

3 ДОСВІДУ РОБОТИ

УДК 616-089+616.37-002

DOI 10.11603/2414-4533.2017.4.8256

© І. М. ШЕВЧУК, В. І. ПИЛИПЧУК

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"

Хірургічне лікування хворих на хронічний панкреатит, ускладнений біліарною гіпертензією

Мета роботи: покращення ефективності лікування хворих на хронічний панкреатит (ХП) з ознаками біліарної гіпертензії (БГ) за рахунок підвищення точності доопераційної та інтраопераційної діагностики з використанням сучасних методів обстеження хворого, обґрунтування адекватних підходів до хірургічного лікування.

Матеріали і методи. Впродовж 2011–2017 рр. у відділенні загальної хірургії Івано-Франківської обласної клінічної лікарні прооперовано 170 хворих на ускладнені форми ХП. Для діагностики БГ використовували: лабораторні дослідження (рівень загального та прямого білірубіну, лужної фосфатази), ультразвукове дослідження (УЗД), ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію (ЕРХПГ), комп'ютерну томографію (КТ) з контрастним підсиленням, магнітно-резонансну холангіопанкреатографію (МРХПГ), метод інтраопераційного моніторингу біліарного тиску (ІОМ БТ).

Результати досліджень та їх обговорення. У 60 (35,3 %) хворих ХП супроводжувався БГ. До операції жовтяниця мала місце лише у 47 (78,3 %) хворих, а гіпербілірубінемія – у 49 (81,6 %). Під час УЗД поширення супрапанкреатичного відділу жовчочного протока від 8 мм діагностовано у 85 % хворих, під час ЕРХПГ – у 90,1 %, під час КТ – у 85 % хворих, а під час МРХПГ – у 100 %. У 26 хворих застосовано метод ІОМ БТ. Хворим на ХП з БГ було проведено: операції резекційного типу – 45 (75 %) хворим, операції дренажного типу – 9 (15 %) хворим; паліативні операції – 6 (10 %) хворим. Застосування ІОМ БТ дозволило виявити приховану БГ, провести її інтраопераційну корекцію та оцінити адекватність виконання резекційних та резекційно-дренуючих операцій на ПЗ при ХП щодо розвантаження жовчочовивідних проток. Стандартні резекційні та резекційно-дренуючі оперативні втручання дозволили усунути БГ лише у 61,5 % хворих, у 38,5 % пацієнтів вони були доповнені дренажними операціями на жовчочовивідних протоках.

Ключові слова: хронічний панкреатит; біліарна гіпертензія; дуоденумзберігаюча резекція підшлункової залози.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Анатомічний контакт підшлункової залози (ПЗ) з сусідніми органами при прогресуванні ХП призводить до розвитку позапанкреатичних ускладнень – порушення евакуації по дванадцятипалій кишці (ДПК), біліарної гіпертензії, тромбозу чи екстравазальної компресії вен спленопортомезентеріального конфлюенсу [1]. При ХП порушення прохідності ДПК ускладнює перебіг захворювання в 16–36 % хворих, препапілярний стеноз загальної жовчної протоки (ЗЖП) – у 30–60 %, а компресія мезентеріально-портальної системи – у 11–17 % хворих [2, 3, 4, 5]. При цьому, БГ проявляється механічною жовтяницею в 25–55 % хворих, а в 57 % вона діагностується інструментальними методами [6, 7]. У віддалені терміни після операційних втручань із приводу ХП БГ проявляє себе у 25 % хворих після дренажних операцій та у 8–9 % хворих після резекційних операцій [8].

Мета роботи: покращення ефективності лікування хворих на ХП з ознаками БГ за рахунок підвищення точності доопераційної та інтраопераційної діагностики з використанням сучасних методів обстеження хворого, обґрунтування адекватних підходів до хірургічного лікування.

