з приводу ХП показане хірургічне втручання [5], проте, хірургічне лікування ХП є складною і не вирішеною проблемою гастроентерології.

Показання до оперативного лікування ХП визначені неостаточно. Як правило, питання про оперативне втручання виникає за наявності стійкого больового синдрому, що не піддається консервативній терапії, та вираженої недостатності екзокринної функції ПЗ [6]. Оперативне втручання показане за наявності

Реферат

Проаналізовані результати хірургічного лікування 290 хворих з приводу хронічного панкреатиту (ХП). Операція Фрея виконана у 125 хворих, в 11 — доповнена накладанням білідигестивних анастомозів у зв'язку з біліарною гіпертензією. Панкреатодуоденальна резекція (ПДР) виконана у 8 хворих, Бернська модифікація операції Бегера та дистальна резекція підшлункової залози (ПЗ) — по 6, поздовжня панкреатоеюностомія — у 69. У 46 хворих з приводу зрілих псевдокіст (ПК) ПЗ виконана цистоєюно— та цистопанкреатоеюностомія, у 6 — ендоскопічна цистогастро— та цистодуоденостомія, у 7 — зовнішнє дренивання кісти. У 17 пацієнтів з приводу непрохідності дванадцятипалої кишки (ДПК) чи біліарної системи накладені обхідні анастомози.

Ключові слова: хронічний панкреатит; протока підшлункової залози; операція Фрея; поздовжня панкреатоеюностомія.

Abstract

Results of surgical treatment of 290 patients, suffering chronic pancreatitis, were analyzed. Frey's operation was performed in 125 patients, and in 11 — the biliodigestive anastomoses formation was added for biliary hypertension. Pancreaticoduodenal resection was performed in 8 patients, the Bern's modification of Beger's operation and distal pancreatic resection — in 6 for each, longitudinal pancreaticojejunostomy — in 69. In 46 patients, suffering ripe pancreatic pseudocysts, a cystojejunostomy and cystopancreatojejunostomy were performed, in 6 — endoscopic cystogastrostomy and cystoduodenostomy, in 7 — external drainage of the cyst. In 17 patients, suffering duodenal or the biliary system impassability, a bypass anastomoses were formatted.

Key words: chronic pancreatitis; pancreatic duct; Frey's operation; longitudinal pancreaticojejunostomy.

клінічних проявів ХП та морфологічних змін ПЗ, коли консервативна терапія неефективна та існує загроза виникнення ускладнень [5].

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовані результати лікування 290 хворих з приводу ускладнених форм ХП у відділі хірургії підшлункової залози та реконструктивної хірургії жовчних проток у 2009 — 2013 рр. Чоловіків було 240 (82,8%), жінок — 50 (17,2%). Вік пацієнтів від 13 до 72 років, двоє пацієнтів були віком 13 і 14 років. У 57 (19,6%) хворих раніше виконані операції на органах панкреатобіліарної зони в різних хірургічних стаціонарах України, у 28 з них —

операції з приводу гострого деструктивного панкреатиту: у 2 — лапароскопічне дренивання при ферментному перитоніті; у 12 — лапаротомія з приводу панкреонекрозу, абсцесу сальникової сумки та заочеревинної флегмони; в 1 — люмботомія, дренивання заочеревинних панкреатичних флегмон; у 13 — зовнішнє дренивання гострої парапанкреатичної кісти, зокрема, у 7 — з використанням катетера "pig tail" під контролем ультразвукового дослідження (УЗД). У 19 хворих виконані операції з приводу ХП (у 7 — цистоентеростомія, у 4 — операція Фрея, у 7 — поздовжня панкреатоеюностомія, в 1 — цистодуоденостомія).

Тривалість існування ознак захворювання від 1 до 20 років. Проте,

під час більш ретельного опитування диспепсію хворі відзначали впродовж більш тривалого часу. Всі хворі скаржилися на біль у надчеревній ділянці різного характеру та інтенсивності. В усіх обстежених відзначали прояви астеновегетативного та диспептичного синдрому, що опосередковано свідчило про наявність недостатності екзокринної функції ПЗ.

