

А.І. Суходоля, С.А. Суходоля, В.М. Монастирський, І.В. Лобода

Кафедра хірургії факультету післядипломної освіти (зав. – проф. А.І. Суходоля)

Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, м. Хмельницький

ІНТРАОПЕРАЦІЙНА ПАНКРЕАТОВІРСУНГОГРАФІЯ В КОМПЛЕКСНІЙ ДІАГНОСТИЦІ УСКЛАДНЕНЬ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Резюме. Узагальнено досвід хірургічного лікування 106 пацієнтів з ускладненим перебігом хронічного панкреатиту. Залежно від виду ускладнень, локалізації процесу, стану панкреато-біліарної зони, за допомогою запропонованої нами інтраопераційної пункційної панкреатовірсунгографії, виконувалась інвазивна діагностика стану протокової системи та тканини підшлункової залози. Це дало змогу діагностувати різні ускладнення хронічного панкреатиту (ХП), та виконати оптимальні оперативні втручання з найменшими післяопераційними ускладненнями. У 40 (59%) пацієнтів (основна група) проведена інтраопераційна пункція на панкреатовірсунгографія. У 28 (41%) пацієнтів (група порівняння) здійснене зовнішнє або внутрішнє (цистодуоденоанастомоз, цистогастроанастомоз) дренивання кіст підшлункової залози (ПЗ). Кількість післяопераційних ускладнень становила 12,3%, а загальна летальність – 4,7%. Застосування розробленої інтраопераційної діагностики ураження протокової системи підшлункової залози, а саме пункційної панкреатовірсунгографії, забезпечило зменшення частоти ускладнень у ранньому післяопераційному періоді, вираженості больового синдрому, а також покращення якості життя пацієнтів (за опитувальником MOS SF-36).

Ключові слова: підшлункова залоза, ускладнений хронічний панкреатит, інтраопераційна пункційна панкреатовірсунгографія.

Хронічний панкреатит (ХП) – запальне рецидивуюче захворювання підшлункової залози (ПЗ), що характеризується руйнуванням здорової тканини, розвитком рубцевої фіброзної тканини і, як наслідок, призводить до незворотніх морфологічних змін. Подальший розвиток хвороби супроводжується больовим синдромом, розладом функції підшлункової залози (ПЗ), ускладнюється цукровим діабетом, стеатореєю, втратою маси тіла, що призводить до зниження якості життя (ЯЖ) пацієнтів. З часом, внаслідок прогресування хвороби, відбувається наростання екзо- та ендокринної недостатності [1, 2].

Незважаючи на існування різних методів діагностики (УЗД, ФЕГДС, МСКТ, ЕРХПГ, визначення фекальної еластази-1, прихованого жиру та трипсину у калі), остаточно не визначені конкретні діагностичні критерії оцінки стану паренхіми і протокової системи ПЗ, позапечінкових жовчевих шляхів, суміжних органів, а також позаочеревинної клітковини хворих на ХП [3-5]. Це має важливе значення для визначення показів дооперативного лікування та можливості комплексної корекції виявлених змін. Злоякісне переродження ПЗ у пацієнтів з ХП спостерігається у п'ять разів

частіше, що часто спричинює труднощі у диференційній діагностиці цих двох захворювань [1, 6-8,]. Досі не існує загальноприйнятого золотого стандарту для діагностики ХП.

Таким чином, збільшення кількості хворих на ускладнені форми ХП, чисельні морфологічні зміни ПЗ при них, відсутність єдиного погляду щодо діагностики та найбільш раціонального способу оперативного втручання, які спрямовані на максимальне збереження функції ПЗ, зменшення клінічних проявів ускладнених форм ХП та кількість післяопераційних ускладнень, а також поліпшення ЯЖ оперованих пацієнтів, дають підстави розробляти та впроваджувати методи діагностики ускладнень у хворих на ХП [9, 10].

Мета дослідження: покращити якість життя пацієнтів з ускладненими формами ХП шляхом диференційованого підходу до діагностики (інвазивної та неінвазивної), інтраопераційного вибору тактики оперативного етапного втручання залежно від результатів інтраопераційної пункційної панкреатовірсунгографії та післяопераційного ведення пацієнтів.

Матеріал і методи. Робота базується на ретроспективному та проспективному аналізі

результатів хірургічного лікування 106 хворих на ускладнені форми ХП, що перебували на лікуванні у хірургічному відділенні протягом 2013-2017 рр. Пацієнтів розподілили згідно з класифікацією М. Vischler та співавт. (2009 р.): критерії залучення – хворі зі стадіями В та С на ХП.

У хірургічний стаціонар хворі поступали після багаторічного, малоефективного консервативного лікування, а також після операцій з приводу гострого панкреатиту.