Матеріали і методи. Впродовж 2011–2017 рр. у відділенні загальної хірургії Івано-Франківської обласної клінічної лікарні прооперовано 170 хво-

рих на ускладнені форми ХП. Хворим були проведені наступні операційні втручання:

- операція Фрея – 56 (32,9 %) хворих;
- панкреатодуоденальна резекція (ПДР) – 9 (5,3 %) хворих;
- Бернська операція – 5 (2,9 %) хворих;
- поздовжня панкреатоентеростомія (ППЕС) – 36 (21,2 %) хворих;
- цистоентеростомія (ЦЕС) – 20 (11,7 %) хворих;
- цистопанкреатоентеростомія (ЦПЕС) – 2 (1,2 %) хворих;
- ендоскопічна цистодуоденостомія – 5 (2,9 %) хворих;
- енуклеація кіст ПЗ – 5 (2,9 %) хворих;
- ендоскопічне стентування вірсунгової протоки – 10 (5,9 %) хворих;
- дистальна резекція ПЗ – 12 (7 %) хворих;
- ЕРПХГ з ендобіліарним стентуванням – 3 (1,7 %) хворі;
- гепатикоентероанастомоз (ГЕА) – 3 (1,7 %) хворих;
- зовнішнє дренажування кіст ПЗ – 4 (2,3 %) хворих.

У 60 (35,3%) хворих ХП супроводжувався БГ, з них чоловіків було 54 (90 %), жінок – 6 (10 %), віком 33–67 років (в середньому – $(47,46 \pm 2,66)$ року).

Для діагностики БГ використовували лабораторні дослідження (рівень загального та прямого білірубіну, лужної фосфатази), УЗД, ЕРХПГ, КТ з контрастним підсиленням, МРХПГ.

З метою оцінки адекватності проведення ре-зекційних дуоденумзберігаючих операцій на го-ловці ПЗ при ХП щодо розвантаження жовчови-відних проток, виявлення прихованої БГ та про-ведення її інтраопераційної корекції у 26 хворих проводився ІОМ БГ [9, 10]. Залишковий тиск в ЗЖП в нормі становив 50–150 мм вод. ст. Тиск більше 160 мм вод. ст. вказував на наявність БГ. Виділяли три ступені БГ: БГ I ступеня – тиск у ЗЖП підвищений до 190 мм вод. ст.; БГ II ступеня – тиск у ЗЖП 190–250 мм вод. ст.; БГ III ступеня – тиск у ЗЖП постійно вище 250 мм вод. ст.

Результати досліджень та їх обговорення.

Клінічні прояви захворювання були неспецифіч-ними, але у більшості хворих мали місце больовий синдром та ознаки екзокринної недостатності. Три-валість клінічних проявів ХП з БГ коливалась від 6 міс. до 10 років, в середньому ($5,2 \pm 1,2$) року. На БГ вказували іктеричність шкірних покривів та видимих слизових оболонок. Проте жовтяницю бу-ло діагностовано лише у 47 (78,3 %) хворих, у 13 (21,7 %) хворих БГ перебігала субклінічно.

Під час лабораторного обстеження гіпербілірубі-немію визначали у 49 (81,6 %) хворих, у 11 (18,4 %) пацієнтів з БГ перебігала без гіпербілірубінемії.

Специфічною ультразвуковою ознакою БГ при ХП вважали поширення супрапанкреатично-го відділу холедоха від 8 мм, яке діагностовано у 51 (85 %) хворого. Причиною БГ у 7 (11,7 %) хво-рих були кістозні утворення ПЗ, у решти 53 (88,3 %) хворих – фіброзно-дегенеративні зміни головки ПЗ.

ЕРХПГ застосовано у 11 (18,3%) хворих. Ще у одного пацієнта виконати ЕРХПГ було неможливо через технічні труднощі, зумовлені вираженою де-формацією ДПК. При проведенні даного досліджен-ня звертали увага на виділення жовчі через дуоде-нальний сосочок, її прозорість чи патологічні вклю-чення (жовчний сладж, гній), що дозволяло судити про можливе порушення відтоку жовчі по біліарно-му тракту. Ознаками БГ при ХП під час виконання ЕРХПГ вважали деформацію та стеноз великого ду-оденального сосочка, тубулярний стеноз інтрапан-креатичної частини ЗЖП та супрастенотичне її роз-ширення, відсутність вільного пасажу контрастної

речовини в ДПК на початку обстеження, затримка евакуації контрастної речовини (більше ніж 45 хв).

Розширення супрапанкреатичної частини ЗЖП під час ЕРХПГ виявлено в усіх пацієнтів, у яких дослідження було успішним. У 8 (72,7%) хворих діаметр протоки перевищував 10 мм, у 2 хворих був більше 16 мм. Протяжність тубуляр-ного стенозу інтрапанкреатичної частини ЗЖП під час ЕРХПГ у 2 (18,1%) хворих була до 20 мм, у 8 (72,7 %) – 20–26 мм, у 1 (20,1 %) – більше 26 мм. Середня протяжність стенозу – (24 ± 4) мм.

