

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

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Індивідуальний вибір хірургічної тактики при лікуванні хронічного панкреатиту та псевдокіст підшлункової залози

Резюме. Подано власні результати хірургічного лікування хворих із хронічним панкреатитом (ХП) та його ускладненнями. У статті проведений аналіз ефективності лікування вказаного контингенту хворих, спрямований на розробку індивідуальної хірургічної тактики. На підставі аналізу причин виникнення клінічних проявів ХП авторами доведені та сформульовані абсолютні та відносні показання до оперативного втручання. Автори наголошують на бережному ставленні до тканин підшлункової залози під час операції, інших хірургічних дій, що загалом повинні сприяти збереженню панкреатичного кровопостачання в післяопераційному періоді, раціональному дренированню черевної порожнини тощо. Інакше кажучи, йдеться про максимальну профілактику післяопераційних ускладнень. Проведена оцінка ефективності віддалених результатів лікування хворих на ХП показала переважання добрих (71,2 %) результатів хірургічного лікування, погані наслідки відзначені лише в 7,9 % випадків.

Ключові слова: хронічний панкреатит; ускладнення; індивідуальна хірургічна тактика; показання, віддалені результати лікування; ефективність лікування

Вступ

Хронічний панкреатит (ХП) — поліетіологічне захворювання, поліморфне за характером проявів, особливостями клінічного перебігу, ускладненнями, методами лікування та його віддаленими результатами [2, 4, 5, 9–11]. Особливістю перебігу цього захворювання є прогресуюча фіброзно-дегенеративна трансформація ацинарної тканини і строми органа, внаслідок чого відбувається їх сполучнотканинне заміщення [6, 8].

Ускладнені форми ХП є однією з актуальних проблем хірургії гепатогастродуоденальної ділянки [1, 3, 8]. Високі показники післяопераційної летальності (понад 20 %), значна частота післяопераційних ускладнень (понад 40 %) залишають оперативні втручання на підшлунковій залозі (ПЗ) одними з найскладніших в абдомінальній хірургії [7, 12].

Маючи значний власний досвід лікування зазначеного контингенту хворих, ми дійшли висновку стосовно суворої необхідності індивідуального підходу щодо кожного випадку радикального лікування хворих із ХП та, особливо, його ускладненнями, що й урахувували при щоденній практиці.

Мета роботи — аналіз ефективності хірургічного лікування хворих із ХП та його ускладненнями, спрямований на розробку індивідуальної хірургічної тактики.

Матеріали та методи

Нами проаналізовано досвід хірургічного лікування 185 хворих на ускладнений ХП за період з 2009 по 2015 р., яким було виконано 210 оперативних втручань. Відзначаємо зростання у 2 рази кількості оперативних втручань на ПЗ при ХП — від 13 у 2009 р. до 25 у 2015 р. З числа оперованих хворих 32 (17,3 %) пацієнти були раніше прооперовані в інших лікувальних установах із приводу гострого панкреатиту, ускладнень ХП і травм ПЗ. Чоловіків було 130 (70,3 %), жінок — 55 (29,7 %).

Середній вік оперованих пацієнтів дорівнював 54 ± 9 років та варіював від 21 до 69 років. Найчастіше ускладнений панкреатит виявлявся у хворих віком від 35 до 45 років — 31 випадок (36,5 %).

Показаннями до операції були (табл. 1): кіста ХП як ускладнення захворювання — у 102 (55,1 %) хворих, механічна жовтяниця — у 27 (14,6 %), порушення прохідності протоки ПЗ — у 22 (11,9 %), вірсунголітіаз — в 11

(6,0 %), гнійні ускладнення — у 6 (3,2 %), кальциноз — у 5 (2,7 %), хронічна дуоденальна непрохідність — у 5 (2,7 %), зовнішня фістула — у 4 (2,2 %), внутрішня фістула — у 3 (1,6 %). При цьому одне ускладнення спостерігали в 153 (82,7 %) хворих, два — у 26 (14,1 %), три — у 6 (3,2 %). Поєднання двох і більше ускладнень було в 16 (8,6 %) хворих.

Аналіз причин виникнення клінічних проявів дозволяв виявляти зміни у ПЗ, на підставі яких нами сформульовані абсолютні та відносні показання до оперативного втручання.

