

УДК 616.37-002-036.12-06

DOI: 10.22141/1997-2938.1.36.2018.132998

Запорожченко Б.С., Горбунов А.А., Муравйов П.Т., Колодій В.В.,
Герцев В.М.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Хірургічне лікування хворих із компресійними ускладненнями хронічного панкреатиту

Резюме. Актуальність. Лікування хворих з ускладненими формами хронічного панкреатиту залишається однією зі складних проблем сучасної гастроентерології. Хірургічне лікування таких хворих не завжди є ефективним, ризик виникнення післяопераційних ускладнень є значним. Хірургічна тактика лікування хворих має свої особливості, оскільки застосування традиційних резекційних органозберігаючих методик має певні обмеження. **Матеріали та методи.** Було проаналізовано досвід хірургічного лікування 185 хворих із ускладненим хронічним панкреатитом за останні 7 років. Досліджували клінічну ефективність хірургічного лікування 31 хворого з компресійними ускладненнями хронічного панкреатиту. **Результати.** Основними видами операцій, проведених нами з приводу компресійних форм хронічного панкреатиту, були дренажні операції (у 12 хворих), резекції підшлункової залози (у 8 хворих), а також операції з формуванням різних варіантів цистодигестивних анастомозів (5 пацієнтів). При неможливості радикального втручання у 6 випадках виконано формування обхідного гастроентероанастомозу, білідигестивних співусть або зовнішнє дренажування жовчних проток. Наведені показання до виконаних операцій, їх ефективність та ускладнення. **Висновки.** Стандартні огранозберігаючі резекції підшлункової залози в більшості випадків здатні усунути явища субкомпенсованих форм жовчної і портальної гіпертензії, дуоденальної непрохідності. Отримані результати довели доцільність дренажування протоки підшлункової залози при всіх видах її резекції, що забезпечує відведення агресивних сполук із ділянки співустья протягом його загоєння та знижує гідростатичний тиск у протоковій системі підшлункової залози.

Ключові слова: хронічний панкреатит; компресійні ускладнення; хірургічне лікування; органозберігаючі операції

Вступ

Лікування хворих з ускладненими формами хронічного панкреатиту (ХП) залишається однією зі складних проблем сучасної гастроентерології [1, 2]. Функціональна та структурна недостатність підшлункової залози за вказаних умов сприяє формуванню суттєвих і небезпечних для життя пацієнтів патологічних станів, оскільки про нормальне функціонування клітин залози вже не йдеться, зважаючи на прогресуючий процес організації ацинарної тканини та строми органа через прогресуючу запальну фіброзно-дегенеративну трансформацію її клітинних елементів.

Хірургічне лікування таких хворих не завжди є ефективним, ризик виникнення післяопераційних ускладнень є значним. Не слід відкидати високі ста-

тистичні показники летальності при хірургічному лікуванні ХП — цей показник сягає 20–24 % [3–5].

Нами було ретроспективно проаналізовано функціональний стан 185 хворих на ХП, яким було застосовано хірургічне лікування. Серед них 31 (16,8 %) хворий мав компресійні ускладнення [6]. Хірургічна тактика лікування таких хворих, на наш погляд, є особливою, оскільки застосування традиційних резекційних органозберігаючих методик має певні обмеження, зважаючи на наявність виражених фіброзних змін тканини підшлункової залози та стінок воротної вени в місці її «входу» до залози. Більше того, часто ми навіть відмовлялися від хірургічного лікування таких хворих через небезпеку ушкодження судин панкреатодуоденальної ділянки, стінки яких при цьому становили зразок кристалю, що різко під-

вищувало ризик їх інтраопераційного ушкодження та розвитку крововтрата.

Мета роботи — удосконалення тактики хірургічного лікування хворих із компресійними ускладненнями ХП.