З лікувальною метою ЕРХПГ застосували для ендобіліарного стентування 3 (1,7 %) хворим з об-тураційною жовтяницею. Це втручання вважали са-мостійним операційним втручанням у тяжкохворих, воно забезпечувало усунення обтураційної жовтя-ниці та явищ холангіту. Через інвазивність методу та в зв'язку з наявністю в клініці МРХПГ, показання до застосування ЕРХПГ звужили. Як діагностичний метод ЕРХПГ використовували для дослідження па-тології великого дуоденального сосочка.

КТ проведено 40 (66,7 %) хворим. При цьому супрапанкреатичне розширення жовчовивідних проток діагностовано у 34 (85 %) хворих. Кісти в ділянці головки ПЗ на КТ діагностовано в 7 хворих.

МРХПГ застосовано у 8 (13,3 %) хворих. На відміну від ЕРХПГ, МРХПГ дозволяла візуалі-зувати жовчні протоки вище та нижче рівня об-струкції, а також давала реальну картину стану жовчовивідних проток порівняно з ЕРХПГ, при якій введення контрастного препарату штучно підвищувало ступінь розширення проток. МРХПГ дозволяла точно визначити рівень, протяжність звужень та їх причину, супрастенотичне розши-рення ЗЖП, що мало велике практичне значення при виборі хірургічної тактики. В одного хворо-го МРХПГ було малоінформативним. Ще в одно-го пацієнта в просвіті позапечінокових жовчови-відних протоків контрастувався стент, встановле-ний раніше під час ЕРХПГ з приводу обтураційної жовтяниці. В решти хворих діагностували тубу-лярний стеноз інтрапанкреатичної частини ЗЖП та її супрастенотичне розширення.

ІОМ БГ застосовано у 26 хворих на ХП з БГ (табл. 1).

Таблиця 1. Дані інтраопераційного моніторингу БГ

Ступінь БГ на початку операції	БГ після етапу операції на головці ПЗ, мм вод. ст.							
	норма		I ст.		II ст.		III ст.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I (n=4)	4	15,4	–	–	–	–	–	–
II (n=18)	12	46,1	4	15,4	2	7,7	–	–
III (n=4)	–	–	2	7,7	2	7,7	–	–
Разом ...	16	61,5	6	23,1	4	15,4	–	–

З ДОСВІДУ РОБОТИ

Дані ІОМ БТ дозволили зробити висновок, що стандартні резекційні та резекційно-дренуючі операційні втручання дозволяють усунути БГ лише у 61,5 % хворих. У решти 38,5 % пацієнтів вони були доповнені дреноуючими операціями на жовчовивідних протоках.

Хворим на ХП з БГ було проведено такі операційні втручання:

- операції резекційного типу – 45 (75 %) хворих;
- операції дреноуючого типу – 9 (15 %) хворих;
- паліативні операції – 6 (10 %) хворих.

Характеристику проведених операцій подано в таблиці 2.

Для усунення БГ були використані наступні способи:

- перидуктальне видалення фіброзно-дегенеративних тканин головки ПЗ під час виконання резекційних втручань (операції Фрея, Бернської операції, ПДР, енуклеації кіст головки ПЗ), що сприяло звільненню інтрапанкреатичної частини холедоха – 30 (50 %) хворих;
- внутрішнє чи зовнішнє дреноування кіст головки ПЗ, які спричиняли БГ (ЦЕС, ендоскопічна цистодуоденостомія) – 2 (3,3 %) хворі;
- накладання ГЕА на петлі за Ру – 23 (38,3 %) хворі;
- висічення язичка ПЗ – 1 (1,7 %) хворий;
- накладання внутрішнього біліопанкреатичного сполучення (БПС) – 1 (1,7 %) хворий;
- ЕРХПГ з ендобіліарним стентуванням – 3 (5 %) хворі.

Операції резекційного типу.

Бернську модифікацію операції Бегера виконано у 4 (6,7 %) хворих. В одного хворого її доповнено накладанням ГЕА, у решти хворих БГ

вдалось усунути шляхом звільнення інтрапанкреатичної частини ЗЖП від фіброзно-дегенеративних тканин.