Абсолютними показаннями до оперативного лікування ускладнень ХП ми вважаємо такі: псевдокісту ПЗ, фістулу, механічну жовтяницю, калькульоз або кальциноз ПЗ, гнійні ускладнення, порушення прохідності травного тракту, ймовірність наявності злоякісного процесу в тканині ПЗ. Відносними показаннями вважаємо дилатацію проток ПЗ, виражений больовий синдром, невдале попереднє втручання на ПЗ.

Залежно від виду ускладнення та характеру ураження суміжних органів керувалися суворо індивідуальною та хірургічною тактикою, спрямованою на корекцію патологічних змін (табл. 2).

Отже, протягом 2009–2015 рр. виконали 18 (9,7 %) дистальних резекцій ПЗ. Показання до них вважали такими: виражений фіброз паренхіми залози, формування стійких зовнішніх панкреатичних кіст, що виходять із тіла і хвоста залози, на тлі рубцевопереродженої паренхіми органа, а також при ускладнених рецидивних і множинних кістах ПЗ. З числа всіх 18 дистальних

резекцій ПЗ 13 (66,7 %) операцій виконані з приводу кіст ПЗ. При дистальному розташуванні фістули і через неможливість формування анастомозу в 3 випадках (16,7 %) виконували резекцію дистального сегмента залози, відповідального за фістулу.

Протягом 2009–2015 рр. проксимальні резекції ПЗ при ХП виконано в 3 (1,6 %) випадках. Показаннями до гастропанкреатодуоденальної резекції вважали такі: переважні ураження головки ПЗ, коли неможливо повністю виключити наявність злоякісного утворення, механічна жовтяниця разом із порушенням дуоденального пасажу їжі, дрібнокістозна трансформація головки ПЗ.

У хворих із ХП виконували гастропанкреатодуоденальну резекцію шляхом накладання панкреатоєюноанастомозу на вимкненій за методикою Ру петлі тонкої кишки з анастомозуванням жовчної протоки «кінець у бік» і кукси шлунка «кінець у кінець» з оральним кінцем тонкої кишки.

Ізольовану цистектомію виконали в 7 (3,8 %) пацієнтів при ретенційних, а також екстрапанкреатичних кістах невеликого розміру, що були пов'язані з ПЗ вузькою нішкою, яка не містить панкреатичних проток, і за наявності паразитарних кіст, які рідко спостерігалися.

З числа внутрішніх дренуючих операцій протягом вказаного періоду виконали 29 (15,7 %) поздовжніх панкреатоєюностомій за методом Ruestow на вимкненій за методикою Ру петлі тонкої кишки. Показанням

Таблиця 2. Оперативні втручання у хворих з ускладненнями ХП, які були оперовані протягом 2009–2015 рр.

Оперативні втручання	Кількість оперативних втручань	
	Абсолютні показники	Відносні показники, %
Дистальна резекція ПЗ	18	9,7
Гастропанкреатодуоденальна резекція ПЗ	3	1,6
Ізольоване висічення кіст	7	3,8
Поздовжня панкреатоєюностомія	29	15,7
Панкреатоцистоеюностомія	38	20,5
Панкреатоцистогастростомія	27	14,6
Панкреатоцистодуоденостомія	7	3,8
Панкреатофістулоєюностомія	2	1,1
Зовнішнє дронування кіст ПЗ	32	17,3
Операції на суміжних органах	22	11,9
Усього	185	100

Таблиця 1. Ускладнення хронічного панкреатиту як показання до операції серед оперованих хворих протягом 2009–2015 рр.

Ускладнення	Кількість хворих	
	Абсолютні показники	Відносні показники, %
Кіста ХП	102	55,1
Механічна жовтяниця	27	14,6
Порушення прохідності протоки ПЗ	22	11,9
Вірсунолітіаз	11	6,0
Гнійні ускладнення	6	3,2
Кальциноз ПЗ	5	2,7
Хронічна дуоденальна непрохідність	5	2,7
Зовнішня фістула	4	2,2
Внутрішня фістула	3	1,6
Усього	185	100

Примітка: кількість ускладнень не збігається з кількістю оперованих хворих, тому що в окремих пацієнтів діагностували одне, два ускладнення та більше (див. пояснення в тексті).

