

© О.Є. Каніковський, І.В. Павлик, 2014

УДК: 616.37-002:616-003.4:616.43/45

О.Є. КАНІКОВСЬКИЙ, І.В. ПАВЛИК

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра хірургії медичного факультету №2, , Вінниця

ВИБІР ОБСЯГУ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Проаналізовано результати хірургічного лікування 164 хворих на хронічний панкреатит, ускладнений синдромом панкреатичної гіпертензії. При кістах підшлункової залози важлива оцінка її зв'язку з протокою підшлункової залози. У випадку, коли такий зв'язок відсутній, виконуємо цистоеюно- або цистодуоденостомію (32 хворих). Якщо такий зв'язок існував – цистопанкреатоєюностомію (44 хворих). При ускладнених кістах виконували зовнішнє дренивання кісти (17 хворих). Внутрішньотканинний тиск підшлункової залози вище 200 мм.рт.ст., наявність протокової гіпертензії, конкрементів підшлункової залози, розширення протоки підшлункової залози по типу низки озер, на нашу думку, є показом до широкого висічення паренхіми підшлункової залози з розкриттям протоків третинного порядку (операція Фрея-Ізбіцького), яка дозволяє зменшити кількість рецидивів панкреатичної гіпертензії на 11,1%.

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

Вступ. Хронічний панкреатит – доброякісне запальне захворювання підшлункової залози, яке призводить до незворотного пошкодження функціонуючої паренхіми і втрати екзо- та ендокринної функції підшлункової залози, з її атрофією та утворенням кальцинатів. 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 перебувало більше 125 000 хворих [5], 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, 9, 10]. Однак порівняно з Європою, в країнах сходу (Японія) захворюваність вища і складає 35,5 на 100 тис. населення, в тому числі первинна захворюваність складає 15 на 10 тис. населення. 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 [6, 7, 12].

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 [8, 11].

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

Матеріали та методи. В хірургічній клініці медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова протягом 2000 – 2014 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±13,7 року. У віковому діапазоні 30 – 59 років було 73,4% (відповідно до класифікації ВООЗ люди молодого (до 45 р.) і зрілого (від 45 до 59 р.) 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 втручання доповнювалися традиційними методами хірургічної корекції. Серед обстежених хворих чоловіків – 47, жінок – 16, середній вік 55,2±12,7 року. Відповідно до форми хронічного панкреатиту кальцифікуючу форму діагностували у 5, 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

ресії (45) застосували у 12 зовнішнє дренавання кісти підшлункової залози і у 33 зовнішнє – внутрішнє дренавання. Показом до зовнішньої декомпресії був ускладнений перебіг кісти (нагноєння) і важкий стан хворих (більше 30 балів за системою АРАСНЕ II). За розміром малі кісти були у 4, середні – у 27, великі – у 14. Виключно зовнішнє дренавання кісти (12) виконали хворим із малими (4) і середніми (8) за розміром кістами. Зовнішньо-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. Незважаючи 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±6,1%) хворих. Крім того, серед 37 хворих, у яких нориця закрилася самостійно, рецидив кісти протягом трьох років виник у 6 (16,2±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±16,6%) хворих, яким виконали тільки зовнішнє дренавання кісти. Загалом, серед 39 хворих рецидив больового синдрому констатовано у 17,9±6,1% (7).

Вирішальним у виборі оперативного втручання при кістах підшлункової залози був її зв'язок з протокою підшлункової залози. У випадку, коли такий зв'язок не був доведений, виконували цистоєюно- або цистодуоденостомію. Якщо такий зв'язок існував – виконували цистопанкреатоєюностомію.

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. Цистоєюноостомію за Roux виконали у 37 (48,7%), цистоєюноостомію з 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)), цистодуоденостомію – у 7 (9,2%). Летальних випадків не було. У 23 хворих були поєднані 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±2,1%; $p < 0,001$) рецидиву кісти протягом цього терміну не було. Рецидив больового синдрому був у 3 (6,8±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±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 – 9, фіброз підшлункової залози – 12, запальний – 1 пацієнта.

Вибір способу панкреатоєюностомії залежав від ряду інтраопераційних досліджень: виконувалось визначення тиску всередині протоки підшлункової залози та внутрішньотканинного тиску підшлункової залози. Показом до виконання:

- локальної резекції головки ПЗ із поздовжньою панкреатоєюностомією в модифікації Frey – при наявності запального інфільтрату в ділянці головки з підвищеним внутрішньотканинним тиском більше 200 мм.рт.ст., а також збільшення інших відділів ПЗ, з внутрішньотканинним тиском 100 мм.рт.ст. та більше, обов'язкова наявність розширення підшлункової залози протоки підшлункової залози рівномірно на всій довжині з стриктурою в ділянці протоки підшлункової залози та з підвищеним або нормальним протоковим тиском;

- операції Izbicky – наявність запального інфільтрату у всіх відділах ПЗ з наявністю конкрементів ПЗ та підвищеним внутрішньотканинним тиском вище 200 мм.рт.ст., та склерозованою протокою підшлункової залози;

- операції Frey – Izbicky (патент 103273 від 25.09.13) – розширення протоки підшлункової залози по типу низки озер з наявністю множинних стриктур, наявності конкрементів у паренхімі ПЗ, підвищеним паренхіматозним тиском 200 та вище мм.рт.ст. у всіх відділах залози та підвищеним протоковим тиском вважали за доцільне висічення паренхіми ПЗ в модифікації Frey – Izbicky на всій довжині через закупорку проток другого та третього порядків.

