

© В.Г. Ярешко, Ю.О. Міхеєв, 2013

УДК: 616-089:616.37-002

В.Г. ЯРЕШКО, Ю.О. МІХЕЄВ

*Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України, кафедра хірургії та малоінвазивних технологій, Запоріжжя***ВИБІР СПОСОБУ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ**

Проаналізовано результати хірургічного лікування 77 пацієнтів з ускладненнями хронічного панкреатиту. За даними інструментальних методів у 92,2% хворих виявили фіброзно-дегенеративні зміни підшлункової залози різного ступеня вираженості, у 90,9% – протокову панкреатичну гіпертензію, у 74,0% – конкременти протоки підшлункової залози, кальцинати власне паренхіми – у 58,4%. Встановлено, що при обранні методу хірургічного лікування хронічного панкреатиту та його ускладнень слід керуватися характером змін паренхіми і протокової системи підшлункової залози та переважною локалізацією цих змін стосовно різних відділів підшлункової залози, також – наявністю біліарної і підпечінкової порталльної гіпертензії, порушення дуоденальної прохідності.

Ключові слова: хронічний панкреатит, поздовжня панкреатоєюностомія, операція Фрея, операція Бегера

Вступ. За останні роки в сучасній панкреатології підходи до основних методик хірургічного лікування хронічного панкреатиту (ХП) та його ускладнень кардинально не змінилися [1, 4]. Головним принципом відомих оперативних втручань при ХП є усунення панкреатичної внутрішньопротокової гіпертензії, що в більшості випадків позбавляє хворого болювого синдрому [1, 2]. Усунення гіпертензії досягається ізольованим формуванням панкреатодигестивних анастомозів, або доповненням їх резекцією дистальних або проксимальних відділів підшлункової залози (ПЗ) залежно від її топографо-анатомічного ураження [2, 3]. На жаль, ускладнення ХП різноманітні, а структурні зміни залози в різних її відділах бувають настільки відмінними, що неможливо обрати не тільки універсальну операцію, але навіть операцію, яка б одночасно ліквідувала ускладнення ХП та зберігала травлення. Обґрунтованість концепції «головка залози як водій ритму» для проксимальних резекцій потребує подальшого вивчення. Вибір способу резекції ПЗ визначається ступенем запальних та інфільтративних змін, характером панкреатичної та жовчної гіпертензії, наявністю кістозних утворень у голівці залози [1, 4]. В ідеалі операція на ПЗ повинна попередити основні ускладнення ХП, в кращому варіанті – не посилювати екзо- та ендокринну недостатність, супроводжуватись мінімальним відсотком післяопераційних ускладнень. Цим вимогам відповідають відомі паренхімозберігаючі операції, але хірурги в більшості випадків при виборі способу операції за мету обирають ліквідацію компресійних ускладнень ХП: біліарної і панкреатичної непрохідності, порталльної гіпертензії, порушень дуоденальної евакуації. За даними Н.Г. Beger (2008) [1], узагальнюючі показання до хірургічного лікування ХП сформульовані таким чином:

1. Інтенсивний абдомінальний біль, що не піддається консервативній терапії.

2. Панкреатит із запальною масою в голівці залози («pancreatitis with inflammatory mass in the

head of pancreas»), або так званий «головчатий панкреатит» («cephalic pancreatitis»).

3. Стеноз інтрапанкреатичного відділу спільної жовчної протоки.

4. Множинні звуження головної панкреатичної протоки.

5. Компресія ворітної печінкової та/або верхньої брижової вени.

Важкий стеноз дванадцятипалої кишки.

Персистуючі великі панкреатичні/парапанкреатичні псевдокісти після інтервенційного/ендоскопічного лікування.

Запальний процес, підозрілий на малігнізацію.

Тому вибір способу операції при ХП з огляду на різноманітність його ускладнень є, на наш погляд, надзвичайно актуальною і досі невирішеною проблемою.

Мета дослідження. Обґрунтувати вибір способу прямого хірургічного втручання на підшлунковій залозі в залежності від найвираженіших морфо-структурних змін власне залози, стану її протокової системи та інших ускладнень ХП.

