

Прогнозування важкості фіброзу підшлункової залози у хворих на хронічний панкреатит в залежності від типу больового синдрому

І. В. Павлик

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Вступ. Основним клінічним проявом хронічного панкреатиту (ХП) є больовий синдром. Виділяють больовий синдром типу А — епізодичний сильний біль з наявними періодами безбольового синдрому; та тип В — постійний біль з епізодами сильного больового синдрому, що потребує госпіталізації пацієнта.

Мета роботи. Оцінити взаємозв'язок між типом больового синдрому та важкістю фіброзу підшлункової залози.

Об'єкт та методи дослідження. Об'єктом дослідження став аналіз результатів хірургічного лікування 181 хворих на ХП, ускладнений синдромом панкреатичної гіпертензії. За етіологічними чинниками згідно класифікації TIGAR-O в 162 (90%) пацієнтів ХП виник після перенесеного ГП, також у 172 (95%) – відмічався токсичний вплив алкоголю. Відповідно до Марсельсько-Римської класифікації ХП (1989) кальцифікуючу форму діагностовано у 21 хворих, обструктивну – 34, запальну – 2, фіброз підшлункової залози у 12, ретенційні і псевдокісти у 112. У 37 хворих під час проведення оперативного втручання проводили визначення внутрішньопроктокового тиску за допомогою манометра, а також визначення тканинного тиску опору за допомогою апарату Stryker pressure monitor. У 148 виконано трансабдомінальну оперативну корекцію панкреатичної гіпертензії. З 37 пацієнтів, резекцію ПЗ за Фреєм виконано у 6, Фрей-Ізбіцким – 26, панкреатодуоденальна резекція у 5 хворих.

Результати та їх обговорення. Епізоди важкого больового синдрому у хворих на ХП потребують госпіталізації таких пацієнтів. Залежність між типом больового синдрому та важкістю ХП була визначена у 62 хворих. Пацієнти з калькульозним ХП (5), множинними стриктурами головної панкреатичної протоки (ГПП)(7), великі (12) та інфіковані (5) кісти ПЗ відмічали больовий синдром типу В на момент госпіталізації в стаціонар. Пацієнти з одиночною стриктурою в області головки ПЗ (4), кістами ПЗ малого та середнього (26) розмірів відмічали больовий синдром типу А. Один пацієнт з фіброзом ПЗ мав тип В та один – тип А больового синдрому. І один пацієнт з одиночною стриктурою головного панкреатичного протоку відмічав тип В больового синдрому.

Пацієнти з калькульозним ХП (5), обструктивними формами ХП (множинні стриктури ГПП – 7) мали тканинний тиск спротиву (ТТС) >200 мм.рт.ст. у всіх відділах ПЗ вказуючи на її тотальний фіброз. В пацієнтів з одиночною стриктурою головки ПЗ ТТС мали найбільший показник (>200 мм.рт.ст.) в місці стриктури, а в інших частитнах ПЗ ТТС знижувався до 120 мм.рт.ст. Внутрішньопроктоковий тиск був підвищений тільки в 22 пацієнтів. Всі пацієнти гістологічно мали четвертий тип фіброзу ПЗ в місці стриктури, і відмічалась чітка кореляційна залежність між ТТС гістологічним ступенем фіброзу.

Висновки. Природа типу А больового синдрому у хворих на ХП полягає в виникненні гіпертонічного кризу в середині ГПП (чи кісти) з фіброзом паренхіми середнього ступеню. Тип В больового синдрому асоціюється з гіпертонічним кризом ГПП (чи кісти) з важким ступенем фіброзу паренхіми ПЗ.