

УДК 616.366–003.7:616.36–008.6–089

В.І. Русин, С.С. Філіп*, О.О. Болдіжар, К.Є. Румянцев

*Кафедра хірургічних хвороб (зав. – проф. В.І. Русин), *кафедра загальної хірургії (зав. – проф. В.М. Шімон) Ужгородського національного університету*

РЕЗЕКЦІЙНІ СПОСОБИ ЛІКУВАННЯ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Резюме. У роботі узагальнено результати лікування 67 хворих на хронічний панкреатит, яким було виконано резекційні способи хірургічного лікування захворювання. На основі проведених досліджень автори приходять до висновку, що використання резекційних методів лікування хронічного панкреатиту на ранніх етапах перебігу захворювання свідчить про доцільність хірургічного видалення рубцево-змінених тканин підшлункової залози як щодо ліквідації больового синдрому, так і в плані запобігання рецидивів хвороби та усунення можливості виникнення онкологічної патології.

Ключові слова: підшлункова залоза, хронічний панкреатит, хірургічне лікування.

Хронічний панкреатит (ХП) є складним захворюванням з широким спектром клінічних проявів. Цей діапазон вміщує в себе від безсимптомного пацієнта до хворого з вираженою клінічною картиною та грізними ускладненнями. За епідеміологічними даними частота хронічного панкреатиту становить близько 8-10% в структурі усіх захворювань органів травлення. Нерідко це захворювання діагностують пізно (алкогольного походження – до 30 місяців, інші етіології – до 60 місяців від початку розвитку захворювання). Через 10 років після діагнозу ХП приблизно 25% пацієнтів змушені залишати свою професійну діяльність або стають інвалідами. Смертність від ХП упродовж 10 років становить 30%, 20 років – 50% [1-3].

ХП – хронічне поліетіологічне запальне захворювання тканини підшлункової залози з вогнищевими, сегментарними або дифузними, дегенеративними та деструктивними змінами паренхіми з розвитком фіброзу, яке супроводжується порушенням прохідності проток залози, зниженням її екзо- та ендокринної функцій.

Лікувальна тактика ХП залежить від фази, форми захворювання, локалізації патологічного процесу. Першочерговим завданням лікування є ліквідація чи зменшення болю, зупинка прогресування патологічного процесу, заміщення недостатньої екзо- чи ендокринної функції підшлункової залози (ПЗ), попередження ускладнень. Консервативні заходи дуже часто є недостатніми як при лікуванні ХП, так і в профілактиці ускладнень та загострення захворювання, хірургічне лікування за-

пізняється і дуже часто є неефективним. Летальність після екстрених операцій з приводу тяжких ускладнень набагато вища, ніж після планових операцій на ПЗ. Ось чому одним із способів покращання результатів лікування ХП є підвищення планової хірургічної активності по відношенню до пацієнтів з високим ризиком розвитку загострення захворювання та наявністю супутньої патології, а також покращанням способів оперативних втручань [1, 4-6].

Мета дослідження: покращити результати лікування хворих тяжкими і ускладненими формами ХП з використанням резекційних методик.

Матеріал і методи. На стаціонарному лікуванні у хірургічній клініці Закарпатської обласної клінічної лікарні імені Андрія Новака м. Ужгород за більше як десятирічний період (від 2000 до 2013 рр.) знаходилося 67 хворих з ХП. За статевую ознакою хворі поділені наступним чином: 41 (62,4%) чоловіків та 26 (37,6%) жінок у віці від 28 до 64 років (середній вік – 46,6).

У всіх хворих захворювання проявлялося диспептичними розладами травлення та больовим синдромом. Функціональний та морфологічний стан ПЗ оцінювали по результатам загальноклінічних, біохімічних, імунологічних, гістологічного, сонографічних методів дослідження (УСГ), комп'ютерної томографії (КТ), фіброезофагогастродуоденоскопії (ФЕГДС), ангіографії (целиакографія). Стан головної протоки (ГП) ПЗ досліджували за допомогою ретроградної холангіопанкреатографії (РХПГ).

У більшості пацієнтів відмічалось підви-

© Русин В.І., Філіп С.С., Болдіжар О.О., Румянцев К.Є., 2014

цення рівня α -амілази в крові та гіперглікемія. Найбільш інформативним методом діагностики ураження ПЗ було УСГ, за допомогою якого верифікували структуру тканини ПЗ, ширину ГППЗ та наявність в ній конкрементів. У випадках недостатньої верифікації змін в паренхімі ПЗ проводилась КТ з внутрішньовенними рентгенконтрастним підсиленням. ЕРПХГ проводилась не у всіх пацієнтів, із-за частих загострень ХП та посилення больового синдрому. За допомогою ФЕГДС виявляли стиснення ззовні дванадцятипалої кишки псевдо- та інтрапанкреатичними кистами ПЗ. При ангіографічному обстеженні діагностично інформативними були дані про особливості сплахнічного кровообігу – наявність локальної артеріальної гіпертензії.

