УДК: 616.37-002.2-089.12

«Журнал НАМН України» | 2019 | т. 25 | № 3 | С. 306–12

Сучасні принципи хірургічного лікування хронічного панкреатиту

О. Ю. Усенко
В. М. Копчак
М. Ю. Ничитайло
О. В. Дувалко
В. В. Ханенко
В. І. Трачук
А. І. Хомяк

ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова» НАМН України, Київ 03680, Україна

Трачук
 Володимир Іванович
 trachuk_vi@ukr.net

Проаналізовано результати лікування 752 хворих з різноманітними формами хронічного панкреатиту (ХП), прооперованих у Національному інституті хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України з 2007 по 2017 рік. Серед них 591 (78,6 %) чоловік, 161 (22,4 %) жінка, середній вік становив $43,0 \pm 3,2$ роки.

Дренувальні оперативні втручання виконані в 446 (62,4 %) хворих, які виконували при наявності панкреатиту та нориці підшлункової залози (ПЗ), а також при ізольованому вірсунголітазі. Резекційні оперативні втручання виконані 269 (37,6 %) пацієнтам, серед них операція Фрея, панкреатоеюностомія (ППЕС) зі штучним формуванням протоки ПЗ, Бернська операція, операція Бегера, панкреатодуоденальна резекція (ПДР), дистальна резекція ПЗ та ін.

Іноді при ХП діагностували ізольоване ураження тіла й хвоста ПЗ: у таких випадках у 13 хворих ми виконували дистальну резекцію ПЗ. Летальних випадків у пацієнтів, що спостерігалися, не було. У 92,6 % хворих у віддалені терміни спостереження отримані задовільні результати. Післяопераційні ускладнення виникли у 27 хворих (4,6 %). У 6 (1,03 %) пацієнтів виникла необхідність проведення повторного оперативного втручання. Прогресування захворювання в пацієнтів, які були раніше оперовані в нашій клініці, було відзначено в 32 (5,5 %) і в 72 хворих, первинно оперованих в інших лікувальних установах.

Пацієнти після прямих резекційних операцій на ПЗ не потребували проведення повторних оперативних втручань з приводу ХП.

Основними причинами незадовільних результатів хірургічного лікування ХП є проведення первинних операцій не за показаннями, неправильна тактика первинної операції, виконання дренувальних операцій в недостатньому обсязі або замість резекційних втручань.

Ключові слова: хронічний панкреатит, хірургічне лікування, резекційні та дренувальні операції.

Для цитування: Усенко ОЮ, Копчак ВМ, Ничитайло МЮ, Дувалко ОВ, Ханенко ВВ, Трачук ВІ. Сучасні принципи хірургічного лікування хронічного панкреатиту. Журнал Національної академії медичних наук України. 2019;25(3):306–12

Стаття надійшла до редакції 20 серпня 2019 року | Направлена на рецензування 1 вересня 2019 року | Прийнята до друку 15 вересня 2019 року

ВСТУП

Хірургічне лікування ускладнених форм хронічного панкреатиту (ХП) – досі актуальна й не розв'язана до кінця проблема сучасної панкреатології. Терапія ХП має важливе соціальне значення, оскільки на нього хворіють в основному люди працездатного віку.

За останнє десятиліття зросла кількість хворих на ХП; у європейських країнах цей показник становить 8,2–27,4 випадків на 100 тис. населення, у Японії – 25–30 на 100 тис. [1, 2, 3, 4]. В окремих країнах захворюваність коливається від 60 до 100 осіб на 100 тис. населення [5]. Від 4 до 9 % цих хворих потребують хірургічної допомоги [4, 6].