Матеріали та методи

Нами проаналізовано досвід хірургічного лікування 185 хворих на ускладнений ХП за останні 7 років. Ретроспективно з цієї кількості було відібрано 109 (58,9 %) хворих з ускладненими формами ХП, які стали матеріалом для аналізу їх функціонального стану, що, в свою чергу, було підставою для вибору тактики їх хірургічного лікування.

При надходженні всі пацієнти з патологією підшлункової залози та підозрою на ХП, відповідно до стандартів ведення хворих, яких ми дотримуємося, були обстежені. При встановленні діагнозу ХП ми зважали на такі критерії: клінічні прояви, перебіг захворювання, етіологічні чинники розвитку захворювання, що було з'ясовано протягом клінічного обстеження та збору анамнезу. До уваги брали дані клініко-інструментальних досліджень, за допомогою яких можливо було з'ясувати наявність або відсутність у хворих певних ускладнень основного захворювання, а також морфологічного дослідження. Отже, встановлений діагноз враховував клінічні та морфологічні аспекти захворювання.

Предметом нашого дослідження був 31 (28,4 %) хворий із компресійними ускладненнями ХП. Основними етіологічними чинниками персистоючого характеру ХП у них було зловживання алкоголем (13 хворих, 41,9 %), жовчнокам'яна хвороба (7 хворих, 22,6 %), обструкція проксимальної частини панкреатичної протоки (6 хворих 19,4 %) та епізоди гострого панкреатиту в анамнезі (5 хворих, 16,1 %).

Серед 31 хворого з компресійними ускладненнями ХП у 21 (64,5 %) реєструвалося порушення нормального пасажу жовчі до дванадцятипалої кишки. Таке саме виявилось причиною розвитку дуоденальної непрохідності в 11 (35,5 %) хворих. Формування портальної гіпертензії вторинного генезу внаслідок стискання ретропанкреатичних венозних судин було зареєстровано у 8 (25,9 %) хворих (у окремих хворих мали місце один і два різновиди порушення функції підшлункової залози компресійного типу).

Явища компресії та механічної обструкції жовчовивідних шляхів, які нерідко супроводжують запалення підшлункової залози, мали прояви в показниках рівня білірубину і трансаміназ, абсолютні значення яких у 16 (51,6 %) хворих суттєво перевищували відповідні нормальні показники ($p < 0,05$).

Результати

Основними видами операцій, проведених нами з приводу компресійних форм ХП, були дренуючі операції (у 12 хворих, 38,7 %), резекції підшлункової залози (у 8 хворих, 25,8 %), а також операції з формуванням різних варіантів цистодигестивних анастомозів (5 пацієнтів, 16,1 %) (табл. 1).

Органозберігаючі види проксимальних резекцій підшлункової залози перенесли 12 (38,7 %) хворих: операція Бегера проведена у 5 (16,1 %) і операція Фрея — у 7 (22,6 %) пацієнтів. При порушенні функції дванадцятипалої кишки та дистальних відділів жовчовивідної системи внаслідок фіброзних змін у головці підшлункової залози у 6 (19,4 %) хворих ми виконували пілорозберігаючий варіант панкреатодуоденальної резекції. Медіальні та дистальні резекції органа виявилися операціями вибору у 2 (6,4 %) хворих.

Показаннями до виконання локальної резекції головки підшлункової залози з формуванням поздовжнього панкреатикоентероанастомоза (операція Фрея) у 7 (22,6 %) хворих були: субкомпенсований стеноз загальної жовчної протоки, дванадцятипалої кишки та вісцеральних судин великого калібру; розширена (понад 7 мм) та кістозно-трансформована головна панкреатична протока та вірсунголітіаз. Одним із додаткових показань до проведення локальної резекції головки підшлункової залози вважаємо вторинну портальну гіпертензію, викликану компресією воротної вени. У прооперованих пацієнтів реєстрували 2 ускладнення (28,6 %) — розвиток крововиливу та нездатність шва (табл. 1). Обидва ускладнення були усунуті інтраопераційно, через добу після операції симптомів крововиливу не було.