При розширеній протоці підшлункової залози у 11 хворих виконали поздовжню панкреатоєюностомію за Frey, у 5 – панкреатоєюностомію за Frey – Izbicky. При відсутності ознак розширення протоки підшлункової залози або її «кістозного» розширення («низка озер») виконували панкреатоєю-

ностомію за Fray – Izbicky (9). У одного хворого із панкреатоплевральною норицею був сформований панкреатоєюноанастомоз за Fray-Izbicky із роз'єднанням і висіченням норицевого ходу. При зовнішній панкреатичній нориці (3) із показниками внутрішньопротокового тиску 560 ± 25 мм H₂O після висічення норицевого ходу був сформований панкреатоєюноанастомоз за Fray – Izbicky на виключеній петлі за Roux. У 4 хворих при ретропанкреатичній локалізації кісти підшлункової залози було виконано поздовжню панкреатоєюностомію з цистопанкреатоєюностомією за Кадощуком Т.А. У 2 хворих разом із методами внутрішньої декомпресії системи проток підшлункової залози при ознаках біліарної гіпертензії і механічної жовтяниці виконали холедоходуєноанастомоз. У 27 хворих перед трансабдомінальною оперативною корекцією панкреатичної гіпертензії виконували ендоскопічну папілосфінктеротомію. Післяопераційні ускладнення виникли у 3 (9,1%) хворих. Повторно оперовано 1 хвору з приводу післяопераційного гострого некротичного панкреатиту. Летальних випадків не було.

Резекційні методики (панкреатодуоденальна резекція) виконувалися тільки при неможливості виключити рак головки підшлункової залози та ускладненнях з боку дванадцятипалої кишки, а саме: порушення прохідності дванадцятипалої кишки, розширеній або звичайних розмірів протоці підшлункової залози з підвищеним або нормальним внутрішньопротоковим та внутрішньотканинним тиском.

Резекційні методи у хворих із псевдотуморозною формою хронічного панкреатиту, ускладненого панкреатичною гіпертензією, використано у 5 хворих. У всіх хворих не можна було виключити онкологічний процес в головці підшлункової залози. Результати маркерів Са 19-9 та РЕА мали граничний характер, а за даними комп'ютерної томографії в головці підшлункової залози визначалося об'ємне утворення від 2 до 4 см, та розширення головної панкреатичної протоки. Всім хворим виконано панкреатодуоденальну резекцію. Післяопераційні ускладнення виникли у 1 хворого. Летальних випадків не було.

Аналіз віддалених результатів був проведений у 24 хворих протягом 6 – 36 місяців. Рецидив панкреатичної гіпертензії був у 1 (11,1%) хворого (18 місяців), після поздовжньої панкреатоєюностомії – у 9 хворих. Натомість після застосування методики декомпресії за Fray-Izbicky 15 випадків 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 панкреатоєюноанастомозу 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 пацієнтам, ендоскопічну літоекстракцію – 3 пацієнтам, ендоскопічне назобілярне дренивання – 24 пацієнтам, ендоскопічна дилатація головної панкреатичної протоки – 5 пацієнтам, пункцію і дренивання під контролем ультрасонографії порожнистих утворень черевної порожнини – 9 пацієнтам, закрити торакастомію із дрениванням плевральної порожнини – 32 пацієнтам, лапароскопічне дренивання черевної порожнини – 5 пацієнтам, адоміоцентез – 22 пацієнтам. Всього 63 хворим виконано 135 малоінвазивних оперативних втручань. Необхідно зазначити, що у 58 (92,0%) хворих були застосовані дві і більше малоінвазивних 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 пацієнтів, фіброз підшлункової залози – у 16 пацієнтів. У всіх цих хворих було діагностовано папілостеноз. У 28 хворих папілосфінктеротомію доповнювали проведенням ЕРХПГ. 24 (68,6%) хворим також було виконано назобілярне дренивання. У 3 пацієнтів виконано також ендоскопічну літоекстракцію із загальної жовчної протоки і у 1 (2,9%) ендоскопічну дилатацію протоки підшлункової залози. 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%), незважаючи 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 – лише у 4 з 17 (23,5 \pm 10,3%; $p < 0,05$). При розширенні протоки підшлункової залози (за результатами інструментальних методів дослідження) в ділянці головки підшлункової залози (11) ефективність папілосфінктеротомії склала 72,7% (8), тоді як при переважному ураженні тіла і хвоста залози (7) – лише 57,1% (4). Необхідно зазначити, що у 5 хворих при розширенні протоки в ділянці головки залози була виконана ендоскопічна дилатація протоки підшлункової залози (у 4 в поєднанні із ендоскопічною папілосфінктеротомією).