Провідним етіологічним фактором у розвитку захворювання у 85 % випадків є зловживання алкоголем. Серед

інших причин такі: перенесений гострий панкреатит; захворювання, що підтримують тривалий вторинний панкреатит, зокрема жовчнокам'яна хвороба, виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки тощо. У зв'язку з розвитком переважно фіброзної тканини в голівці ПЗ при ХП часто виникають ускладнення, як-от: механічна жовтяниця, дуоденальна непрохідність і портальна гіпертензія, – що потребують хірургічного лікування. Часто ХП ускладнюється розвитком кіст і нориць ПЗ, що також вимагає хірургічного втручання.

У діагностичному алгоритмі ХП провідними є інструментальні методи дослідження. Ультрасонографія – найбільш поширений метод дослідження, її проводять у всіх обстежуваних хворих. Для більш достовірної візуалізації патології ПЗ застосовують комп'ютерну томографію.

Рентгенологічне дослідження, як правило, визначає непрямі ознаки захворювання, і найчастіше проводиться для визначення ступеня дуоденальної обструкції. Значні переваги має магнітно-резонансна томографія, що дозволяє неінвазивно визначити структуру протокової системи ПЗ, а за наявності кіст – їхній зв'язок з панкреатичною протокою. Ангіографічне дослідження виконують при підозрі на вірсунгорагію або кровотечу в порожнину псевдокісти.

Виконання оперативного втручання показано за наявності клінічних ознак ХП і морфологічних змін у ПЗ, за яких консервативна терапія не ефективна і є загроза виникнення ускладнення ХП або ж вони вже наявні. Часто при хірургічному лікуванні не враховуються патофізіологічні та патологоанатомічні механізми розвитку патологічного процесу, і в подальшому це призводить до виникнення рецидиву захворювання, післяопераційних ускладнень, що часто потребує повторних оперативних втручань [7].

Нещодавно основне місце в структурі виконуваних оперативних втручань при ХП посідали дренажальні операції на ПЗ, а також паліативні оперативні втручання, які не усувають причину патологічного процесу, а передбачають усунення ускладнень, зумовлених ХП. Неадекватність дренажальних операцій при деяких формах ХП, виконання обхідних анастомозів при паліативних втручаннях замість прямих операцій на ПЖ і пов'язані з цим незадовільні результати в післяопераційному періоді, складність виконуваних резекційних втручань і пов'язана з цим висока частотність післяопераційних ускладнень і летальність змусили нас переглянути застосовувану тактику [6].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проаналізовано результати лікування 752 хворих з різноманітними формами ХП, прооперованих у Національному інституті хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України з 2007 по 2017 рік. Серед них 591 (78,6 %) чоловік, 161 (22,4 %) жінка, середній вік становив $43,0 \pm 3,2$ роки. Характер ускладнень, що виникають унаслідок змін у ПЖ, визначав форму ХП. У своїй праці ми використовуємо дещо змінену класифікацію О. О. Шалімова, яка містить:

1. Хронічний фіброзний панкреатит:

- а) без дилатації головної панкреатичної протоки;
- б) з дилатацією головної панкреатичної протоки.

2. Фіброзно-дегенеративний панкреатит:

- а) з утворенням псевдокісти;
- б) з утворенням конкрементів;
- с) з утворенням панкреатичної нориці.

У діагностиці ХП найбільш значущими були інструментальні методи дослідження. Основне місце посідала ультрасонографія, яку проводили в усіх хворих. Комп'ютерну томографію (рис. 1.) виконували у 85 % випадків; її застосовували як найбільш вірогідний метод візуалізації патології ПЗ, що важливо в диференціальній діагностиці при підозрі на пухлинний процес. Рентгенологічне дослідження проводили для визначення ступеня обструкції дванадцятипалої кишки.

У 2 % хворих з підозрою на вірсунгорагію або кровотечу в порожнину псевдокісти (ПК) було проведено агіографічне дослідження (рис. 2, 3).