У 5 (16,1 %) клінічних випадках за умов суттєвого збільшення проксимальних відділів підшлункової залози, а також при субкомпенсованому дуоденальному стенозі, стенозі загальної жовчної протоки та проявах портальної гіпертензії хворим було проведено операцію Бегера — дуоденумзберігаючу резекцію

Таблиця 1. Характеристика основних оперативних втручань у хворих з ускладненим перебігом ХП

Операція	Кількість	Відносна кількість, %	Кількість ускладнень	Відносна кількість, %
Операція за Фреєм	7	22,6	2	28,6
Операція за Бегером	5	16,1	1	20,60
Панкреатодуоденальна резекція	6	19,4	1	16,7
Медіальна резекція підшлункової залози	1	3,2	0	0
Дистальна резекція підшлункової залози	1	3,2	0	0
Цистодигестивні анастомози	5	16,1	1	20,0
Паліативні втручання	6	19,4	2	33,3
Всього	31	100		

головки підшлункової залози. Показанням до проведення цієї операції вважали наявність виражених фіброзних змін головки підшлункової залози та оточуючих анатомічних утворень. У 1 (20,0 %) пацієнта внаслідок фіброзних змін тканини підшлункової залози виник крововилив, який вдалося зупинити протягом операції.

У 6 (19,4 %) випадках компресії анатомічних структур, прилеглих до головки підшлункової залози, ми провели панкреатодуоденальну резекцію зі збереженням приватника. Показанням до виконання економних резекцій підшлункової залози у вказаних хворих вважаємо фіброзно-кістозну трансформацію дистальних відділів органа з переважною компресією основних приток ворітної вени. Важливо, що такі радикальні резекції здійснювали при необхідності визначення наявності у хворих типового ХП або пухлини головки підшлункової залози. В 1 (16,7 %) хворого на 2-гу добу після операції було відзначено неспроможність шва, що також було негайно усунуто.

Хірургічну тактику у цих хворих багато в чому визначав стан протокової системи підшлункової залози. В 1 клінічному випадку, при задовільній прохідності головної панкреатичної протоки, виконали дистальну резекцію з подальшим глухим ушиванням кукси підшлункової залози.

Ще в 1 випадку фіброзних змін тіла підшлункової залози й ізольованого стенозу ворітної вени ми провели медіальну резекцію підшлункової залози, що дозволило вивільнити судину з фіброзних зрощень із підшлунковою залозою, забезпечивши таким чином адекватний кровотік, та зберегти більшу частину паренхіми органа. На реконструктивному етапі у цих хворих формували білатеральний панкреатоентероанастомоз з петлею тонкої кишки та здійснювали роздільне дренивання протокової системи проксимальної і дистальної кукси. Ми впевнилися в необхідності, ефективності та доцільності дренивання протоки підшлункової залози при всіх видах її резекції, що забезпечує відведення агресивних компонентів і рідин із ділянки співустя протягом періоду загоєння, що запобігає розвитку неспроможності.

За нашими даними, виконати радикальне хірургічне втручання у хворих із компресійними ускладненнями ХП не завжди є можливим через наявність виражених запально-інфільтративних парапанкреатичних змін або декомпенсованого стану пацієнтів. У такій ситуації (5 пацієнтів) ми обмежувалися дрениючими операціями. В означених хворих компресійні ускладнення панкреатиту були індуковані кістами, зважаючи на що в них формували цистодигестивні анастомози. З числа таких хворих у 1 (20,0 %) пацієнта протягом післяопераційного періоду розвинувся інфаркт міокарда, який потребував переведення до кардіологічного відділення з консультаціями хірурга, які продовжувалися протягом лікування.

Також за неможливості радикального втручання (у 6 випадках) було виконано формування обхідного гастроентероанастомозу, білідигестивних співусть

або зовнішнє дренивання жовчних проток. При таких операціях було відзначено 2 ускладнення — крововилив та ушкодження протоки, які були усунуті протягом операції.