Симптоми хронічної непрохідності ДПК чітко виражені у 8 (2,7%) хворих, ще у 54 (18,6%) — виявлена жовтяниця, пов'язана з патологічним процесом у головці ПЗ. У 3 хворих ознаки біліарної гіпертензії та хронічної непрохідності ДПК поєднувалися. Отже, у 59 (20,3%) хворих були чітко виражені симптоми ураження прилеглих органів черевної порожнини (ОЧП), спричиненого ХП. Гіперглікемія відзначена у 48 (16,6%) хворих, що свідчило про недостатність ендокринної функції ПЗ.

Всім хворим після госпіталізації проводили загальноприйнятні лабораторні та інструментальні дослідження, УЗД ОЧП та езофагогастроудоденофіброскопію. За даними УЗД, у 183 (63,1%) хворих виявлене дифузне чи локальне (переважно головки) збільшення ПЗ, у 192 (66,2%) — неоднорідна структура ПЗ, у 80 (27,5%) — інтрапанкреатичні кісти різних розмірів, у 112 (38,6%) — кальцифікати в тканині ПЗ. У 237 (81,7%) хворих відзначене розширення протоки ПЗ понад 4 мм, у 112 (38,6%) з них — її ширина становила від 8 до 16 мм, що свідчило про виражену протокову гіпертензію.

Ендоскопічну ультрасонографію, комп'ютерну томографію ОЧП з внутрішньовенним контрастуванням, магніторезонансну томографію ОЧП, магніторезонансну холангіопанкреатографію виконували за показаннями.

Обсяг і характер оперативних втручань залежали від клінічної ситуації, в тому числі стану хворого, вираженості змін у ПЗ, наявності ускладнень (див. таблицю).

Основними показаннями до виконання операції Фрея вважаємо

Операції, виконані з приводу ХП

| Операція | Кількість операцій | |
|---|--------------------|------|
| | абс. | % |
| Операція Фрея | 125 | 43,1 |
| з гепатикоєюностомією | 11 | 3,8 |
| модифікована | 14 | 4,8 |
| ПДР, ППДР | 8 | 2,7 |
| Бернська модифікація операції | 6 | 2,1 |
| Дистальна резекція ПЗ | 6 | 2,1 |
| Поздовжня панкреатоєюностомія | 69 | 23,8 |
| Цистоєюностомія | 26 | 8,9 |
| Цистопанкреатоєюностомія | 20 | 6,9 |
| Ендоскопічна цистогастро- та цистодуоденостомія | 6 | 2,1 |
| Зовнішнє дренивання ПК ПЗ | 7 | 2,4 |
| Накладання обхідних анастомозов | 17 | 5,9 |
| Разом ... | 290 | 100 |

Примітка. ППДР – пілорусзберігальна ПДР.

фіброз головки ПЗ та розширення протоки ПЗ без порушення функції ОЧП. Під час операції видаляли значну частину паренхіми головки ПЗ разом з дегенеративно—змінними нервовими волокнами та внутрішньопаренхіматозними кальцифікатами. Таким чином, видаляли безпосередньо "пейсмейкер" ХП. В 11 хворих операція Фрея доповнена накладанням гепатикоєюноанастомозу у зв'язку з біліарною гіпертензією.

В клініці запропонована та у 14 хворих цієї групи виконана модифікована операція Фрея, під час якої видаляли фіброзно—змінні тканини не тільки головки, а й тіла і хвоста ПЗ до задньої стінки її протоки. Таку операцію застосовували при ураженні усієї ПЗ.

ПДР виконана у 8 хворих (з них у 3 — ППДР). Показаннями до здійснення ППДР вважаємо ураження головки ПЗ з порушенням функції ОЧП, вираженим стенозом ДПК. За неможливості виключити онкологічне ураження в головці ПЗ виконували стандартну ПДР за Whipple.

Бернська модифікація операції Бегера застосована у 6 хворих при ХП головки ПЗ без розширення її протоки в тілі і хвості органа та без ураження ОЧП.

Дистальна резекція ПЗ виконана у 6 пацієнтів за локалізації пато-

логічного процесу у хвості ПЗ. Втручання здійснювали за наявності ізольованого фіброзного чи фіброзно—дегенеративного процесу у хвості ПЗ або при припущенні про наявність пухлинного процесу.