Виконання папілосфінктеротомії у хворих на фіброзний хронічний панкреатит, ускладнений синдромом панкреатичної гіпертензії дозволяло провести санацію позапечінкових жовчних шляхів і корекцію біліарної гіпертензії, натомість декомпресія системи проток підшлункової залози була неефективна. Відповідно до даних ВАШ зменшення передопераційних показників з $8,3 \pm 0,4$ до $2,1 \pm 0,2$, як показника ефективного зменшення больового синдрому внаслідок декомпресії системи

проток підшлункової залози, констатовано у 66,7±11,1% хворих при розширенні панкреатичної протоки підшлункової залози (обструктивна форма хронічного панкреатиту) і 23,5±10,3% при фіброзній формі ($p < 0,05$).

Висновки.

1. Застосування малоінвазивних методів корекції панкреатичної гіпертензії дозволяє покращити результати комплексного лікування хворих на ускладнені форми хронічного панкреатиту.

2. При кістах підшлункової залози оцінка зв'язку з панкреатичною протокою підшлункової залози дозволяє визначитися із методом декомпресії. У випадках, коли такий зв'язок відсутній, доцільно виконувати цистосюно- або цистодуоденостомію – 32 хворих. При констатації зв'язку з протокою підшлункової залози цистосюностомію доцільно доповнювати одним із методів панкреатосюностомії – 44 хворих. При ускладнених кістах виконували комбіновану декомпресію кісти – 17 хворих.

3. Внутрішньотканинний тиск підшлункової залози вище 200 мм.рт.ст., наявність протокової гіпертензії, конкрементів підшлункової залози, розширення протоки підшлункової залози по типу низки озер, на нашу думку, є показом до широкого висічення паренхіми підшлункової залози з розкриттям проток третинного порядку.

3. Внутрішньотканинний тиск підшлункової залози вище 200 мм.рт.ст., наявність протокової гіпертензії, конкрементів підшлункової залози, розширення протоки підшлункової залози по типу низки озер, на нашу думку, є показом до широкого висічення паренхіми підшлункової залози з розкриттям проток третинного порядку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

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. — Vol. 16, №4. — С.75—77.
2. 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.
3. Копчак В.М. Хирургическое лечение хронического панкреатита / В.М. Копчак, И.В. Хомяк, Д.А. Чевердюк та ін. // Харківська хірургічна школа. — 2009. — № 2. — С. 124—125.
4. 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.
5. 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.
6. Beger H.G., Matsuno S., Cameron J. L. Diseases of the Pancreas. — Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2008. — P. 949.
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. — P. 212.
8. Frey C.F. Surgery of chronic pancreatitis / C.F. Frey, D.K. Andersen // Am. J. Surg. — 2007. — №194 (4A). — P.53—60.
9. Ishihara T., Yamaguchi T., Seza K., Tadenuma H., Saisho H. Efficacy of s-type stents for the treatment of the main pancreatic duct stricture in patients with chronic pancreatitis. Scand. J. Gastroenterol. — 2006, Vol. 41. — P. 744—50.
10. Izbicki J.R. Surgical treatment of chronic pancreatitis and quality of life after operation / J.R. Izbicki, C. Bloechle, W.T. Knoefel // Surg. Clin. North Am. — 1999. — Vol. 79, №4. — P. 913—944.
11. Pancreatic ductal drainage by endoscopic ultrasound-assisted rendezvous technique for pain caused by ductal stricture with chronic pancreatitis. Das K., Kitano M., Komaki T., Sakamoto H., Noda K., Suetomi Y., Kudo M. — Dig Endosc. — Vol. 22 (3). — P. 217—9.
12. Recent advancements in the pathogenesis of pain in chronic pancreatitis: the argument continues. Navaneethan U., Venkataraman J. — Minerva Gastroenterol Dietol, 2010. — Vol. 56 (1). — P. 55—63.

O.E. KANIKOVSKIY, I.V. PAVLYK

Vinnitsia National Medical University named after M.I. Pyrogov, Faculty of Medicine № 2, Department of Surgery, Vinnitsia

SELECTING OF METHODS AND SURGERY EXTENT OF COMPLICATED FORMS OF CHRONIC PANCREATITIS

Results of surgical treatment of 164 patients with chronic pancreatitis, complicated by syndrome of pancreatic hypertension. Important to determine assessment of cyst with the pancreatic duct. In the event that such a link is missing – perform cystojejunostomy (32 patients). If such a relationship existed, cystopancreatojejunostomy (44 patients). In cases with complicated cysts – external drainage of the cyst (17 patients). Interstitial pressure of the pancreas above 200 mm Hg, the presence of ductal hypertension, calculus pancreas, enlargement of pancreatic duct by the type of series of lakes we believe are indicative of a wide excision of the pancreatic parenchyma with ducts opening tertiary order (Frey- Izbickiy operation) which can reduce recurrence of pancreatic hypertension 11.1%.

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

Стаття надійшла до редакції: 22.05.2014