Рис. 1. КТ. Хронічний кальцинозний панкреатит
Fig. 1. CT. Chronic calculous pancreatitis

Рис. 2, 3. Ангіографія з подальшою селективною емболізацією судини, що кровоточить
Fig. 2, 3. Angiography with subsequent selective embolization of the bleeding vessel

ТАБЛИЦЯ 1 / TABLE 1

ДРЕНУВАЛЬНІ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ НА ХП / DRAINING SURGICAL INTERVENTIONS IN PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATIS

Операція / Surgery	Кількість хворих / Number of patients	%
ЦЕС / cystojejunostomy	143	32,0
ЦПЕС / cystopancreatojejunostomy	106	23,8
ЦДПЕС / cystoductopancreatojejunostomy	2	0,4
Ендоскопічна ЦЕС або ЦГС / Endoscopic cystojejunostomy or cystogastrostomy	24	5,4
ППЕС / Longitudinal pancreatojejunostomy	86	19,3
Висічення нориці з ППЕС / Excision of the fistula with a longitudinal pancreatojejunostomy	41	9,2
Зовнішнє дренивання ПК / External drainage of pancreatic pseudocyst	44	9,9
Загалом / Total	446	100

МРТ виконували для візуалізації протокової системи ПЗ і визначення зв'язку кіст з головною панкреатичною протокою. Зовнішньосекреторну функцію ПЗ оцінювали за допомогою гастродуоденального зондування з визначенням активності амілази, ліпази та трипсину в дуоденальному вмісті, а також гідросекреторної активності ПЗ. Паралельно проводили радіологічне дослідження функції залози шляхом визначення часу напіврозщеплення мічного альбуміну й тріолеатгліцерину.

Обсяг і характер оперативних втручань у досліджуваних хворих залежали від характеру ускладнень та ступеня патологічних змін в ПЗ і сусідніх із нею органах.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Паліативні оперативні втручання виконували тільки в ослаблених хворих і в пацієнтів з високим операційним ризиком. Частка паліативних втручань у хворих становила 4,9 % (37 пацієнтів). Серед них холедоходуоденостомію виконали 14 хворим (37,8 %), гастроентеростомію – 6 (16,2 %), гепатікоєюностомію – 17 (46 %). Дренувальні оперативні втручання виконані 446 (62,4 %) хворим, що виконувалися за наявності ПК та нориці ПЗ, а також при ізолюваному вірсунголітіазі (табл. 1).

У 86 (19,3 %) хворих ми виконували поздовжню панкреатоеюностомію (ППЕС). Однак дренивання головної панкреатичної протоки не зупиняє прогресування дегенеративно-дистрофічних змін паренхіми ПЗ. Зниження інтенсивності больового синдрому вдалося досягти у 85 % хворих. У 15 % пацієнтів інтенсивність больового синдрому залишалася на доопераційному рівні або зростала. Дуоденальна непрохідність виникає в 10–15 % хворих, а механічна жовтяниця – у 30 % після ППЕС.

Рис. 4, 5. Методика накладання цистодуктопанкреатоєюностомії

Fig. 4, 5. Methods of imposing cystoductopancreatojejunostomy

Унаслідок цього ми вважаємо, що ППЕС показана хворим, у яких основними проявами захворювання є ізолюваний вірсунголітіаз і розширення головної панкреатичної протоки без стенозу й оклюзії дрібних проток та без значної фіброзної дегенерації голівки ПЗ або при ХП з атрофією головки ПЗ з вірсунгоектазією. За наявності ПК вирішальними у виборі оперативної тактики були наявність або відсутність зв'язку ПК з головною панкреатичною протокою (ГПП). У тих випадках, коли зв'язок ПК з протоковою системою ПЗ був доведений, однак ГПП не була дилатована, вважали необхідним проведення цистоєюностомії (ЦЕС), яку виконали 143 (32,0 %) хворим. При доведеному зв'язку ПК з ГПП, але при дилатованій протоковій системі ПЗ вважали необхідним проведення цистопанкреатоєюностомії (ЦПЕС), яку виконали 106 (23,8 %) пацієнтам. За наявності технічних можливостей останнім часом ми використовуємо лапароскопічну ЦЕС (виконана 5 хворим). Також виконували цистогастростомію (ЦГС) або цистодуоденостомію (ЦДС) під контролем ендоскопічної ультрасонографії (24 (5,4 %) пацієнтам). Використання малоінвазивних оперативних втручань дозволяє прискорити післяопераційну реабілітацію та значно скоротити час перебування хворих у стаціонарі.