ПДР застосована у 9 хворих. Операцію виконували у хворих, у яких було неможливо виключити злюкакісний процес у головці ПЗ.

Енуклеацію кіст головки ПЗ проведено 3 (5 %) хворим, що сприяло ліквідації БГ, тому дреноуючих втручань на жовчовивідних протоках не проводили.

У 29 (48,3 %) хворих виконано операцію Фрея. Показаннями до її виконання вважали ізольоване ураження фіброзним процесом головки ПЗ, наявність вірсунгоектазії. Виконання операції Фрея з широким перидуктальним висіченням фіброзно-дегенеративних тканин головки ПЗ сприяло усуненню БГ у 14 (48,3 %) хворих. У одного хворого біліарну декомпресію досягнуто висіченням язичка ПЗ, ще у одного хворого накладено БПС. У 13 (44,8 %) хворих для усунення БГ операцію Фрея доповнено накладанням ГЕА.

Операції дреноуючого типу застосовано у 9 (15 %) хворих.

ППЕС виконано 5 (8,3 %) хворим, у яких мав місце ізольований вірсунголітіаз та вірсунгодилатація (більше 6 мм) без значної фіброзної дегенерації головки ПЗ. Для біліарної декомпресії операцію обов'язково доповнювали ГЕА.

При кістозних утвореннях ПЗ одному хворому виконано ЦПЕС, одному хворому – ЦЕС з ГЕА, одному хворому – ЦЕС, одному хворому – ендоскопічну цистодуоденостомію.

Паліативні операційні втручання застосовано у 6 (10 %) хворих, у яких через тяжкість загального стану чи тяжкі супутні захворювання ри-

Таблиця 2. Операційні втручання у хворих на хронічний панкреатит, ускладнений біліарною гіпертензією

Назва операції	Число	%
Резекційні операції	45	75,0
ПДР за Whipple	9	15,0
Операція Фрея	29	48,3
Бернська модифікація операції Бегера	4	6,7
Енуклеація кіст ПЗ	3	5,0
Дреноуючі операції	9	15,0
Поздовжня панкреатоентеростомія + ГЕА	5	8,3
Цистоентеростомія	2	3,3
Цистопанкреатоентеростомія	1	1,7
Ендоскопічна цистодуоденостомія	1	1,7
Паліативні операції	6	10,0
ГЕА	3	5,0
ЕРПХГ з ендобіліарним стентуванням	3	5,0
Разом	60	100,0

зик прямих операцій на ПЗ був надто високим: 3 хворим накладено ГЕА, 3 хворим – ЕРХПГ з ендобіліарним стентуванням. Проведені операційні втручання не були патогенетичними, не ліквідували головного субстрату захворювання (фібринозно-дегенеративних змін головки ПЗ) та не зупиняли прогресування хвороби. Проте з їх допомогою було досягнуто ліквідації БГ.

Завдяки проведеним операційним втручанням БГ на момент операції вдалось усунути в усіх хворих на ХП з БГ.

Середній термін перебування хворих у стаціонарі склав $(17,9 \pm 1,8)$ дня, до операції – $(6,1 \pm 0,4)$ дня, після операційного лікування – $(11,9 \pm 1,1)$ дня.

У хворих виникли наступні післяопераційні ускладнення:

- недостатність швів панкреатоентероанастомозу – у 2 (3,3 %) хворих після операції Фрея, їм проведено релапаротомію, герметизацію анастомозу;
- гострий післяопераційний панкреатит – у 12 (20 %) хворих, їм проведено консервативне лікування;
- зовнішня панкреатична нориця – у 2 (3,3 %) хворих, їм проводили консервативну терапію;
- шлунково-кишкова кровотеча з гострих ерозій шлунка і ДПК – у одного (1,7 %) хворого;
- гостра рання злукова непрохідність кишечника, яку ліквідовано при повторному операційному втручанні – у одного (1,7 %) хворого;
- жовчний перитоніт – у одного (1,7 %) хворого, йому проведено релапаротомію, ушивання дефекту жовчної протоки;
- абсцес черевної порожнини – у одного (1,7 %) хворого, дреновано під контролем УЗД;

– нагноєння післяопераційної рани – у 2 (3,3 %) хворих;

– гастростаз (після ПДР) – у 6 (10 %) хворих, ліквідовано консервативно.

