

Хірургічна тактика лікування ускладнених форм хронічного панкреатиту з огляду на функціональний стан хворих

М. Ю. Ничитайло¹, Б. С. Запорожченко², А. А. Горбунов², П. Т. Муравйов², Д. А. Бондарець²

¹Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ,

²Одеський національний медичний університет

Surgical tactics of treatment of complicated forms of chronic pancreatitis, taking into account the patients' functional state

M. Yu. Nichitaylo¹, B. S. Zaporozhchenko², A. A. Gorbunov², P. T. Muravyov², D. A. Bondarets²

¹Shalimov National Institute of Surgery and Transplantology, Kyiv

²Odessa National Medical University

Реферат

Вступ. Хронічний панкреатит (ХП) – поліетіологічне захворювання. Важливою проблемою абдомінальної хірургії є лікування ускладнених форм ХП.

Матеріали і методи. Проаналізований досвід хірургічного лікування 185 хворих з приводу ускладненого ХП за 7 років. У 109 хворих проаналізований функціональний стан, на підставі чого обирали тактику хірургічного лікування.

Результати. При хронічному запаленні проксимальних частин підшлункової залози (ЗП), а особливо її головки, у 64,5% хворих виявлені порушення нормального пасажу жовчі у дванадцятипалу кишку (ДПК). Портальна гіпертензія вторинного генезу внаслідок стиснення ретропанкреатичних венозних судин відзначена у 25,9% хворих; у 61,5% – діагностована кістозна трансформація протокової системи ПЗ, справжні та псевдокісти; у 10,1% – норія ПЗ.

Висновок. При розробці тактики оперативного лікування хворих з приводу ХП сформульовані абсолютні й відносні показання та протипоказання, засновані на об'єктивному аналізі стану всіх систем і органів пацієнтів. За наявності вираженої внутрішньоорганної дисфункції виконання оперативного втручання можливе за умови компенсації функціонального стану шляхом проведення інтенсивної фармакотерапії до операції.

Ключові слова: хронічний панкреатит; хірургічне лікування; показання; протипоказання; компресійні ускладнення; індивідуальна тактика лікування.

Abstract

Introduction. Chronic pancreatitis – polyetiologic disease. Treatment of complicated forms of chronic pancreatitis constitutes an important problem of abdominal surgery.

Materials and methods. Experience of surgical treatment of 185 patients, suffering complicated chronic pancreatitis through 7 years, was analyzed. In 109 patients functional state was analyzed, serving to guide the surgical treatment tactics.

Results. In chronic inflammation of pancreatic proximal parts, especially of its head, in 64.5% of the patients the disorders of normal passage of bile into duodenum were revealed. Secondary portal hypertension due to squeezing of retropancreatic venous vessels was noted in 25.9% of patients; in 61.5% – cystic transformation of the pancreatic ducts system, true cysts and pseudocysts were diagnosed; and in 10.1% – pancreatic fistula.

Conclusion. Absolute and relative indications and contraindications, based on objective analysis of all systems and organs of the patients, were formulated while elaboration of the operative treatment tactics for chronic pancreatitis. While presence of pronounced intraorgan dysfunction the operative intervention performance is possible only, if compensation of functional state was achieved, using preoperative intensive medicinal therapy.

Keywords: chronic pancreatitis; surgical treatment; indications; contraindications; compression complications; individual tactics of treatment.

Хронічний панкреатит (ХП) – поліетіологічне захворювання, поліморфне за проявами, особливостями клінічного перебігу, ускладненнями, методами лікування, віддаленими результатами [1 – 3]. Частота ХП у структурі захворювань органів черевної порожнини становить від 5,3 до 8,8% з тенденцією до збільшення [4, 5]. В останні роки ХП вважають одним з найбільш частих хірургічних захворювань [6, 7]. Важливою проблемою абдомінальної хірургії є ускладнені форми ХП [4, 5, 7]. Через високі показники післяопераційної летальності (понад 20%), значну частоту післяопераційних ускладнень (понад 40%) оперативні втручання на ПЗ є одними з найскладніших в абдомінальній хірургії [6 – 8].

Маючи значний власний досвід лікування таких хворих, ми дійшли висновку про необхідність індивідуального підходу до радикального лікування кожного хворого з приводу ХП, особливо його ускладнених форм. При цьому важливим аспектом хірургічної тактики, який має вирішити фахівець в індивідуальному порядку, є: алгоритм дій та лікувальна тактика за наявності у пацієнта ускладненого ХП, що обтяжує перебіг основного захворювання та впливає на тактику хірургічного лікування.

Мета дослідження: аналіз ускладнених форм ХП та розробка тактики хірургічного лікування хворих, зважаючи на їх функціональний стан.