При ретропанкреатичному розташуванні ПК і дилатованій ГПП ми запропонували метод, який передбачає послідовне накладання цистодуктоанастомозу із задньою стінкою ГПП з наступним накладанням поздовжнього панкреатоеюноанастомозу (рис. 4, 5).

ТАБЛИЦЯ 2 / TABLE 2
РЕЗЕКЦІЙНІ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ НА ХП/
RESPECTIVE SURGERY IN PATIENTS WITH CHRONIC PANCREITIS

Операція / Surgery	Кількість хворих / Number of patients	%
Операція Фрея / Frey operation	169	62,8
ППЕС зі штучним формуванням протоки ПЗ / Pancreatojejunostomy with artificial formation of the pancreatic duct	4	1,5
Модифікована операція Фрея / Modified Frey operation	31	11,5
Бернська операція / Bern operation	16	5,9
Операція Бегера / Bager's operation	5	1,9
ПДР / Pancreaticoduodenectomy	19	7,1
ППДР / Pylorus-preserving pancreaticoduodenectomy	12	4,5
Дистальна резекція ПЗ / Pancreaticoduodenectomy	13	4,8
Загалом / Total	269	100

Цистодуктопанкреатоєюностомію (ЦДПЕС) виконали двом хворим. Якщо зв'язок ПК з ГПП був відсутній, уважали необхідним проведення зовнішнє дренивання ПК, яке намагалися виконати малоінвазивно під контролем ультрасонографії; за відсутності умов операцію виконували лапароскопічно або відкритим способом. Зовнішнє дренивання ПК провели 44 (9,9 %) хворим, серед них зовнішнє дренивання ПК під контролем УЗД виконали 28 хворим, лапароскопію, зовнішнє дренивання ПК – 5 хворим і лапаротомію із зовнішнім дрениванням ПК – 11 хворим. Якщо хронічний фіброзно-дегенеративний панкреатит ускладнювався утворенням зовнішньої панкреатичної нориці, вважали необхідним проведення висічення нориці з панкреатоєюностомією, яку виконали 41 (9,2 %) хворому; у деяких випадках в анастомоз включали стінку норицевого ходу, не висікаючи її.

Ендоскопічне дренивання псевдокіст під контролем ендосонографії показано на рис. 6, 7.

За наявності компресії ПК дванадцятипалої кишки або шлунку може бути виконана ехоконтрольована ендоскопічна цистодуодено- або цистогастростомія з використанням пластикового стенту (подібного double pigtail) чи металічного (покритого нітинолового стенту, що сам розправляється). Зазначена методика була застосована щодо 24 (5,4 %) хворих.

Резекційні оперативні втручання виконані у 269 (37,6 %) пацієнтів (табл. 2).

Якщо на тлі фіброзних змін в ПЗ головна панкреатична протока була облітерована, ми використовували ППЕС зі штучним формуванням протоки ПЗ (рис. 8).

Ця операція виконана 4 (1,5 %) хворим. Причини невдач після виконання ППЕС полягають в неадекватній декомпресії й залишанні конкрементів у зоні головки та гачкоподібного відростка ПЗ. Крім того, у хворих з переважним фіброзно-дегенеративним ураженням головки ПЗ значну роль відіграє так званий пейсмейкер ХП – запальна пухлина головки ПЗ, яка безпосередньо призводить до біліарної та дуоденальної обструкції, больового синдрому та регіонарної портальної гіпертензії.

Коли внаслідок фіброзного процесу була ізольована уражена головка ПЗ і виникало розширення ГПП без порушення функції сусідніх органів, уважали потрібним проведення операції Фрея (рис. 9).