Серед оперованих хворих більшість чоловіків – 65,0%, жінок було 35,0%, серед яких віком до 50 років – 68% (64 хворих). Більшість оперованих пацієнтів – люди працездатного віку, що засвідчує про соціальний аспект та державну значимість проблеми, яку розглядаємо. Кількість післяопераційних ускладнень становила 12,3%, а загальна летальність – 4,7%.

Тривалість захворювання пацієнтів на ускладнені форми ХП становила від 1 до 10 років. Більшість пацієнтів переносили неодноразові атаки гострого панкреатиту, що в результаті сприяло розвитку хронічного процесу та прогресуванню хвороби з усіма подальшими ускладненнями [3]. Частина пацієнтів не могла чітко встановити початок розвитку хвороби та причини її виникнення.

ХП алкогольного генезу розвинувся у 83 (78,4%) хворих; у 21 (20%) – причиною виникнення була наявність жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) в анамнезі; у 2 (1,6%) – ідіопатичний ХП.

Перед операцією ми виконували такий діагностичний скринінг: ЕРХПГ, УЗД, КТ, а у хворих із зовнішніми норицями - фістулографію, переважно у скопичному режимі. При підозрі на внутрішню панкреатичну норицю (ПН), панкреатичний асцит (ПА), плеврит (ПП) та панкреатоплеаральну норицю (ППН) виконували ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію (ЕРХПГ), плевральну та черевну пункцію з визначенням діастази рідини. До інвазивних інтраопераційних методів діагностики ХП, в обов'язковому порядку, пропонуємо впровадити запропоновану нами інтраопераційну пункційну панкреатовірсунгографію.

Методика проведення інтраопераційної пункційної панкреатовірсунгографії така: після входження у велику чепцеву сумку шляхом розсічення шлунково-ободової зв'язки мобілізували ПЗ. Як правило, у більшості пацієнтів при ускладненому ХП наявна протокова гіпертензія, тому пальпаторно виявити протоку ПЗ нескладно. Відзначають її випинання, при пальпації – незначну флюктуацію чи пролабування. Якщо це не вдається зробити пальпаторно, протоку ПЗ можна пункту-

вати чи здійснити поперечні косі розрізи. Далі виконували пункцію та аспірували панкреатичний сік в об'ємі, що приблизно відповідатиме об'єму введеної контрастної речовини. Попередньо лікар-анестезіолог внутрішньовенно вводив 200 мкг октреостатину для запобігання загострення панкреатиту. Водорозчинну контрастну речовину (тріомбрас 76%) розводили 0,5% розчином новокаїну у співвідношенні 1:1. Розчин вводили в протоку шприцом, поступово натискаючи на поршень. Як правило, для результативної панкреатовірсунгографії вистачало 20 мл контрасту. Через 1 хв проводили інтраопераційну рентгенографію, –скопію (патент на корисну модель №101656. Бюл. №18 від 25.09.15р.) [4].

При правильному виконанні даного обстеження ми отримуємо контрастовану протоку ПЗ на всьому протязі, візуалізуються панкреатичні «озера» та конкременти, з наявністю сполучення з кістою або виходу контрастної речовини за межі ПЗ, що засвідчує про наявність нориці (черевної або панкреатоплеваральної).

При фіброзних змінах голівки ПЗ спостерігаємо стеноз ДПК, що підтверджується відсутністю в ній контрасту. На нашу думку, даний метод є найбільш інформативним і дозволяє виконати найбільш ефективно оперативне втручання та запобігти ускладненню. Перевага запропонованого методу дозволяє обирати найбільш оптимальне та у подальшому найбільш ефективно оперативне втручання інтраопераційно, залежно від отриманих результатів даного дослідження. Метод практично не має ускладнень та дозволяє одразу коригувати їх.

Результати дослідження та їх обговорення. Незважаючи на сучасні методи діагностики, а також їх доступність, постановка діагнозу ХП все ж залишається складною та дещо запізнілою. Значна кількість таких пацієнтів продовжує систематично лікуватися у терапевтичних відділеннях, де отримує тільки тимчасове полегшення стану і відтермінування оперативного втручання. Тому вважаємо найбільш ефективним та специфічним методом діагностики ускладнених форм ХП визначення фекальної еластази-1 [2, 7] як показника екзокринної недостатності ПЗ. Як відомо, клінічні ознаки екзокринної недостатності проявляються тільки після значної її втрати функції. Даний метод зарахований у діагностичний скринінг та застосовується як в амбулаторних пацієнтів, так і у пацієнтів, що знаходяться у хірургічному стаціонарі.

З метою діагностики нориць (внутрішньоочеревинних та черевноплеваральних) ПЗ, протокової гіпертензії, сполучення протоки ПЗ з кістою ми

впровадили спосіб інтраопераційної діагностики змін протокової системи ПЗ (рисунок). У дослідження залучені 68 (64%) пацієнтів, у яких виявлені кісти (голівки, тіла, хвоста) ПЗ, які розподілені на дві групи.