до цієї операції ми вважаємо порушення прохідності протоки ПЗ із розширенням її більше 6 мм. Поздовжнє розсічення протоки виробляємо від 3 см до повного розсічення на всьому протязі ПЗ або здійснюємо її широке клиноподібне висічення і використовуємо для співустя ділянку тонкої кишки, виключеної з пасажу їжі за методикою Ру. При цьому ми розсікаємо зв'язку Трейтца, тобто виконуємо операцію Стронга.

Операції внутрішнього дренивання кіст ПЗ ми виконуємо переважно шляхом формування широкого співустя кісти з порожньою кишкою на виключеній петлі за методикою Ру (36 операцій — 19,4 %) або за методом Брауна (2 операції — 1,1 %) у нижньому полюсі кісти. При широкому ближньому розташуванні стінки кісти зі шлунком і дванадцятипалою кишкою або в тих випадках, коли формування співустя з порожньою кишкою неможливе, ми вдаємося до панкреатоцистогастростомії (27 операцій — 14,6 %) і панкреатоцистодуоденостомії (7 операцій — 3,8 %).

За наявності стійкої панкреатичної фістули, збереженні дренажної функції панкреатичної протоки ми виконали 2 (1,1 %) панкреатофістулоєюностомії на вимкненій за методом Ру петлі тонкої кишки.

До зовнішнього дренивання кіст ми вдавалися в 32 випадках (17,3 %) лише у хворих із кістами, що мали гнійне наповнення, при їх несформованих стінках і повній впевненості в непухлинному характері кіст, а також за відсутності співустя їх порожнин із головною панкреатичною протокою. Для успішного результату зовнішнього дренивання кіст важливим вважаємо забезпечення надійного дренивання із застосуванням двопросвітних дренажів.

Патогенетичний зв'язок ХП і органічної хронічної дуоденальної непрохідності диктує необхідність не лише втручання на протоковій системі та паренхімі ПЗ, але й корекції моторно-евакуаторної функції дванадцятипалої кишки. У двох пацієнтів (1,1 %) у зв'язку з цим була виконана резекція шлунка за методом Більрота II, у 2 — накладання обхідного гастроентероанастомозу, в 1 з них у подальшому — гастропанкреатодуоденальна резекція.

Одним із важливих питань хірургії ПЗ є профілактика післяопераційних ускладнень. Ми дотримуємося комплексу заходів хірургічної профілактики післяопераційних ускладнень, що включає щадне маніпулювання тканинами ПЗ, ретельне видалення явно нежиттєздатних тканин, запобігання ішемії в частинах залози, які залишаються після резекції, створення анастомозів таким чином, щоб герметичність швів не досягалася на шкоду кровопостачанню, раціональне дренивання черевної порожнини, ложа ПЗ і позаочеревинного простору, жовчної і панкреатичної протокової систем, запобігання застою шлункового та кишкового вмісту, а також панкреатичного соку, відмова від застосування механічного шва при обробці кукси ПЗ після її резекції.

Інтенсивна комплексна терапія в доопераційному та післяопераційному періодах дозволила суттєво знизити кількість післяопераційних ускладнень.

Завдяки дотриманню цих заходів частота післяопераційних ускладнень, що вимагали повторних оперативних втручань у ранньому післяопераційному періоді, знизилася з 7,7 % у 2009 р. до 3,9 % у 2015 р. (у 2009–2015 рр. становила в середньому 5,1 %).

Ускладненнями, що вимагали повторних оперативних втручань, були кишкова непрохідність, кровотечі, неспроможність швів холедоходуоденоанастомозу, абсцеси черевної порожнини, гострий деструктивний холецистит. Летальність за цей період становила 1,6 %. При дистальній резекції ПЗ померли 2 (1,1 %) пацієнти, при зовнішньому дрениванні кісти ПЗ — 1 (0,5 %) хворий.

Найменше ускладнень було при виконанні панкреатоєюностомії — 2 (6,5 %), зовнішнього дренивання кісти — 2 (6,3 %), дистальної резекції — 1 (5,6 %), панкреатоцистоєюностомії — 2 (4,4 %).

Віддалені результати лікування оцінювали в 153 (82,7 %) пацієнтів шляхом збору анкетних даних, огляду в поліклініці та стаціонарі і обстеження хворих у терміни від одного року до 5 років після операції. Виявляли скарги, характер харчування, дотримання дієти, динаміку маси тіла, працездатність. Проводили загальноклінічні лабораторні, а також спеціальні дослідження.