Матеріали та методи. В хірургічній клініці Запорізької медичної академії післядипломної освіти з 2005 по 2011 роки прями оперативні втручання на ПЗ виконані у 77 хворих на ХП. З них чоловіків було 62 (80,5 %), жінок – 15 (19,5%). Вік хворих коливався від 26 до 58 років, і у середньому склав $43,8 \pm 1,9$.

До діагностичної програми входили рутинні лабораторні обстеження. Частині хворих для оцінки зовнішньосекреторної функції ПЗ визначали активність фекальної еластази-1. Ультразвукове дослідження та спіральна комп'ютерна томографія з внутрішньовенним підсиленням були обов'язковими для визначення показань до операції та обрання її об'єму. За відомими показаннями виконували ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію або черездренажні контрастні дослідження після інтервенційної сонографії (наприклад, після пункції та зовнішнього дренивання кісти).

Розподіл хворих на ХП за його ускладненнями представлений у таблиці 1.

Розподіл пацієнтів за основними ускладненнями ХП

| № | Критерій | Абс. | % |
|---|---|------|------|
| 1 | Протокова панкреатична гіпертензія | 70 | 90,9 |
| 2 | Конкременти протоки підшлункової залози | 57 | 74,0 |
| 3 | Кальцинати паренхіми залози | 45 | 58,4 |
| 4 | Біліарна гіпертензія | 18 | 23,4 |
| 5 | Фіброзні зміни паренхіми залози | 71 | 92,2 |
| 6 | Ретенційні та постнекротичні кісти | 36 | 46,7 |
| 7 | Портальна гіпертензія (підпечінкова) | 24 | 31,2 |
| 8 | Дуоденальна непрохідність | 7 | 9,1 |

Найчастіше практично однаковою кількістю у хворих визначали фіброзно-дегенеративні зміни підшлункової залози (92,2%) та різного ступеня вираженості протокову панкреатичну гіпертензію (90,9%), які у 74,0% пацієнтів супроводжувались конкрементами протоки підшлункової залози, а у 58,4% – кальцинатами самої паренхіми.

Ці найбільш істотні процеси в ПЗ приводили до утворення псевдо- та постнекротичних кіст майже у половини хворих, біліарної гіпертензії –

у 23,4%, портальної – у 31,2% пацієнтів. Відносно рідко (7 хворих) виявляли дуоденальну непрохідність, в основному – зумовлену псевдокістами в головці залози. Ці ускладнення, а також оцінка стадії морфо-структурних змін залози (гострих і підгострих, хронічних форм запалення), оцінка локалізації патологічних процесів з огляду на анатомічні відділи ПЗ визначали спосіб операції в процесі клінічного аналізу (табл. 2).

Таблиця 2

Види оперативних втручань при ХП

| Види операцій | Кількість | |
|-------------------------------------|-----------|------|
| | Абс. | % |
| Гастропанкреатодуоденальна резекція | 3 | 3,9 |
| Дистальна резекція ПЗ | 27(1)* | 35 |
| Операція Бегера | 5 | 6,5 |
| Операція Фрея | 26 | 33,8 |
| Поздовжня панкреатоєюностомія | 16(3)* | 20,8 |

* в тому числі поєднані з трансдуоденальною папілосфінктеромією та вірсунгопластикою

Ми вважаємо, що частота виконання гастропанкреатодуоденальної резекції в структурі операцій при ХП повинна бути невеликою, що і підтвердила невелика кількість таких операцій у нас – 3 (3,9%). Але онконастороженість і можливість використання трепан-біопсії під контролем ультрасонографії (нами здійснено понад 300 трепан-біопсій пухлин ПЗ) з можливістю доопераційного морфологічного заключення дозволили нам показаннями до гастропанкреатодуоденальної резекції вважати локалізацію псевдопухлини в головці ПЗ з чітко визначеними межами, округлу її форму, діаметр 5–7 см при нормальній структурі та розмірах дистальних відділів залози, відсутність розширення панкреатичної протоки і характерні клінічні прояви – різке зменшення маси тіла та стійкий больовий синдром. Виконання операцій типу Фрея або Бегера у таких пацієнтів не відповідає їх патогенетичній направленості та унеможливає їх технічне виконання.