У нашому дослідженні її виконали 99 хворим. При операції Фрея видаляється значна частина паренхіми головки ПЗ разом з дегенеративно зміненими нервовими волокнами й внутрішньопаренхіматозними кальцинатами, висікається запальна пухлина – «пейсмейкер» ХП. При адекватному висіченні патологічних тканин досягається декомпресія дрібних проток головки й гачкоподібного відростка ПЗ і стає

Рис. 6, 7. Дренажування псевдокіст під контролем ендосонографії
Fig. 6, 7. Drainage of pseudocysts under the control of endosonography

Рис. 8. Штучне формування протоки підшлункової залози
Fig. 8. Artificial formation of a pancreas duct

Рис. 9.
Операція
Фрея

Fig. 9.
Operation
Frey

можливим візуальний контроль повноти видалення конкрементів. При ураженні патологічним процесом усіх відділів ПЗ ми запропонували модифіковану операцію Фрея, при якій додатково висікаються фіброзно змінені тканини тіла й хвоста ПЗ до задньої стінки ГПП та звільняються більш дрібні бічні протоки залози для внутрішнього дренивання. Потім формується поздовжній панкреатоєюноанастомоз на петлі кишківника, виключений за Ру.

Модифіковану операцію Фрея виконали 22 хворим. Унаслідок проведення аналізу зовнішньосекреторної функції ПЗ у хворих до операції були виявлені значні її порушення. Час напіврозщеплення жирів було збільшено у 2,4 раза, а білків – у 1,5 раза. Гідросекреторна активність у них була знижена у 2,9 раза, рівень амілази – у 3 рази, ліпази – у 4,4 раза й трипсину – у 2,3 раза. При дослідженні цих показників протягом року після ППЕС і операції Фрея не виявлено суттєвих змін.

Відведення панкреатичного соку в просвіт тонкої кишки дистальніше дренивання ПК повністю порушувало дуоденальну фазу травлення. У зв'язку з цим ми розробили й упровадили в практику операцію з використанням ізольованого сегмента тонкої кишки на живильній судинній ніжці для створення панкреатоєюнодуоденоанастомозу, що дозволило відновити відтік панкреатичного секрету в дванадцятипалу кишку. Таку операцію виконали 26 хворим. При проведенні аналізу зовнішньосекретор-

ної функції ПЗ у хворих до операції були виявлені значні її порушення. При порівнянні результатів ліполітичної і протеолітичної функцій у хворих, яким виконана панкреатоєюнодуоденостомія з використанням ізольованого сегмента тонкої кишки на живильній судинній ніжці (рис. 10.), як у ранньому післяопераційному періоді, так і в терміни до року після операції було відзначено зниження часу напіврозщеплення жирів на 50 % і білків на 25 %. При цьому зросла й гідросекреторна активність ПЗ удвічі. Активність амілази в дуоденальному вмісті збільшилася на 20,3 %, ліпази – на 92,2 %, трипсину – на 59,5 %. Це свідчить про те, що застосування зазначеної операції сприяє поліпшенню зовнішньосекреторної функції ПЗ.

При ізольованому ураженні патологічним процесом головки ПЗ без дилатації ГПП та без порушення функції сусідніх органів виконували резекцію головки ПЗ за Бернською методикою (рис. 11).

Однак загалом ми все ж таки надаємо перевагу операції Фрея, що дозволяє провести адекватну ревізію дистальних відділів ГПП і, відповідно, її адекватне дренивання. При підтверджені доброякісного ураження головки ПЗ виконуємо операцію Бегера (рис. 12, 13).

У хворих на ХП, що супроводжується порушенням функції сусідніх органів, з вираженим дуоденальним стенозом та тубулярним стенозом загальної жовчної протоки перевагу надаємо пілорусзберігальній панкреатодуоденальній резекції (ППДР), яка дозволяє зберегти дванадцятипалу кишку. Якщо виключити онкологічний процес неможливо, то виконуємо ПДР.