Померли 2 (3,3 %) пацієнти, яким проводили операцію Фрея. Причиною смерті стали недостатність швів панкреатоєноанастомозу та кровотеча з лінії швів (1), гостра серцева слабкість (1). Пацієнту з недостатністю швів анастомозу та кровотечею з тканини головки ПЗ проведено релапаротомію, під час якої роз'єднували верхню півкružність анастомозу та прошивали місце кровотечі. Проте надалі у нього виникла недостатність швів ПЕА, розвинулась поліорганна недостатність, що призвело до летального наслідку.

Висновки. 1. Застосування інтраопераційного моніторингу біліарного тиску сприяє виявленню прихованої БГ, проведенню її інтраопераційної корекції та оцінці адекватності виконання резекційних та резекційно-дренуючих операцій на ПЗ при ХП щодо розвантаження жовчовивідних проток.

2. У хворих на ускладнені форми хронічного панкреатиту резекційно-дренуючі операційні втручання на підшлунковій залозі дозволяють усунути прояви біліарної гіпертензії у 61,5 % пацієнтів, у 38,5 % хворих їх необхідно доповнювати операціями з дреновання жовчовивідних проток.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці нових органоцадних комбінованих втручань із прецизійною технікою виконання, які повинні забезпечувати кращі функціональні показники діяльності підшлункової залози.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ярешко В. Г. Выбор метода хирургического лечения хронического панкреатита и его осложнений / В. Г. Ярешко, Ю. А. Михеев // XXIII з'їзд хірургів України. Збірник наукових робіт. – Київ, 2015. – С. 219–220.
2. Гагуа А. К. Выбор оптимального объема операции у больных хроническим панкреатитом, осложненным билиарной гипертензией / А. К. Гагуа, П. Ю. Воробьев, К. С. Вальков [и др.] // Материалы XXIII Международного Конгресса Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ “Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии”. – Минск, 2016. – С. 230–231.
3. Гальперин Э. И. Отдаленные результаты изолированной резекции головки поджелудочной железы с декомпрессией панкреатических протоков у больных хроническим панкреатитом / Э. И. Гальперин, Т. Г. Дюжева, И. А. Семенов [и др.] // Материалы Пленума правления Ассоциации хирургов-гепатологов России и стран СНГ (19–20 апреля 2012 года). – Ижевск, 2012. – С. 13–15.
4. Buchler M. W. Duodenum preserving resection of the head of the pancreas: a standard procedure in chronic pancreatitis / M. W. Buchler, H. U. Baer, C. Seiler // Chirurgie. – 1997. – No. 68 (4). – P. 364–368.
5. Evidence-based surgical treatments for chronic pancreatitis / J. Kleeff, C. Stöb, J. Mayerle [et al.] // Deutsches Ärzteblatt Internationalt. – 2016. – Vol. 113. – P. 489–496.
6. Гриневич В. Б. Проблема хронического панкреатита с позиций терапевта и хирурга / В. Б. Гриневич, Н. А. Майстренко, А. С. Прядко [и др.] // Медицинский академический журнал. – 2012. – Т. 12, № 2. – С. 35–55.
7. Шулейко А. Ч. Билиарная гипертензия у больных хроническим панкреатитом / А. Ч. Шулейко, А. В. Воробей, И. Н. Гришин [и др.] // Материалы Юбилейного международного конгресса Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ “Актуальные проблемы хирургической гепатологии”. – Донецк, 2013. – С. 301.
8. Strate T. Long-term follow-up of a randomized trial comparing

the beger and frey procedures for patients suffering from chronic pancreatitis / T. Strate, Z. Taherpour, C. Bloechle // *Annals of Surgery*. – 2005. – Vol. 241. – P. 591–598.

9. Пат. 101713 Україна, МПК А 61В 17/00. Спосіб хірургічного лікування хронічного панкреатиту, ускладненого жовчнокам'яною хворобою / Пилипчук В. І., Копчак В. М.,

Шевчук І. М. (Україна). – № у 2015 03315; заявл. 09.04.15, опубл. 25.09.15. Бюл № 18.

10. Пат. 109547 Україна, МПК А 61В 17/00. Спосіб вимірювання тиску в загальній жовчовивідній протоці / Пилипчук В. І., Копчак В. М., Шевчук І. М. (Україна). – № у 2016 02279; заявл. 10.03.16; опубл. 25.08.16, Бюл № 16.