Інші виконані операції відповідають принципам органозбереження, особливо в тих випадках, коли після прямих втручань на залозі усували панкреатичну гіпертензію трансдуоденальною транспаплярною корекцією.

Результати досліджень та їх обговорення. При виборі методу хірургічного втручання при ХП хірург повинен керуватися характером ускладнень захворювання, ступенем фіброзних змін ПЗ та їх локаліза-

цією стосовно анатомічних відділів залози, станом протокової системи та місцем її обструкції, розмірами та локалізацією конкрементів та кальцинатів. Ці складні для діагностики зміни повинні бути виявлені ще до операції – разом із вивченням функціонального резерву залози.

Чіткими показаннями до операції Бегера є: компресія спленопортomezентеріального венозного конгломерату із розвитком портальної гіпертензії, біліарна гіпертензія на ґрунті важких хронічних змін термінального відділу спільної жовчної протоки, переважне ураження головки ПЗ. Нами операція Бегера здійснена у 5 хворих, ускладнень та летальних випадків після неї не було.

Використання таких операцій, як дистальна резекція ПЗ, в хірургії ХП не можна вважати розповсюдженим. У наших 27 пацієнтів показанням до її виконання було хронічне фіброзно-дегенеративне ураження тіла та хвоста ПЗ переважно кістозного характеру без змін у головці і, звичайно, без панкреатичної гіпертензії в її проксимальних відділах. В одному випадку дистальна резекція ПЗ була доповнена трансдуоденальною папілосфінктеротомією (ПСТ) з вірсунгопластикою для ліквідації панкреатичної гіпертензії на рівні сфінктеру Одді. При цьому сама паренхіма головки та тіла залози не була фіброзно змінена, відповідно не було необхідності в створенні панкреатоєюноанастомозу. Схематично операція представлена на рисунку 1.

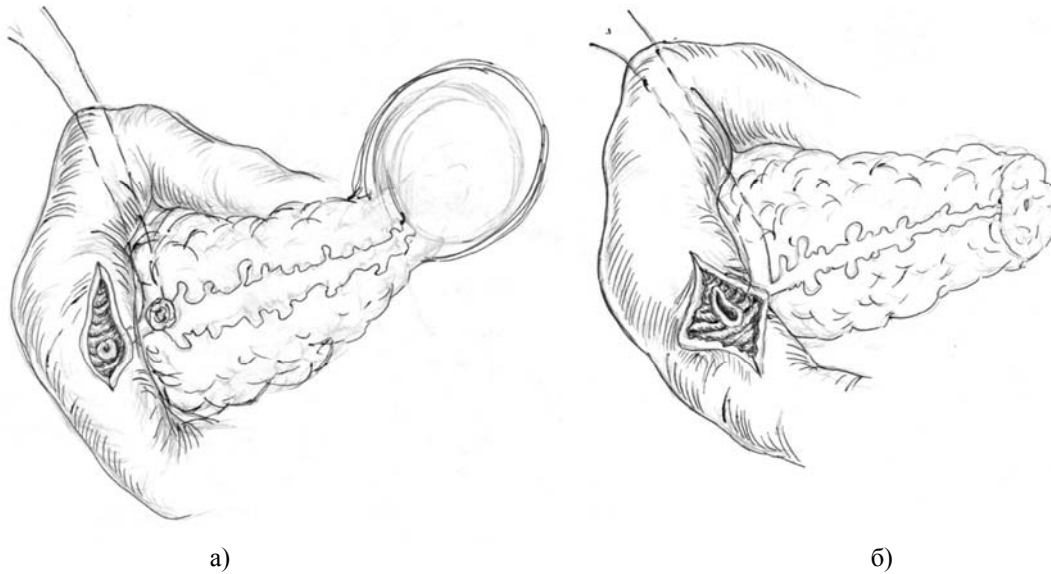


Рис.1 Схема операції дистальної резекції ПЗ, доповненої трансдуоденальною ПСТ та вірсунгопластиком: а) псевдокіста хвоста ПЗ з обструкцією на рівні гирла протоки підшлункової залози; б) кінцевий вигляд операції.