Іноді при ХП фіксували ізольоване ураження тіла і хвоста ПЗ: у таких випадках 13 хворим ми виконали дистальну резекцію ПЗ. Летальних випадків у пацієнтів, що спостерігалися, не було. У 92,6 % хворих у віддалені терміни спостереження отримані задовільні результати. Післяопераційні ускладнення виникли у 27 хворих (4,6 %), 6 (1,03 %) пацієнтів потребували проведення повторного оперативного втручання. Прогресування захворювання в пацієнтів, які були раніше оперовані в нашій клініці, було виявлено в 32 (5,5 %) і в 72 хворих, первинно оперованих в інших лікувальних установах. Пацієнти після прямих резекційних операцій на ПЗ не потребували проведення повторних оперативних втручань з приводу ХП.

Рис. 10. Панкреатоєюнодуоденостомія з використанням ізольованого сегмента тонкої кишки на живильній судинній ніжці

Fig. 10. Pancreatoduodenostomy using an isolated segment of the small intestine on the feeding vessel

Рис. 11. Резекція головки ПЗ за Бернською методикою

Fig. 11. Resection of the software head by the Bern method

Рис. 12, 13.
Операція Бегера

Fig. 12, 13.
Bager's operation

Основними причинами незадовільних результатів хірургічного лікування ХП є проведення первинних операцій не за показаннями, неправильна тактика первинної операції, виконання дренажних операцій в недостатньому обсязі або замість резекційних втручань.

ВИСНОВКИ

1 Дренажні оперативні втручання показані пацієнтам з псевдокістами й норицями ПЗ та хворим з ізольованим вірсунголітіазом, з дилатацією ГПП, без вираженої запальної інфільтрації в ділянці головки ПЗ.

2 Резекційні оперативні втручання показані за наявності вираженого запального інфільтрату в ділянці головки ПЗ (операція Фрея, Бернська методика, ППДР, операція Бегера), але при цьому перевагу надаємо операції Фрея як найбільш простій і такій, що забезпечує адекватне видалення уражених ділянок ПЗ.

3 За наявності ураження сусідніх органів вважали необхідним проведення ППДР.

4 За неможливості виключення онкопроцесу ми виконували стандартну ПДР.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Aljarabah M, Ammori BJ. Laparoscopic and endoscopic approaches for drainage of pancreatic pseudocysts: a systematic review of published series. *Surgical Endoscopy*. 2007;21(11):1936–44. DOI: 10.1007/s00464-007-9515-2.

2. Beger HG, Matsuno S, Cameron JL. Diseases of the pancreas: Current surgical therapy. 2008. Springer Berlin Heidelberg. DOI: 10.1007/978-3-540-28656-1.

3. Beger HG, Warshaw AL, Buchler MW et al. The Pancreas: An Integrated Textbook of Basic Science, Medicine and Surgery, Second Edition. Blackwell Publishing Limited, Oxford, 2008.

1006 p. Available from: http://www.endosurgery.od.ua/uploaded/site0_Beger_The_pancreas.pdf.

4. Buchler M.W., Friess H., Uhl W., Malfertheiner P. Chronic pancreatitis. Novel concepts and therapy. Blackwell Wissenschafts. Verlag A Blackwell publishing company. 2002. 614 p. DOI: 10.1007/BF02949249.

5. Bachmann K, Tomkoetter L, Erbes J et al. Beger and Frey Procedures for Treatment of Chronic Pancreatitis: Comparison of Outcomes at 16-Year Follow-Up. *Journal of the American College Surgeons*. 2014;219(2):208–16. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2014.03.040.

6. Jawad Zaynab AR, Tsim N, Pai M, Bansi D et al. Short and long-term post-operative outcomes of duodenum preserving pancreatic head resection for chronic pancreatitis affecting the head of pancreas: a systematic review and meta-analysis. *HPB*. 2016;18(2):121–8. DOI: 10.1016/j.hpb.2015.10.003.