Консервативне лікування при загостренні ХП проводили усім хворим в обсязі базової консервативної терапії гострого панкреатиту, чи то в комбінації з іншими методами лікування, яке було направлено на пригнічення секреції залози, боротьба з больовим синдромом, зменшення стази в протоках і дванадцятипалій кишці, покращання кровообігу в ПЗ, а в період ремісії тера-

пія була спрямована на максимальне відновлення функцій ПЗ.

Показаннями до хірургічних операцій були: 1. Больова форма панкреатиту з втратою ваги і частими рецидивами при відсутності ефекту консервативного лікування; 2. Панкреатогенний стеноз спільної жовчної протоки чи (і) дванадцятипалої кишки; 3. Сегментарна портальна гіпертензія; 4. Поєднання ХП з захворюваннями органів панкреатодуоденальної ділянки, які спричиняють рецидиви запалення ПЗ (дуоденостаз, виразкова хвороба шлунка чи дванадцятипалої кишки, жовчнокам'яна хвороба).

Основна мета хірургічного лікування – створення умов для оптимального відтоку панкреатичного соку в травну систему.

Хворим було проведено наступні оперативні втручання на ПЗ (таблиця). При фіброзно-дегенеративних змінах головки ПЗ та розширенні ГПП виконували операцію Фрея (рис. 1).

Операцію Бегера (рис. 2) виконували у хворих ХП, у яких зберігався больовий синдром після тривалої медикаментозної терапії на тлі збільшеної головки ПЗ (передне-задні розміри більше 4,0 см),

Таблиця

Види втручань та кількість ускладнень при резекційних способах лікування ХП

Метод лікування	Кількість хворих	Ускладнення	Кількість ускладнень
ПДР	3	–	–
Дистальна резекція+спленектомія	15	Екссудативний плеврит	4
		Піддіафрагмальний абсцес	2
Резекція ПЗ (дистальна, субтотальна дистальна)	23	–	–
операції Бегера (ізолювана резекція головки ПЗ)	18	–	–
операція Фрея (субтотальна дуоденумзберігаюча резекція головки ПЗ)	8	–	–
Усього	67		6



Рисунок 1 – Схема операції Фрея



Рисунок 2 – Схема операції Бегера

а також при наявності таких ускладнень, як стеноз спільної жовчної протоки і дванадцятипалої кишки, портальна гіпертензія.

Післяопераційні ускладнення у вигляді ексудативного плевриту (4 випадки) та піддіафрагмового абсцесу зліва (2 випадка), спостерігалися тільки у групі 15 хворих з локалізацією процесу у хвості ПЗ з клінічними проявами сегментної допечінкової портальної гіпертензії. У цих пацієнтів дистальна резекція ПЗ супроводжувалася спленектомією, яка у свою чергу викликає пригнічення, як специфічного, так і неспецифічного імунітету. Це явище необхідно брати до уваги при виборі об'єму операційного втручання, але у той же час, спленектомія при сегментній формі допечінкової портальної гіпертензії до сьогоднішнього дня продовжує залишатися єдиним патофізіологічним способом лікування цього ускладнення.

Результати дослідження та їх обговорення.

Будь-яка хірургічна операція – вимушений захід, а при ХП її виконують у тих випадках, коли весь арсенал застосованих медикаментозних засобів, а також ендоскопічних та пункційних методів виявився неефективним як щодо ліквідації больового синдрому, так і в плані збереження ендотаркзокринної функції ПЗ.

При оперативному лікуванні видаляється тільки фіброзно-змінений сегмент ПЗ, який є причиною розвитку ускладнень ХП і рецидивів хвороби. Такий підхід базується, насамперед, на одній з найбільш істотних особливостей захворювання – вогнищевість ураження ПЗ. При хронічному рецидивуючому панкреатиті найчастіше процес локалізується в одній з анатомічних ділянок ПЗ (голівка, тіло, хвіст) або окремому сегменті. Це є відображенням загальної закономірності, яка полягає у тому, що будь-який орган не є цитологічно монолітним і розвиток патологічних процесів повністю залежить від специфіки гемодинамічних умов [1].

Морфологічне вивчення операційного матеріалу дозволило переконатися в тому, що джерелом больового синдрому при ХП є залучені в патологічний процес нервові утворення ПЗ, а також нерви, розташовані в склерозованій парапанкреатичній клітковині. Саме в цих нервових стовбурах присутні виражені дегенеративні зміни і навіть їх загибель. Видалення змінених нервових утворень у сегменті ПЗ пояснює відсутність тяжких проявів больового синдрому в післяопераційному періоді.