Добрими вважали результати при повному клінічному одужанні пацієнтів, відсутності загострень панкреатиту (навіть при недотриманні дієти і відмові від прийому ферментів підшлункової залози), рецидивів або появи нових ускладнень ХП при повній працездатності пацієнта, зниженні маси тіла.

Задовільними визнавалися результати при періодичних загостреннях панкреатиту, наявності скарг на тяжкість, рідкісні помірні болі в животі, рідкісні диспептичні розлади (при дотриманні дієти і регулярному прийомі ферментів підшлункової залози), при зниженні маси тіла до 10 %, за відсутності рецидивів, зниження працездатності.

Поганими вважалися результати при скаргах на постійні болі в животі, диспептичні розлади, при зниженні маси тіла більше ніж на 10 %, рецидивах або появи нових ускладнень ХП, підтверджених даними лабораторних та інструментальних методів обстеження, настанні інвалідності, смерті від основного захворювання або від його ускладнень.

Результати

Отже, віддалені результати оперативного лікування хворих на ускладнений ХП були визнані добрими в 109 (71,2 %) пацієнтів, задовільними — у 32 (20,9 %), незадовільними — у 12 (7,9 %).

Віддалені результати були дещо кращими після радикальних оперативних втручань (100 % добрих результатів при панкреатодуоденальній резекції, 90 % — при дистальній резекції, 85 % — при ізольованому видаленні панкреатичних кіст), ніж після операцій внутрішнього дренивання (73 % добрих результатів при панкреатоєюностомії, 77 % — при панкреатоцистоєюностомії на вимкненій за методом Ру петлі). При

виконанні внутрішнього дренивання кіст ПЗ кращі результати спостерігалися при анастомозуванні кісти з виключеною за методом Ру петлею тонкої кишки (78 % добрих результатів), ніж зі шлунком (66 %) або з дванадцятипалою кишкою (56 %). При зовнішньому дрениванні добрі результати спостерігалися в 55 % випадків.

Повторні операції у віддаленому періоді були виконані в 11 (7,2 %) пацієнтів: після зовнішнього дренивання — у 5, панкреатоцистогастростомії — у 2, панкреатоцистоеюностомії — у 2, дистальної резекції та холецистоеюностомії — по 1 пацієнту відповідно.

Висновки

Отже, аналіз власних результатів оперативного лікування значного ускладнення за кількістю контингенту хворих на ХП дозволив дійти таких висновків:

1. Тактика оперативного лікування хворих з ускладненнями ХП має бути диференційованою. Показаннями до оперативних втручань слід вважати наявність вираженого болювого синдрому, здавлення початкових відділів шлунково-кишкового тракту, загальної печінкової протоки з її obturaцією та неможливістю жовчовідтоку.

2. Віддалені результати після резекцій ПЗ кращі, ніж після операцій внутрішнього дренивання, і набагато кращі, ніж після операцій зовнішнього дренивання.

3. Віддалені результати кращі при операціях внутрішнього дренивання кіст ПЗ із виключеною за методикою Ру петлею тонкої кишки, ніж зі шлунком або з дванадцятипалою кишкою.

4. Післяопераційні ускладнення частіше спостерігаються при операціях на суміжних органах, ніж після дренируючих операцій і резекцій ПЗ.

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

Список літератури

1. *Аспекти комплексної терапії гострого деструктивного панкреатиту* / Б.С. Запорожченко, О.Б. Зубков,

Г.Ю. Коритна, П.Т. Муравйов // *Харківська хірургічна школа*. — 2011. — № 3. — С. 14-16.

2. *Биофункциональная симметрия индивидуальных значений клинико-лабораторных показателей у больных с тяжелыми формами остро го панкреатита* / В.А. Сипливы, К.В. Конь, В.И. Робак, А.В. Евтушенко // *Клінічна хірургія*. — 2012. — № 2. — С. 26-31.

3. *Губергерц Н.Б. Клиническая панкреатология* / Н.Б. Губергерц, Т.Н. Христин. — Донецьк: Лебідь, 2000. — 413 с.