7. Bachmann K, Tomkoetter L, Kutup A, Erbes J, Vashist Y, Mann O et al. Is the Whipple Procedure Harmful for Long-term Outcome in Treatment of Chronic Pancreatitis? 15-Years Follow-up Comparing the Outcome after Pylorus-Preserving Pancreatoduodenectomy and Frey Procedure in Chronic Pancreatitis. *Annals of Surgery*. 2013;258(5):815–21. DOI: 10.1097/SLA.0b013e3182a655a8.

INFORMATION ABOUT AUTHORS

Oleksandr Yu. Usenko, Dr. Sci. (Medicine), Prof., Corresponding Member of the NAMS of Ukraine, Head of the Gastrointestinal Surgery, Director of the Institute

DEPARTMENT OF PANCREATIC SURGERY AND RECONSTRUCTIVE SURGERY OF THE BILE DUCTS

Volodymyr M. Kopchak, Dr. Sci. (Medicine), Prof., Head of the Department

Mykhailo Yu. Nychytailo, Dr. Sci. (Medicine), Prof., Corresponding Member of the NAMS of Ukraine, Principal Research Fellow

Oleksandr V. Duvalko, Cand. Sci. (Medicine), Senior Research Fellow

Vasyl V. Khanenko, Doctor surgeon

Volodymyr I. Trachuk, Senior Research Fellow

Andrii I. Khomiak, doctor-intern

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Усенко Олександр Юрійович – директор, керівник відділу хірургії шлунково-кишкового тракту, д.м.н., проф., чл.-кор. НАМН України

ВІДДІЛ ХІРУРГІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ТА РЕКОНСТРУКТИВНОЇ ХІРУРГІЇ ЖОВЧОВИВІДНИХ ПРОТОК

Копчак Володимир Михайлович – керівник відділу, д.м.н., проф.

Ничитайло Михайло Юхимович – провідний науковий співробітник відділу, д.м.н., проф., чл.-кор. НАМН України

Дувалко Олександр Васильович – старший науковий співробітник, к.м.н.

Ханенко Василь Васильович – лікар-хірург

Трачук Володимир Іванович – старший науковий співробітник

Хомяк Андрій Ігорович – лікар-інтерн

SUMMARY

Modern principles of surgical treatment of chronic pancreatitis

Oleksandr Yu. Usenko, Volodymyr M. Kopchak, Mykhailo Yu. Nychytailo, Oleksandr V. Duvalko, Vasyl V. Khanenko, Volodymyr I. Trachuk, Andrii I. Khomiak

Shalimov's National Institute of Surgery and Transplantation to National Academy of Medical Sciences of Ukraine, NAMSU, 30 Heroes of Sevastopol St., Kyiv 03680, Ukraine

We reviewed the charts of 752 patients, who have undergone surgery for various forms of chronic pancreatitis at "Shalimov's National Institute of Surgery and Transplantation of the NAMS of Ukraine" in the years from 2007 to 2017. The average age of the 591 males (78,6 %) and 161 females (22,4 %) was $43,0 \pm 3,2$ years. Out of these, 446 (62,4 %) patients with pseudocysts and pancreatic fistula and also with isolated main pancreatic duct lithiasis underwent drainage procedures. The 269 (37,6%) patients were subjected to different types of resection, including the Frey operation, pancreatoenterostomy with artificial pancreatic duct formation, the Berne technique, the Beger procedure, pancreatoduodenectomy, distal-pancreatic resection and other procedures. After pancreatic resections, the patients did not require repeated surgical interventions for chronic pancreatitis. In some cases of chronic pancreatitis, there was an isolated lesion of the pancreas: in such cases (13 patients), we performed distal resection of the pancreas. Among the observed patients here were no fatal cases. Satisfactory results were obtained in 92.6 % of cases at long-term follow-up. Post-operative complications occurred in 27 patients (4.6 %), in 6 (1.03 %) patients there was a need for repeated surgery. Progression of the disease in patients previously operated in our clinic was observed in 32 (5.5 %), and 72 patients, initially operated in other medical institutions. Patients after direct resection of the pancreas did not require repeated surgery for chronic pancreatitis. The main causes of unsatisfactory results of the surgical treatment for chronic pancreatitis have been found to be: false indications for initial surgery, improper primary surgical techniques, insufficient use of drainage procedures, as well as, performing a drainage procedure instead of a resection.