Обговорення

Отже, відзначаємо певні труднощі при хірургічному лікуванні хворих на ХП у разі його ускладненого перебігу, особливо при наявності компресійних ускладнень. Хірургічну тактику в таких хворих здебільшого визначають морфологічні зміни як самої підшлункової залози, так і локалізованих суміжно з нею трубчастих утворень.

Власний досвід показав, що стандартні огранозберігаючі резекції підшлункової залози в більшості випадків здатні усунути явища субкомпенсованих форм жовчної і портальної гіпертензії, дуоденальної непрохідності [7]. Проте їх виконання за наявності вираженого фіброзу підшлункової залози, що залучає до себе стінку загальної жовчної протоки, магістральних ретропанкреатичних судин і безпосередньо дванадцятипалу кишку, може бути пов'язане з високим ризиком травмування цих органів або є неефективним в аспекті декомпресійного ефекту. В таких випадках за необхідне вважаємо виконання більш радикальних операцій (наприклад, панкреатодуоденальна резекція), або ж необхідно шукати нестандартні шляхи, зокрема розширюючи можливості органозберігаючих технологій.

При виборі оперативного втручання оцінюємо також необхідність дренивання панкреатодигестивного анастомозу, що знижує гідростатичний тиск у протоковій системі підшлункової залози, запобігає розвитку післяопераційного панкреатиту і неспроможності панкреатоентероанастомозу протокової системи залози.

Вважаємо, що за умов задовільної прохідності головної панкреатичної протоки, її дилатації і при відсутності вірсунголітіазу формування панкреатодигестивного співустя після проксимальних і центральних резекцій підшлункової залози можливо без додаткового дренивання її протоки.

Глухе ушивання кукси підшлункової залози при економних дистальних резекціях вважаємо можливим, однак при такій тактиці завжди слід забезпечувати адекватний відтік панкреатичного соку до дванадцятипалої кишки, що можна досягти лише при застосуванні малоінвазивних технологій.

Висновки

Таким чином, наші клінічні результати довели доцільність дренивання протоки підшлункової залози при всіх видах її резекції. Це забезпечує відведення агресивних сполук із ділянки співустя протягом його загоєння, знижує гідростатичний тиск у протоковій системі підшлункової залози, що в сукупності запобігає розвитку післяопераційного панкреатиту та неспроможності панкреатоентероанастомозу.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Ahmed Ali U. Early surgery versus optimal current step-up practice for chronic pancreatitis (ESCAPE): design and rationale of a randomized trial / U. Ahmed Ali, Y. Issa, M.J. Bruno [et al.] // *BMC Gastroenterology*. — 2013. — Vol. 13. — P. 49.
2. Croome K.P. Total laparoscopic pancreaticoduodenectomy for pancreatic ductal adenocarcinoma: oncologic advantages over open approaches? / K.P. Croome, M.B. Farnell, F.G. Que [et al.] // *Annals of Surgery*. — 2014. — Vol. 260, № 4. — P. 633-638.
3. Ni Q. Advances in surgical treatment of chronic pancreatitis / Q. Ni, L. Yun, M. Roy [et al.] // *World J. Surg. Oncol.* — 2015. — Vol. 13. — P. 34.
4. Dua M.M. Surgical Approaches to Chronic Pancreatitis: Indications and Techniques / M.M. Dua, B.C. Visser // *Dig. Dis. Sci.* — 2017. — Vol. 62, № 7. — P. 1738-1744.
5. Ahmed A.U. Early surgery versus optimal current step-up practice for chronic pancreatitis (ESCAPE): design and rationale of a randomized trial / A.U. Ahmed, Y. Issa, M.J. Bruno [et al.] // *BMC Gastroenterol.* — 2013. — Vol. 13. — P. 49.
6. Ничитайло М.Ю. Хірургічна тактика лікування ускладнених форм хронічного панкреатиту з огляду на функціональний стан хворих / М.Ю. Ничитайло, Б.С. Запорожченко, А.А. Горбунов [та ін.] // *Клінічна хірургія*. — 2018. — № 1(85). — С. 17-19.
7. Запорожченко Б.С. Порівняльна оцінка різних методів накладання панкреатодуоденальних анастомозів при виконанні панкреатодуоденальної резекції / Б.С. Запорожченко, П.Т. Муравйов, А.А. Горбунов [та ін.] // *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Медицина*. — 2016. — Вип. 2. — С. 74-77.