Рисунок. Контрастована розширена протока ПЗ, що сполучається з порожниною кісти та наявним пасажем у ДПК

У 40 (59%) пацієнтів (основна група) проведена інтраопераційна пункційна та панкреатівірсунгографія, що дозволило у 30 (75%) з них виявити кісту, що сполучалася з протокою ПЗ, і значну протокову гіпертензію.

У 28 (41%) пацієнтів (група порівняння) здійснене зовнішнє або внутрішнє (цистодуоденоанастомоз, цистогастроанастомоз) дренування кіст ПЗ.

Поздовжня панкреатоцистоєюностомія (операція Пестова) виконана у 24 (60%) пацієнтів, операція Фрея – у 12 (30%), операція Бегера – у 4 (10%). Тривалість спостереження від 6 до 36 міс.

Оскільки у пацієнтів групи порівняння протокова гіпертензія не ліквідувалась, у 18 (64%) пацієнтів з часом виникли рецидиви, збільшилася інтенсивність больового синдрому, у 7 (25%) – сформувалася зовнішня тривала нориця ПЗ, що потребувала повторних оперативних втручань. У 10 (36%) пацієнтів у віддаленому післяопераційному періоді виникла механічна жовтяниця. В основній групі ускладнення після операції Пестова виникли у 3 (12,5%) хворих (зовнішня нориця ПЗ), що з часом ліквідувалась, решта – відзначали поліпшення ЯЖ за даними опитувальника MOS SF-36.

Операції при ПА та ПП виконані у 11 (10%) пацієнтів. З них у 5 (45,5%) діагностована ППН.

Інтраопераційно у цих хворих нам вдалось візуалізувати норицевий хід шляхом ретельної мобілізації верхньої частини залози на всьому протязі. Інколи змушені були виконувати мобілізацію заочеревинного простору до діафрагми та стравоходу. Трьом з вище вказаних пацієнтів сформовано панкреатоентероанастомоз за Ру для відновлення вільного пасажу панкреатичного соку по шлунково-кишковому тракті з одночасною ліквідацією (роз'єднанням) ППН. Рецидивів не спостерігали. У двох пацієнтів з правобічною ППН та тотальним гідротораксом, але без протокової гіпертензії, візуалізовано норицевий хід та пересічено його. Панкреатоентероанастомоз не накладався. При цьому обом пацієнтам роздреновано з позитивним ефектом плевральні порожнини за Бюлау.

Проведення інтраопераційної пункційної панкреатівірсунгографії дало можливість визначити стан протокової системи ПЗ і, залежно від цього, застосувати найбільш ефективний метод оперативного втручання. За інформативністю діагностики захворювань органів панкреатогепатобіліарної зони, метод зіставний з ЕРХПГ, проте він є більш безпечним та простим у виконанні. Слід пам'ятати, що ці методи не є конкуруючими, а доповнюють один одного під час встановлення діагнозу та вибору методу оперативного втручання. Застосування запропонованої тактики дозволило запобігти виникненню рецидивів та покращити ЯЖ оперованих пацієнтів.

Висновки: 1. Інтраопераційна пункційна панкреатівірсунгографія у комплексній діагностиці є простим, безпечним та інформативним методом діагностики ускладнень при хронічному панкреатиті; дозволяє диференціювати тип змін протокової системи підшлункової залози у хворих з ускладненим ХП. 2. Застосування інтраопераційної пункційної панкреатівірсунгографії доповнює відомі діагностичні методики і цим полегшує вибір методу операції та забезпечує кращий результат оперативного втручання при ускладнених формах ХП.

Перспективи подальших досліджень. У подальшому будуть апробуватися найбільш прийнятні оперативні втручання залежно від картини інтраопераційної пункційної панкреатівірсунгографії.

Список використаної літератури

1. Хронический панкреатит – современные концепции патогенеза, диагностики и лечения / А.А. Шалімов, В.В. Грубнік, Джоел Горовиц [и др.]. – К.: Здоров'я, 2000. – 255 с.
2. Етапні хірургічні втручання при ускладненому хронічному панкреатиті / А.І. Суходоля, В.В. Петрушенко, О.О. Підмурняк [та ін.] // Харківська хірургічна школа. – 2013. – № 2. – С. 85-88.
3. Суходоля С.А. Обґрунтування диференційованого підходу до хірургічного лікування ускладнених форм хронічного панкреатиту: авто-реф. дис. ...