Поздовжня панкреатоеюностомія виконана нами у 16 хворих. Це втручання залишається найчастіше виконуваним, особливо за відсутності ознак стиснення позапечінкових жовчних проток, вен портоспленомезентеріального конfluence та дванадцятипалої кишки, оскільки воно ефективно усуває головну причину больового синдрому при ХП – внутрішньопротокову панкреатичну гіпертензію. Поздовжня панкреатоеюностомія за Partington-Rochelle часто буває єдиним способом лікування ХП, за умови потоншення і атрофії власне паренхіми ПЗ на тлі різко розширеної головної панкреатичної протоки.

Операція Фрея, яка поєднує у собі елементи як дренируючого, так і резекційного втручання, показана при ХП з переважним ураження головки та розширенням головної панкреатичної протоки. На відміну від операції Бегера, її виконання технічно простіше

через відсутність необхідності резекції перешийка ПЗ та створення додаткового панкреатоеюноанастомозу. При цьому, за рахунок площинної парціальної резекції паренхіми головки ПЗ, дрениються панкреатичні протоки 2-3 порядку. Таку операцію ми виконали у 26 хворих.

У трьох пацієнтів з переважним ураженням головки ПЗ, наявністю псевдокіст та кальцинатів та біліарною гіпертензією, для адекватної декомпресії поздовжню панкреатоеюностомію доповнили трансдуоденальною ПСТ з вірсунгопластиком. Перевагою втручання є його фізіологічність, яка досягається усуненням панкреатичної протокової гіпертензії від початку протоки підшлункової залози до її гирла, ліквідацією біліарної гіпертензії із збереженням ізольованого пасажу їжі через дванадцятипалу кишку.

Схема такої операції представлена на рисунку 2.

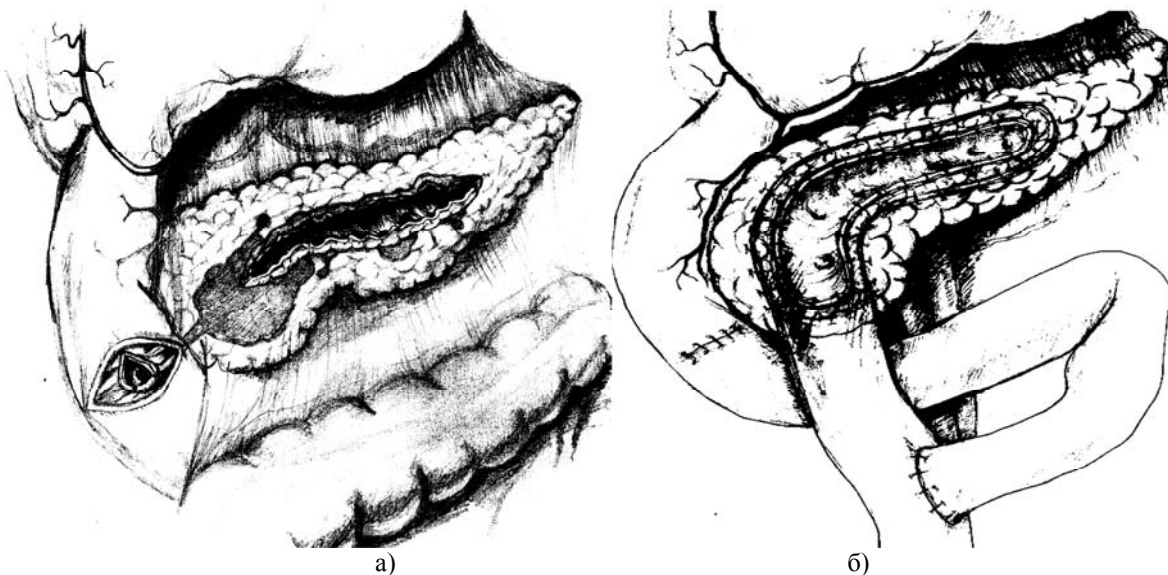


Рис. 2. Схема операції поздовжньої панкреатоеюностомії, доповненої трансдуоденальною ПСТ із вірсунгопластиком: а) поздовжня панкреатотомія з трансдуоденальною ПСТ, вірсунгопластиком; б) кінцевий вигляд після виконання панкреатоеюностомії.