Отримано 13.02.2018 ■

Запорожченко Б.С., Горбунов А.А., Муравйов П.Т., Колодий В.В., Герцев В.М.

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

Хирургическое лечение больных с компрессионными осложнениями хронического панкреатита

Резюме. Актуальность. Лечение больных с осложненными формами хронического панкреатита остается одной из сложных проблем современной гастроэнтерологии. Хирургическое лечение таких больных не всегда эффективно, риск возникновения послеоперационных осложнений является значительным. Хирургическая тактика лечения больных особая, поскольку применение традиционных резекционных органосохраняющих методик имеет определенные ограничения. **Материалы и методы.** Проанализирован опыт хирургического лечения 185 больных осложненным хроническим панкреатитом за последние 7 лет. Исследовали клиническую эффективность хирургического лечения 31 больного с компрессионными осложнениями хронического панкреатита. **Результаты.** Основными видами операций, выполненных нами по поводу компрессионных форм хронического панкреатита, были дренирующие операции (у 12 больных), резекции поджелудочной железы (у 8 больных), а также операции с формированием различных вариантов ци-

стодигестивных анастомозов (5 пациентов). При невозможности радикального вмешательства в 6 случаях выполнено формирование обходного гастроэнтероанастомоза, билиодигестивных соустьев или наружное дренирование желчных протоков. Приведены показания к выполненным операциям, их эффективность и осложнения. **Выводы.** Стандартные органосохраняющие резекции поджелудочной железы в большинстве случаев способны устранить явления субкомпенсированных форм желчной и портальной гипертензии, дуоденальной непроходимости. Полученные результаты доказали целесообразность дренирования протока поджелудочной железы при всех видах ее резекции, что обеспечивает отвод агрессивных соединений с участка соустья в течение его заживления и снижает гидростатическое давление в протоковой системе поджелудочной железы.

Ключевые слова: хронический панкреатит; компрессионные осложнения; хирургическое лечение; органосохраняющие операции

B.S. Zaporozhchenko, A.A. Gorbunov, P.T. Muraviov, V.V. Kolody, V.M. Gertsev

Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

Surgical treatment of patients with compressive complications of chronic pancreatitis

Abstract. Background. Treatment of patients with chronic pancreatitis complications remains one of the complex problems in modern gastroenterology. Surgical treatment of these patients is not always effective, the risk of postoperative complications is significant. Surgical treatment of such patients has special features, since the use of traditional resective organ preservation techniques has certain limitations. **Material and methods.** The experience of surgical treatment of 185 patients with complicated chronic pancreatitis has been analyzed for the last 7 years. The clinical efficacy of surgical treatment of 31 patients with compressive complications of chronic pancreatitis was studied. **Results.** The main types of interventions performed in compression forms of chronic pancreatitis were drainage operations (in 12 patients) and pancreatic resections (in 8 patients), as well as surgeries with the formation

of various cystodigestive anastomoses (5 patients). When radical interventions are impossible (6 episodes), the formation of bypass gastroenteroanastomosis, biliodigestive anastomosis or bile ducts external drainage were performed. The indications to the operations, their efficacy and complications were considered. **Conclusions.** Standard pancreatic organ preservation surgeries in most cases can eliminate the phenomena of subcompensated forms of biliary and portal hypertension, as well as duodenal obstruction. The obtained results proved the reasonability of pancreatic duct drainages in all types of resection that ensures the aggressive compounds removal from the place of anastomosis during its healing and reduces hydrostatic pressure in the pancreatic duct system.

Keywords: chronic pancreatitis; compressive complications; surgical treatment; organ preservation surgery