REFERENCES

1. Yareshko, V.G. & Mikheev, Yu.A. (2015). *Vybor metoda khirurgicheskogo lecheniya khronicheskogo pankreatita i yego oslozhneniy* [Choice of the surgical treatment method of chronic pancreatitis and its complications]. *XXIII zizd khirurhiv Ukrainy. Zbirnyk naukovykh robit – XXIII Congress of Surgeons of Ukraine. Collection of Scientific Works*. Kyiv, 219-220 [in Russian].

2. Gagua, A.K., Vorobyov, P.Yu. & Valkov, K.C. (2016). *Vybor optimalnogo obyema operatsii u bolnykh khronicheskim pankreatitom, oslozhnennym biliarnoy gipertenziyey* [The choice of the optimal operation volume in patients with chronic pancreatitis complicated by the bile hypertension]. *Materialy XXIII Mezhdunarodnogo Kongressa Assotsiatsii gepatopankreatobiliarnykh khirurgov stran SNG "Aktualnyye problemy gepatopankreatobiliarnoy khirurgii"* – *Materials of the XXIII International Congress of the Association of hepatopancreatobiliary surgeons of the CIS countries "Topical problems of hepatopancreatobiliary surgery"*. Minsk [in Russian].

3. Galperin, E.I., Diuzheva, T.G., Semenenko, I.A. (2012). *Otdalenyye rezultaty izolirovannoy rezektsii golovki podzheludochnoy zhelezy s dekompressiyey pankreaticheskikh protokov u bolnykh khronicheskim pankreatitom* [Remote results of isolated resection of the head of the pancreas with decompression of the pancreatic ducts in patients with chronic pancreatitis]. *Materialy Plenuma pravleniya Assotsiatsii khirurgov- gepatologov Rossii i stran SNG (19–20 aprelya 2012 goda)*. – *Izhevsk Materials of the Plenum of Board of Surgeons Association – Hepatologists of Russia and CIS countries*. (2012). Izhevsk, 13-15 [in Russian].

4. Büchler, M.W., Baer, H.U. & Seiler, C. (1997). Duodenum

preserving resection of the head of the pancreas: a standard procedure in chronic pancreatitis. *Chirurgie*, 68, (4), 364-368.

5. Kleeff, J., Stöß, C. & Mayerle, J. (2016). Evidence-based surgical treatments for chronic pancreatitis. *Deutsches Ärzteblatt Internationalt*, 113, 489-496.

6. Grinevich, V.B., Maistrenko, N.A. & Pryadko, A.S. (2012). *Problema khronicheskogo pankreatita s pozitsiy terapevta i khirurga* [The problem of chronic pancreatitis from the position of the therapist and surgeon]. *Meditsinskiy akademicheskii zhurnal – Medical Academic Journal*, 12(2), 35-55 [in Russian].

7. Shuleiko, A.Ch., Vorobei, A.V. & Grishin, I.N. (2013). *Biliarnaya gipertenziya u bolnykh khronicheskim pankreatitom* [Biliary hypertension in patients with chronic pancreatitis]. *Materials of the Jubilee International Congress of the Association of Surgical Hepatologists of the CIS countries "Actual problems of surgical hepatology"*. Donetsk, 301 [in Russian].

8. Strate, T., Taherpour, Z. & Bloechle, C. (2005). Long-term follow-up of a randomized trial comparing the beger and frey procedures for patients suffering from chronic pancreatitis. *Annals of Surgery*, 241, 591-598.

9. Patent 101713 Ukraine, IPC A 61B 17/00. Method of surgical treatment of chronic pancreatitis complicated by cholelithiasis. Pylpchuk, V.I., Kopchak, V.M., Shevchuk, I.M. (Ukraine). No. 2015 03315; stated on 04/09/05; was published 25.09.15 Bull No.18.

10. Patent 109547 Ukraine, IPC A 61B 17/00. Method of measuring pressure in the common bile duct. Pylpchuk V.I., Kopchak, V.M., Shevchuk, I.M. (Ukraine). – No. u 2016 02279; stated on March 10, 2006; was published August 25, Bull № 16.