Матеріали і методи дослідження

Проаналізований досвід хірургічного лікування 185 хворих з приводу ускладненого ХП. Ретроспективно відібрані 109 (58,9%) хворих, у яких аналізували функціональний стан, на підставі чого обирали тактику їх хірургічного лікування.

Операції з приводу ускладнених форм ХП виконано у 109 хворих, у тому числі 80 (73,4%) чоловіків і 29 (26,6%) жінок.

За існуючою міжнародною класифікацією та характером ускладнень ХП хворі рандомізовані на 3 групи. У 1-шу групу включений 31 (28,4%) хворий, у якого виявлені компресійні ускладнення ХП.

При хронічному запаленні проксимальних частин ПЗ, особливо її головки, у 21 (64,5%) хворого виявлене порушення пасажу жовчі у ДПК. Це зумовлене розташуванням спільної жовчної протоки по відношенню до головки ПЗ, а саме його ретро- та інтрапанкреатичного відділів, що, за наявності запального та/або інфекційного процесу, кісти в проксимальній частині ПЗ зумовлює затримку відтоку жовчі.

Це спричинило формування непрохідності ДПК в 11 (35,5%) хворих.

Портальна гіпертензія вторинного генезу внаслідок стиснення ретропанкреатичних венозних судин виникла у 8 (25,9%) хворих.

У 67 (61,5%) хворих (2-га група) склали діагностовані кістозна трансформація протокової системи ПЗ, справжні та псевдокісти. У 38 (56,7%) хворих діагностовані справжні кісти ПЗ, у 29 (43,3%) – псевдокісти, що локалізувалися у проксимальних відділах ПЗ.

Основними причинами кістоутворення вважаємо напади гострого панкреатиту, обструкцію вивідних відділів протокової системи ПЗ, індуковану утворенням та наявністю каменів у протоці ПЗ, компресію ділянки великого сосочка ДПК, що утруднювало відтік панкреатичного секрету та спричиняло гіпертензію протоки ПЗ.

До 3-ї групи увійшли 11 (10,1%) пацієнтів, у яких утворилися нориці ПЗ. У 9 (81,9%) з них нориця відкрилася на передній черевній стінці, у 2 (18,1%) – утворилася з порожнистими органами черевної порожнини, частіше – шлунком.

Причиною утворення панкреатичної нориці у 7 (63,4%) хворих було хірургічне втручання, у 4 (36,6%) – тупа травма живота з порушенням цілісності ПЗ.

За такої ситуації, як правило, виконували оперативне втручання з приводу великовогнищового панкреонекрозу, інфікованих постнекротичних і паранкреатичних кіст за дрібновогнищового панкреонекрозу, яке завершували встановленням дренажу до патологічно зміненої ділянки. Застосування такої хірургічної тактики дозволяє досягти позитивного клінічного ефекту, проте в подальшому, після видалення дренажів можливе утворення зовнішньої панкреатичної нориці, що ускладнювало перебіг тривало існуючого запалення ПЗ, трансформування його у стадію хронічного запалення з додатковим вивільненням медіаторів запальної реакції, що обтяжувало клінічний перебіг ХП з епізодами вторинної альтерації клітин паренхіми ПЗ. В одному спостереженні причиною формування панкреатичної нориці була раніше виконана операція безпосередньо на ПЗ.

Аналогічну ситуацію відзначали за тупої травми живота з пошкодженням ПЗ та деструкцією її протокової системи. Відсутність хірургічної допомоги у таких потерпілих безпосередньо після травми спричиняє тривале запалення ПЗ, формування панкреатичної нориці. У наших спостереженнях панкреатична нориця частіше локалізувалася в ділянці головки ПЗ, рідше – у центральній і дистальній частині органа.

Результати

У пізні терміни спостереження хворих з ХП у 33% з них виявлені компресійні ускладнення. Провідним вважаємо те, що в більшості хворих відзначене порушення відтоку жовчі. Пізніше приєднувалися непрохідність ДПК і вторинна портальна гіпертензія. Ці ускладнення виникли відповідно у 35,5 та 25,9% хворих.

Більш ніж у 50% хворих за ускладненого ХП відзначені кістозна трансформація паренхіми ПЗ та формування кіст, у 56,7% з них – справжніх, у 43,3% – псевдокіст. Причинами утворення кіст вважаємо обструкцію вивідних відділів протокової системи ПЗ внаслідок вірсунголітіазу і компресію ділянки великого сосочка ДПК, а також перенесений напад гострого панкреатиту.