Поздовжня панкреатоєюностомія виконана у 69 хворих. Показаннями до її застосування вважаємо ізольований вірсунголітіаз, розширення протоки ПЗ без стенозу та оклозії дрібних проток та без значної фіброзної дегенерації головки ПЗ, або ХП з атрофією головки ПЗ та вірсунгоектазією.

У 59 хворих виконані операції з приводу ПК ПЗ. Під час визначення тактики лікування таких пацієнтів вирішальною є наявність зв'язку ПК з протокою ПЗ. Операція цистоєюностомії виконана у 26 хворих за сформованою стінкою ПК, яка сполучалася з протокою ПЗ, проте, протока не розширена. За наявності зв'язку ПК з протокою ПЗ та її розширенням виконували цистопанкреатоєюностомію (у 20 хворих).

У 6 хворих, у яких ПК ПЗ тісно прилягала до стінки шлунка чи ДПК, виконано ендоскопічну цистогастро— або цистодуоденостомію.

За відсутності зв'язку ПК з протокою ПЗ операцією вибору вважаємо зовнішнє дренивання ПК. При технічній можливості перевагу віддавали мініінвазивним втручанням (у 7 хворих).

У 17 пацієнтів оперативні втручання виконані з приводу непрохідності ДПК або біліарної системи. Вони передбачали накладання обхідних анастомозів. Через тяжкість стану хворих резекційні операції на ПЗ у них не виконували, холедоходуоденостомія здійснена у 8, гепатикоєюностомія — у 6, гастроентеростомія — у 2, гастроентеро— та гепатикоєюностомія — в 1.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Після операції померли 2 хворих (післяопераційна летальність 0,7%). Ускладнення виникли у 12 (4,1%) хворих, з них 3 (1%) оперовані повторно, в тому числі 2 — з приводу гострої шлунково—кишкової кровотечі з зони панкреатоеюноанастомозу, 1 — неспроможності швів панкреатоеюноанастомозу з формуван-

ням місцевого ферментного перитоніту.

Під час контрольного огляду пацієнтів у строки від 3 до 24 місяці після їх виписування з стаціонару больовий синдром відзначений у 28 (9,7%). За даними УЗД у 5 (6,2%) хворих зберіглася біліарна гіпертензія (розширення спільної жовчної протоки до 12 — 13 мм), хоча суб'єктивно скарг не було, а за даними біохімічного дослідження крові порушення функції печінки не виявлене. Причинами таких порушень вважаємо прогресування захворювання на тлі неадекватного виконання первинного оперативного втручання та асоціальної поведінки хворих.

ВИСНОВКИ

1. Резекційні операції з приводу ХП, зокрема, операція Фрея, Бернська модифікація операції Бегера, ПДР, ППДР, дистальна резекція ПЗ показані за наявності виражених фіброзно—дегенеративних змін в паренхімі органа, його збільшення, порушення функції ОЧП, неможливості виключити пухлинний процес.

2. Дренувальні операції з приводу ХП показані за наявності ПК ПЗ, ізольованого вірсунголітіазу, вірсунгоектазії без виражених фіброзно—дегенеративних змін в паренхімі органа.

3. За технічної можливості виконання дренувальних операцій перевагу слід віддавати мініінвазивним втручанням.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бордин Д. С. Рекомендации научного общества гастроэнтерологов России по диагностике и лечению хронического панкреатита / Д. С. Бордин // Эксперим. и клин. гастроэнтерология. — 2011. — № 7. — С. 122 — 129.
2. Губергриц Н. Б. Хронический алкогольный панкреатит / Н. Б. Губергриц, Г. М. Лукашевич. — М.: Б.и., 2010. — 54 с.
3. Маев И. В. Болезни поджелудочной железы: практ. руководство / И. В. Маев, Ю. А. Кучерявый. — М.: ГЭОТАР—Медиа, 2009. — 736 с.
4. Минушкин О. Н. Хронический панкреатит: эпидемиология, этиология, классификация / О. Н. Минушкин // Фарматека. — 2007. — № 2. — 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. Механическая желтуха. Хронический панкреатит / Р. М. Евтихов, В. А. Журавлев, А. М. Шулутко [и др.]. — Иваново: МИК, 1999. — 255 с.