Отримано 04.10.2017

I. M. SHEVCHUK, V. I. PYLYPCHUK

Ivano-Frankivsk National Medical University

SURGICAL TREATMENT FOR PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS COMPLICATED BY BILIARY HYPERTENSION

The aim of the work: to improve the efficiency of treatment of patients with chronic pancreatitis (CP) with signs of biliary hypertension (BH) due to the increased accuracy of pre-operative and intra-operative diagnosis using modern methods of the patient's examination, reasoning of adequate approaches to surgical treatment.

Materials and Methods. During 2011–2017 170 patients with complicated forms of CP underwent surgical intervention at the Department of General Surgery of Ivano-Frankivsk Regional Clinical Hospital. For diagnosis of BH there were used such methods: laboratory findings (level of general and direct bilirubin, alkaline phosphatase), ultrasound examination (USE), endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), computed tomography (CT) with contrast enhancement, magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP), method of intraoperative monitoring of biliary pressure (IOM BP).

Results and Discussion. In 60 (35.3 %) patients the CP was accompanied by BH. Prior to surgery, jaundice has occurred only in 47 (78.3 %) patients, and hyperbilirubinemia was – in 49 (81.6 %) patients. During ultrasound examination the distension of suprapancreatic portion of choledochus from 8 mm was diagnosed in 85.0 % of patients, during ERCP – in 90.1 %, during CT – in 85.0 % of patients, and during MRCP – in 100.0 % of patients. In 26 patients the IOM BP method was used. Patients with CP with BH were

З ДОСВІДУ РОБОТИ

performed: resection-type surgery – 45 (75.0 %) patients, operations of drainage type – 9 (15.0 %) patients; palliative operations – 6 (10.0 %) patients. The use of IOM BP allowed the detection of the latent BH, performance of its intraoperative correction and assessment of the adequacy of the resection performance and resection-drainage operations on the pancreatic gland (PG) in CP as for the unloading of bile ducts. Standard resection and resection-drainage surgical interventions allowed the elimination of BH only in 61.5 % of patients; in 38.5 % of patients they were supplied with drainage operations in the bile ducts.

Key words: chronic pancreatitis; biliary hypertension; duodenum-preserved resection of pancreatic gland.

И. М. ШЕВЧУК, В. И. ПИЛИПЧУК

ГВУЗ “Ивано-Франковский национальный медицинский университет”

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ БИЛИАРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Цель работы: улучшение эффективности лечения больных хроническим панкреатитом (ХП) с признаками билиарной гипертензии (БГ) за счет повышения точности дооперационной и интраоперационной диагностики с использованием современных методов обследования больного, обоснование адекватных подходов к хирургическому лечению.

Материалы и методы. На протяжении 2011–2017 гг. в отделении общей хирургии Ивано-Франковской областной клинической больницы прооперировано 170 больных с осложненными формами ХП. Для диагностики БГ использовали: лабораторные исследования (уровень общего и прямого билирубина, щелочной фосфатазы), ультразвуковое исследование (УЗИ), эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), компьютерную томографию (КТ) с контрастным усилением, магнитно-резонансную холангиопанкреатографию (МРХПГ), метод интраоперационного мониторинга билиарного давления (ИОМ БД).

Результаты исследований и их обсуждение. У 60 (35,3 %) больных ХП сопровождался БГ. До операции желтуха была только у 47 (78,3 %) больных, а гипербилирубинемия – у 49 (81,6 %). Во время УЗИ расширение супрапанкреатического отдела холедоха от 8 мм диагностировано у 85 % больных, во время ЭРХПГ – у 90,1 %, во время КТ – у 85 % больных, а во время МРХПГ – у 100 %. У 26 больных использован метод ИОМ БД. Больным ХП с БГ были проведены: операции резекционного типа – 45 (75 %) больным, операции дренирующего типа – 9 (15,0 %) больным; палиативные операции – 6 (10 %) больным. Использование ИОМ БД позволило обнаружить скрытую БГ, провести ее интраоперационную коррекцию и оценить адекватность выполнения резекционных и резекционно-дренирующих операций на поджелудочной железе при ХП относительно разгрузки желчевыводящих протоков. Стандартные резекционные и резекционно-дренирующие оперативные вмешательства позволили ликвидировать БГ только у 61,5 % больных, у 38,5 % пациентов они были дополнены дренирующими операциями на желчевыводящих протоках.

Ключевые слова: хронический панкреатит; билиарная гипертензия; дуоденумсохраняющая резекция поджелудочной железы.