4. *Криворучко І.А. Математична модель оцінки якості життя хворих, оперованих із приводу ускладнених форм хронічного панкреатиту* / І.А. Криворучко, Н.М. Гончарова // *Харківська хірургічна школа*. — 2011. — № 3. — С. 17-21.

5. *Маев И.В. Хронический панкреатит* / И.В. Маев, А.Н. Казюлин. — М.: Медицина, 2005. — 504 с.

6. *Сереброва С.Ю. Хронический панкреатит: современный подход к диагностике и лечению* / С.Ю. Сереброва // *РМЖ. Болезни органов пищеварения*. — 2008. — Т. 10, № 1. — С. 30-36.

7. *Хірургія: Підручник* / Бондарев В.І., Бондарев Р.В., Васильєв О.О. та ін.; за ред. проф. П.Г. Кондратенка. — К.: Медицина, 2009. — 968 с.

8. *Хирургия поджелудочной железы* / А.А. Шалимов, С.А. Шалимов, Н.Е. Ничитайло, А.П. Радзиховский. — Симферополь: Таврида, 1997. — 553 с.

9. *Chronic Pancreatitis. Novel Concepts in Biology and Therapy* / M.W. Büchler, H. Friess, W. Uhl, P. Malfertheiner. — Blackwell Publishing Ltd., 2002. — 614 p.

10. *Dominguez-Munoz G.E. Clinical Pancreatology for Practising Gastroenterologists and Surgeons*. — Blackwell Publishing Ltd., 2005. — 535 p.

11. *Raphael K.L. Hereditary pancreatitis: current perspectives* / K.L. Raphael, F.F. Willingham // *Clin. Exp. Gastroenterol.* — 2016. — Vol. 9. — P. 197-207.

12. *Surgical approaches to chronic pancreatitis: indications and imaging findings* / N. Hafezi-Nejad, V.K. Singh, S.I. Johnson et al. // *Abdom. Radiol. (NY)*. — 2016. — Vol. 41, № 10. — P. 1980-1996.

Отримано 05.01.2017 ■

Горбунов А.А., Запорожченко Б.С., Муравьев П.Т., Колодий В.В.
Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

Индивидуальный выбор хирургической тактики при лечении хронического панкреатита и псевдокист поджелудочной железы

Резюме. Представлены собственные результаты хирургического лечения больных с хроническим панкреатитом (ХП) и его осложнениями. В статье проведен анализ эффективности лечения указанного контингента больных, направленный на разработку индивидуальной хирургической тактики. На основании анализа причин возникновения клинических проявлений ХП авторами доказаны и сформулированы абсолютные и относительные показания к оперативному вмешательству. Авторы акцентируют на бережном отношении к тканям поджелудочной железы в ходе операции, других хирургических действий, которые в целом должны способствовать сохране-

нию панкреатического кровоснабжения в послеоперационном периоде, рациональном дренировании брюшной полости и т.д. Иначе говоря, речь идет о максимальной профилактике послеоперационных осложнений. Проведенная оценка эффективности отдаленных результатов лечения больных ХП показала преобладание положительных (71,2 %) результатов хирургического лечения, отрицательные последствия отмечены лишь в 7,9 % случаев.

Ключевые слова: хронический панкреатит; осложнения; индивидуальная хирургическая тактика; показания, отдаленные результаты лечения; эффективность лечения

A.A. Gorbunov, B.S. Zaporozhchenko, P.T. Muraviov, V.V. Kolodiy
Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

Individual surgical tactics in the treatment of chronic pancreatitis and pancreatic pseudocysts

Abstract. Authors present the results of own surgical treatment of patients with chronic pancreatitis (CP) and its complications. The article analyzes the effectiveness of the treatment of these patients aimed at the developing individual surgical tactics. Based on the CP causes and its clinical manifestations analysis, the author proved and formulated the absolute and relative indications for surgical interventions. Authors attract attention to the careful attitude to pancreatic tissues and other surgical operations, which are intended to preserve the pancreatic blood supply throughout the

postoperative period, efficient abdominal cavity drainage, etc. — everything refers to the maximal prevention of postoperative complications. The evaluation of the long-term treatment outcomes in patients with CP has detected the maximal (71.2 %) prevalence of good and insignificant predominance (7.9 %) of poor results of surgical treatment.

Keywords: chronic pancreatitis; complications; individual surgical tactic; indications; long-term treatment outcomes; efficacy of treatment