Key words: chronic pancreatitis, surgical treatment, resection and drainage procedures.

For citation: Usenko OY, Kopchak VM, Nychytailo MY, Duvalko OV, Khanenko VV, Trachuk VI, Khomiak AI. Modern principles of surgical treatment of chronic pancreatitis. *Journal of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine*. 2019;25(3):306–12

The article was received on August 28, 2019 | For review, September 1, 2019 | Accepted for publication on September 15, 2019

Volodymyr I. Trachuk
trachuk_vi@ukr.net

РЕЗЮМЕ

Современные принципы хирургического лечения хронического панкреатита

А. Ю. Усенко, В. М. Копчак, М. Е. Ничитайло, А. В. Дувалко, В. В. Ханенко, В. И. Трачук, А. И. Хомяк

Государственное учреждение «Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А. А. Шалимова» НАМН Украины, ул. Героев Севастополя, 30, Киев 03680, Украина

Проанализированы результаты лечения 752 больных с различными формами хронического панкреатита (ХП), прооперированных в Национальном институте хирургии и трансплантологии им. А. А. Шалимова НАМН Украины с 2007 по 2017 годы. Среди них 591 (78,6 %) мужчина, 161 (22,4 %) женщин, средний возраст составлял $43,0 \pm 3,2$ года. Дренирующие оперативные вмешательства выполнены 446 (62,4 %) больным. Они выполнялись при наличии панкреатита (ПК), свищей поджелудочной железы (ПО), а также при изолированном вирсунголитиазе. Резекционные оперативные вмешательства выполнены 269 (37,6 %) пациентам, среди них операция Фрея, панкреатоэнтероанастомозия (ППЕАС) с искусственным формированием пролива ПО, Бернская операция, операция Бегера, панкреатодуоденальная (ПДД) резекция, дистальная резекция ПО и др. В некоторых случаях при ХП определяется изолированное поражение тела и хвоста ПО, в таких случаях 13 больным была выполнена дистальная резекция ПО. Летальных случаев у наблюдаемых пациентов не было. У 92,6 % больных в отдаленных сроках наблюдения были получены удовлетворительные результаты. Послеоперационные осложнения возникли у 27 больных (4,6 %). Для 1,03 % пациентов (6 чел.) потребовалось проведение повторного оперативного вмешательства. Прогрессирование заболевания было определено у 32 (5,5 %) пациентов, ранее прооперированных в нашей клинике и у 72 больных, которые первично оперировались в других лечебных учреждениях. Пациенты после прямых резекционных операций на ПО не нуждались в проведении повторных оперативных вмешательств по поводу ХП.

Основными причинами неудовлетворительных результатов хирургического лечения ХП являются: проведение первичных операций не по показаниям, неправильная тактика первичной операции, а также выполнение дренирующих операций в недостаточном объеме или вместо резекционных вмешательств.

Ключевые слова: хронический панкреатит, хирургическое лечение, резекционные и дренирующие операции.

Для цитирования: Усенко АЮ, Копчак ВМ, Ничитайло МЕ, Дувалко АВ, Ханенко ВВ, Трачук ВИ, Хомяк АИ. Современные принципы хирургического лечения хронического панкреатита. *Журнал Национальной академии медицинских наук Украины*. 2019;25(3):306–12

Статья поступила в редакцию 20 августа 2019 | Направлена на рецензирование 1 сентября 2019 | Принята в печать 15 сентября 2019