Як ілюстрацію наведемо післяопераційну черездренажну холангіопанкреатографію, виконану після поздовжньої панкреатоєюностомії, доповненої трансдуоденальною ПСТ з вірсунгопластиком.

Власне дренаж послідовно проведений через куксу міхурної протоки, спільну жовчну протоку, ділянку трансдуоденальної ПСТ до панкреатоєюноанастомозу (рис. 3).



Рис. 3. Хворий О. Черездренажна холангіопанкреатографія після виконання поздовжньої панкреатоєюностомії, доповненої трансдуоденальною ПСТ та вірсунгопластиком

Задля профілактики післяопераційних ускладнень використовували прецизійне накладання анастомозів із ПЗ сучасними шовними матеріалами, антибіотикотерапію і периопераційне введення октреотиду.

Ускладнення в післяопераційному періоді відзначені у 5 (6,5%) хворих. Часткова неспроможність панкреатоєюноанастомозу була у 2 хворих після гастропанкреатодуоденальної резекції і 1 – після поздовжньої панкреатоєюностомії. Повторні операції у них не здійснювали, хворі видужали. Після дистальної резекції ПЗ у 2 хворих утворилася зовнішня панкреатична нориця (виконана ендоскопічна папілотомія), ще в 1 – некроз кукси ПЗ (виконана панкреатонекректомія). Після повторних втручань хворі видужали. Летальних випадків не було.

Таким чином, при виборі методу хірургічного лікування ХП та його ускладнень слід керуватися характером змін паренхіми і протокової системи

та їх локалізацією стосовно відділів ПЗ (головка, тіло, хвіст), наявністю біліарної і підпечінкової портальної гіпертензії, порушенням дуоденальної прохідності. При цьому в силу важких, незворотних змін паренхіми залози та втрати її функції навіть відомі способи операцій не завжди можуть гарантувати усунення симптомів ХП.

Висновки.

1. Обрання способу оперативного втручання при ХП з багатьох відомих можливе тільки після чіткого визначення показань до операції на основі результатів обстеження ПЗ на сучасних апаратах експертного класу спеціалістами високого професійного рівня.

2. Запропоновані модифікації паренхімозберігаючих операцій направлені на основні патоморфологічні зміни в ПЗ і можуть доповнити відомий арсенал хірургічних втручань – особливо в складних для вибору адекватної операції при ХП ситуаціях.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Beger H.G. Diseases of the Pancreas / H.G. Beger, S.Matsuno, J.L. Cameron — Berlin: Springer-Verlag, 2008. — 905 p.
2. Chronic Pancreatitis. Novel Concepts in Biology and Therapy / M.W. Büchler, H. Friess, W. Uhl, P. Malferteiner. — Blackwell Publishing, 2006. — 734 p.
3. Gourgiotis S. Surgical management of chronic pancreatitis / S. Gourgiotis, S. Germanos, M.P. Ridolfini // Hepatobiliary Pancreat Dis Int. — 2007. — Vol.6, №2. — P. 121—133.
4. Mann O. Customized surgical strategy in chronic pancreatitis / O. Mann, J.R. Izbicki // Scandinavian Journal of Surgery. — 2005. — Vol. 94. — P. 154—160.

V.G. YARESHKO, Y.A. MIKHEYEV

Zaporizhzhya Medical Academy of Postgraduate Education, Department of Surgery and Minimally Invasive Technologies, Zaporizhzhya

CHOICE OF METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC PANCREATITIS

The results of surgical treatment of 77 patients with complications of chronic pancreatitis. Studies have shown that according to instrumental methods in patients were found fibro-degenerative changes of the pancreas (92.2%), varying degrees of severity of pancreatic ductal hypertension (90.9%), concrements of main pancreatic duct (74.0%), calcifications of the parenchyma (58.4%). When choosing a method of surgical treatment of chronic pancreatitis and its complications should be guided by the nature of the changes in the parenchyma and ductal system and preferentially localized to various parts of the pancreas, the presence of obstructive biliary and portal hypertension, disorders of duodenal passage.

Key words: chronic pancreatitis, longitudinal pancreaticojejunostomy, Frey's operation, Beger's operation

Стаття надійшла до редакції: 14.09.2012 р.