Основними причинами формування нориць ПЗ у хворих з ХП були інфіковані постнекротичні кісти та закриті пошкодження ПЗ з деструкцією протокової системи. У більшості (81,9%) спостережень нориця була розташована в проксимальних частинах ПЗ.

Обговорення

Ретроспективний аналіз контингенту хворих з діагнозом ХП потрібний для визначення тактики їх подальшого ведення, обрання основних критеріїв оцінювання їх клінічного стану, формулювання показань і протипоказань до виконання оперативного втручання. ХП – це запальне захворювання паренхіми ПЗ, що спочатку не потребує оперативного втручання. Проте з часом, у міру прогресування захворювання, запального ушкодження паренхіми ПЗ хірургічну тактику розробляють з огляду на клінічний стан хворого, тяжкість ушкодження ПЗ та її протокової системи.

Показання до оперативного лікування хворих з приводу ХП виділяємо абсолютні та відносні. Абсолютним показанням до хірургічного лікування хворого вважаємо наявність хоча б одного з ускладнень: кісти ПЗ, руйнування головки ПЗ, тривало функціонуюча панкреатична нориця, компресія жовчовивідних шляхів, непрохідність ДПК, регіонарна портальна гіпертензія тощо. Виявлення будь-якого неперифікованого об'ємного утворення в проекції ПЗ також є абсолютним показанням до виконання операції.

При розробці тактики оперативного лікування конкретного хворого важливо аналізувати й протипоказання до хірургічного втручання. У цілому наслідок і кінцевий результат будь-якого хірургічного втручання залежить не лише від адекватно проведеної операції, а й від стану всіх систем і органів пацієнта. Ми при цьому беремо до уваги також виражені порушення серцево-судинної, дихальної, кровотворної, згортальної та інших систем організму хворого, що є прямим протипоказанням до здійснення хірургічного втручання на ПЗ. Проте ма-

ючи значний клінічний досвід, вважаємо, що навіть і таких пацієнтів можливо оперувати за умови досягнення компенсації функціонального стану зазначених систем органів шляхом проведення інтенсивної фармакотерапії до операції.

Висновки

1. У хворих за значної тривалості ХП часто виявляють компресійні ускладнення у вигляді порушення відтоку жовчі з формування непрохідності ДПК та вторинної портальної гіпертензії.

2. Більш ніж у 50% хворих за ускладненого ХП відзначають кістозну трансформацію паренхіми ПЗ та формування кіст.

3. При розробці тактики оперативного лікування конкретного хворого з приводу ХП сформульовані абсолютні та відносні показання й протипоказання, засновані на об'єктивному аналізі стану всіх систем і органів. За вираженої внутрішньоорганної дисфункції виконання оперативного втручання у таких хворих вважаємо можливим за умови досягнення компенсації функціонального стану зазначених систем органів шляхом проведення інтенсивної фармакотерапії до операції.

References

1. Sipliviy VA, Kon' KV, Robak VI, Evtushenko AV. Biofunkcional'naja simmetrija individual'nyh znachenij kliniko-laboratornyh pokazatelej u bol'nyh s tjazhelymi formami ostrogo pankreatita. *Klinichna hirurgiya*. 2012;(2): 26–31. [In Russian].
2. Kryvoruchko IA. Matematychna model otsinky yakosti zhyttia khvorykh, operovanykh iz pryvodu uskladnenykh form khronichnoho pankreatytu. *Kharkivska khirurhichna shkola*. 2011;(3):17–21. [In Ukrainian].
3. Kirchner VA, Dunn TB, Beilman GJ. Total pancreatectomy with islet autotransplantation for acute recurrent and chronic pancreatitis. *Curr Treat Options Gastroenterol*. 2017;15(4):548–61.
4. Zaporozhchenko BS, Zubkov OB, Korytna HYu, Muraviov PT. Aspekty kompleksnoi terapii hostroho destruktivnoho pankreatytu. *Kharkivska khirurhichna shkola*. 2011(3):14–6. [In Ukrainian].
5. Plagemann S, Welte M, Izbicki JR, Bachmann K. Surgical Treatment for chronic pancreatitis: past, present, and future. *gastroenterol res pract*. 2017 doi: 10.1155/2017/8418372.
6. Kirkegård J, Mortensen FV, Cronin–Fenton D. Chronic pancreatitis and pancreatic cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2017;112(9):1366–72.
7. Drewes AM, Bouwense SAW, Campbell CM. Guidelines for the understanding and management of pain in chronic pancreatitis. *Pancreatology*. 2017;17(5):720–31.
8. Hafezi–Nejad N, Singh VK, Johnson SI. Surgical approaches to chronic pancreatitis: indications and imaging findings. *Abdom. Radiol. (NY)*. 2016;41(10):1980–96.