Іншим джерелом больового синдрому є залу-

чені в патологічний процес проток ПЗ. У віддаленому сегменті ПЗ вони через перидуктальний склероз піддаються деформації, що призводить до їх стенозування. Утруднений відтік панкреатичного соку при одночасній стимуляції секреції ПЗ веде до наростання внутрішньопротокової гіпертензії, що є причиною посилення абдомінального больового синдрому. Тривале порушення відтоку секрету рефлекторно веде до пригнічення секреції з розвитком прогресуючої атрофії залозистих клітин та їх загибелі, а також колапсу строми. Видалення при сегментарній резекції ділянок з найбільш вираженою рубцевою деформацією проток ПЗ ліквідує протокову гіпертензію, що призводить до ослаблення або навіть ліквідації больового синдрому в оперованих хворих. Тому ймовірний профілактичний ефект сегментарної резекції ПЗ щодо рецидивів хвороби.

При аналізі гістологічних досліджень спостерігаються ознаки інвагінації артерій, і явища локальної артеріальної гіпертензії (підтверджено при ціліакографії), що є причиною виникнення загострень ХП. Видалення фіброзно-змінених тканин призводить до ліквідації вогнища в ПЗ, і є вагомим аргументом на користь застосування органозберігальних операцій при ХП, що передбачає видалення тільки рубцево-зміненого сегмента ПЗ. Обсяг резектованих тканин повинен бути мінімальним і в той же час достатнім для ліквідації ускладнень і попередження рецидивів хвороби. Такі операції дозволяють уникнути тяжких пострезекційних ускладнень та інвалідизації оперованих хворих.

Ще одним аргументом на користь резекційних методів лікування при ХП є те, що рубцево-змінений сегмент ПЗ є осередком, де синтезуються онкобілки і розвиваються передракові проліферати. Перешкодити такому розвитку подій може своєчасне хірургічне видалення сегмента ПЗ, що містить рубцеві ділянки.

Висновок. Використання резекційних методів лікування ХП на ранніх етапах перебігу захворювання свідчить про доцільність хірургічного видалення рубцево-змінених тканин ПЗ як щодо ліквідації больового синдрому, так і в плані запобігання рецидивів хвороби та усунення можливості виникнення онкологічної патології.

Перспективи наукового пошуку. Подальше вивчення питання більш чітких показань до оперативного лікування при ХП на ранніх етапах перебігу захворювання.

Список використаної літератури

1. Дронов О.І. Еволюція уявлень про фіброз та цироз підшлункової залози / О.І. Дронов, Є.А. Крючина, А.І. Горлач // *Хірургія України*. – 2008. – № 2(26). – С. 79-87.
2. Дренирующие и резекционные операции в хирургическом лечении хронического панкреатита / В.М. Копчак, И.В. Хомяк, К.В. Копчак, А.И. Зелинский // *Анналы хирург. гепатолог.* – 2008. – № 3. – С. 167-168.
3. Изолированная резекция головки поджелудочной железы при хроническом панкреатите / Э.И. Гальперин, Т.Г. Дюжева, Г.Г. Ахаладзе [и др.] // *Анналы хирург. гепатолог.* – 2008. – № 3. – С. 155.
4. Криворучко І.А. Хірургічне лікування хронічного панкреатиту / І.А. Криворучко, В.В. Бойко, А.В. Сивожелізов // *Наук. вісн. Ужгородського ун-ту*. – 2006. – № 29. – С. 66-69.
5. Хірургічне лікування хронічного панкреатиту / І.М. Шевчук, М.Г. Шевчук, А.Д. Хруник, М.Б. Федорків // *Укр. Ж. Хірург.* – 2011. – № 3(12). – С. 211-214.
6. 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.

РЕЗЕКЦИОННЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Резюме. В работе обобщены результаты лечения 67 больных хроническим панкреатитом, которым было выполнено резекционные способы хирургического лечения заболевания. На основе проведенных исследований авторы приходят к выводу, что использование резекционных методов лечения хронического панкреатита на ранних этапах течения заболевания свидетельствует о целесообразности хирургического удаления рубцово-измененных тканей поджелудочной железы как для ликвидации болевого синдрома, так и в плане профилактики рецидивов болезни и устранения возможности возникновения онкологической патологии.

Ключевые слова: поджелудочная железа, хронический панкреатит, хирургическое лечение.

RESECTION METHODS OF TREATMENT IN CASE OF CHRONIC PANCREATITIS

Abstract. The paper summarizes the results of treatment of 67 patients with chronic pancreatitis, who underwent resection methods of surgical treatment of the disease. Based on the studies, the authors have come to a conclusion that the use of chronic pancreatitis resection therapies in the early stages of the disease indicates the feasibility of surgical removal of modified pancreas scar-tissue for elimination of pain, as well as for relapse prevention and elimination of the possibility of cancer pathology.

Key words: pancreas, chronic pancreatitis, surgical treatment.

Uzhgorod National University (Uzhgorod)

Надійшла 17.03.2014 р.
Рецензент – проф. Полянський І.Ю. (Чернівці)