канд. мед. наук / С.А. Суходоля; Національна академія медичних наук України, ДУ "Наці-ональний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова". – Київ, 2016. – 20 с. 4. Пат. 101656 Україна. МПК А61В 17/34. Спосіб інтраопераційної пункційної панкреатовірсунгографії. / С.А. Суходоля, В.В. Петрушенко, А.І. Суходоля, О.В. Коломієць (Україна) – № u201502823. – Заявл. 27.03.15; опубл. 25.09.15. Бюл. №18. 5. American Pancreatic Association Practice Guidelines in Chronic Pancreatitis: evidence-based report on diagnostic guidelines / D.L. Conwell, L.S. Lee, D.L. Yadav [et al.] // *Pancreas*. – 2014. – № 43. – P. 1143-1162. 6. Giger U. Management of chronic pancreatitis / U. Giger, Z. Stanga, M.H. De Legge // *Nutr. Clin. Pract.* – 2004. – № 19. – P. 37-49. 7. Pancreatitis and the risk of pancreatic cancer. International Pancreatitis Study Group / A. Lowenfels, P. Maisonneuve, G. Cavallini [et al.] // *N. Engl. J. Med.* – 1993. – Vol. 328. – P. 1433-1437. 8. Incidence of and risk factors for developing pancreatic cancer in patients with chronic pancreatitis / Y. Kudo, T. Kamisawa, H. Anjiki [et al.] // *Hepatogastroenterology*. – 2011. – Vol. 58, № 106. – P. 609-611. 9. Chronic pancreatitis: A diagnostic dilemma / M. Hazel, Ní Chonchubhair, Oladapo Lawal [et al.] // *World J. Gastroenterol.* – 2016. – Vol. 21, № 22(7). – P. 2304-2313. 10. The seventh nationwide epidemiological survey for chronic pancreatitis in Japan: clinical significance of smoking habit in Japanese patients / M. Hirota, T. Shimosegawa, A. Masamune [et al.] // *Pancreatology*. – 2014. – № 14. – P. 490-496.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ПАНКРЕАТОВИРСУНГОГРАФИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Резюме. Обобщен опыт хирургического лечения 106 пациентов с осложненным течением ХП. В зависимости от вида осложнений, локализации процесса, состояния панкреато-билиарной зоны с помощью предложенной нами интраоперационной пункционной панкреатовірсунгографії, выполнялась инвазивная диагностика состояния протоочной системы и ткани ПЖ. Это дало возможность диагностировать различные осложнения ХП и выполнить самое оптимальное оперативное вмешательство, с наименьшими послеоперационными осложнениями. В 40 (59%) пациентов (основная группа) проведена интраоперационная панкреатовірсунгографія. В 28 (41%) пациентов (группа сравнения) осуществлено внешнее или внутреннее (цистодуоденоанастомоз, цистогastroанастомоз) дренирование кист ПЖ. Количество послеоперационных осложнений составило 12,3%, а общая летальность – 4,7%. Применение разработанной интраоперационной диагностики поражения протоочной системы поджелудочной железы, а именно пункционной панкреатовірсунгографії, обеспечило уменьшение частоты осложнений в раннем послеоперационном периоде, выраженности болевого синдрома, а также улучшение качества жизни пациентов (по опроснику MOS SF-36).

Ключевые слова: поджелудочная железа, осложненный хронический панкреатит, интраоперационная пункционная панкреатовірсунгографія.

INTRAOPERATIVE PANCREATOVIRUSUNGOGRAPHY AS COMPLEX DIAGNOSTIC OF COMPLICATIONS OF CHRONIC PANCREATITIS

Abstract. The experience of surgical treatment of 106 patients with complicated chronic pancreatitis occurrence. Depending on the type of complications localization process, state-biliary pancreatic area using our proposed intraoperative puncture pancreatovirsungography, performed invasive diagnostics of the ductal system and pancreatic tissue. This enabled us to diagnose the various complications of CP, and implement the most optimal surgery, with minimal postoperative complications. In 28 (41%) patients (first group) performed external or internal drainage of cysts. In 40 (59%) patients (study group) performed intraoperative puncture pancreatovirsungographiya that allowed in 28 (41%) of them reveal cyst, which combined with duct and a significant ductal hypertension. So intraoperative puncture pancreatovirsungography is informative and effective method of invasive ductal system software research in patients complicated forms of CP, allowed to use the most effective method of surgical treatment for a particular patient. Applications developed intraoperative diagnosis of ductal system of the pancreas, namely pancreatovirsungography puncture, ensured the reduction of the frequency of complications in the early postoperative period, severity of pain and improve quality of life (by questionnaire MOS SF-36).

Key words: pancreas, complicated chronic pancreatitis, exocrine pancreatic insufficiency, intraoperative puncturepancreatovirsungography.

National Pirogov Memorial Medical University (Vinnytsya)

Надійшла 2.04.2017 р.

Рецензент – д.мед.н. Максимюк В.В. (Чернівці)