

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ: ВИДЫ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ЕВТИХОВА Е. Ю., ГАГУА А. К., ЕВТИХОВ Р. М., ЛЕБЕДЕВА О. А.,
член-корреспондент РАМН ДУДАНОВ И. П. *

*Карельский научно-медицинский центр СЗО РАМН, Петрозаводск,
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия», Иваново

Евтихова Е. Ю., Гагуа А. К., Евтихов Р. М., Лебедева О. А., Дуданов И. П. Хронический панкреатит: виды оперативных вмешательств // Мед. акад. журн. 2010. Т. 10. № 1. С. 96–100. Карельский научно-медицинский центр СЗО РАМН, Петрозаводск; ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия», Иваново.

Представлены результаты хирургического лечения 183 больных хроническим панкреатитом. При этом выполнялись следующие виды оперативных вмешательств: продольный панкреатико-jejunoанастомоз на выключенной по Ру петле – у 12 больных; продольный панкреатико-jejunoанастомоз и холедохо-jejunoанастомоз – у 6; цисто-jejunoанастомоз – у 29; цистогастроанастомоз – у 5; цистоэнтеро-, холедохоэнтеро- и гастроэнтероанастомоз – у 5; иссечение панкреатического свища – у 2, фистуло-jejunoанастомоз – у 2, выделение и иссечение свища до ПЖ с формированием продольного панкреатико-jejunoанастомоза – у 6, дистальная резекция ПЖ – у 7 пациентов. Также у 109 больных выполнена проксимальная резекция ПЖ: у 86 – классическая панкреатодуоденальная резекция, у 16 – пилоросохраняющий вариант панкреатодуоденальной резекции и у 7 – резекция головки ПЖ. Общая послеоперационная летальность составила 5,46%, а после панкреатодуоденальной резекции – 8,8%. Анализированы отдаленные результаты в сроки от 2 до 14 лет: исследования показали, что хирургическая тактика лечения ХП остается многовариантной. Вид оперативного вмешательства определяется формой ХП. Стабилизация процесса в ПЖ после операции во многом зависит от своевременности ее выполнения.

Ключевые слова: хронический панкреатит, хирургическое лечение, варианты операций, отдаленные результаты.

Evtikhova E. Yu., Gagua A. K., Evtikhov R. M., Lebedeva O., Dudanov I. P. Chronic pancreatitis: types of surgical intervention // Med. Acad. Journ. 2010. Vol. 10. № 1. P. 96–100. Karelian Scientific Medical Center of the North-West Department of RAMS, Petrozavodsk; Ivanovo State Medical Academy, Ivanovo.

Here we present the results of surgical treatment of 183 patients with chronic pancreatitis. The following surgical interventions were carried out: Longitudinal pancreatico-jejunal anastomosis on isolated Roux loop was performed in 12 patients, longitudinal pancreatico-jejunal and choledoco-jejunal anastomoses in 6 patients, cysto-jejunal anastomosis in 29 patients, cystogastroanastomosis in 5 patients, cystoentero-, choledoco-entero- and gastroenteroanastomosis in 5 patients, pancreatic fistula removal in 2 patients, fistulo-jejunal anastomosis in 2 patients, fistula isolation and removal up to the pancreas forming a longitudinal pancreatico-jejunal anastomosis in 6 patients, and proximal resection of the pancreas in 7 patients. 109 patients also underwent proximal pancreatic resection: Classical pancreaticoduodenal resection was performed in 86 patients, pylorus-preserving version of pancreaticoduodenal resection in 16 patients, and pancreatic head resection in 7 patients. Overall post-operative lethality amounted in 5.46%, while lethality after pancreaticoduodenal resection was 8.8%. Remote results were studied 2 to 14 years after operation, revealing that surgical tactics of chronic pancreatitis treatment remain versatile. The type of surgery is determined by the form of chronic pancreatitis. Stabilization after operations on the pancreas largely depends on the appropriate timing of the operation.

Key words: chronic pancreatitis, surgical treatment, types of surgical operations, remote results.

Для корреспонденции: Евтихова Екатерина Юрьевна; 153012, Иваново, ул. Сакко, 3-50; тел.: +79106971151; e-mail: evtikhova@inbox.ru

В последние годы хронический панкреатит (ХП) является наиболее распространенной патологией поджелудочной железы (ПЖ), составляя в структуре заболеваемости органов желудочно-кишечного тракта 8–9%, среди общей патологии – 0,5% [5]. Оперативное лечение ХП, основанное на современных достижениях хирургии, в настоящее время представляет большой раздел панкреатологии. Тем не менее, предметами дискуссий остаются не только уточненные определения, но даже и главная характеристика ХП, как контур («очерченность границ») самой его нозологической формы. Многие исследователи считают ХП группой хронических воспалительных заболеваний ПЖ, имеющих различную этиологию

и патогенез [1, 3]. Отсутствует общепринятая унифицированная классификация ХП, отвечающая, по выражению М. Sarnet (1984, 1991), на три важнейших вопроса: «В чём патология, что происходит, что надо делать»? В то же время в классификациях последних лет положительным моментом следует считать тенденцию для выделения осложненных и неосложненных форм ХП. Осложненные формы ХП являются преимущественно эндоскопическими и хирургическими проблемами.

Выбор метода хирургического лечения хронического панкреатита строится с учетом преимущественной локализации процесса, изменений протоковой системы, а также имеющихся осложнений. Тем не

менее, многообразие этиологических факторов и клинических форм ХП, необходимость учета возрастных изменений и отягощенности сопутствующей патологией не всегда позволяют однозначно высказаться в пользу определенного вида операции. Поэтому ряд вопросов хирургической тактики при ХП остаются предметом дискуссий.

Целью работы было проведение ретроспективного анализа результатов хирургического лечения различных форм хронического панкреатита.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами с 1994 по 2008 г. оперировано 183 больных ХП. Среди оперированных было 155 (84,8%) мужчин и 28 (15,3%) женщин. В работе мы пользовались Марсельско-Римской классификацией ХП, а также этиологической классификацией TIGAR-O.

У мужчин основной причиной ХП было злоупотребление алкоголем, а у женщин – желчнокаменная болезнь. Хронический посттравматический панкреатит имел место у 5 (2,7%) больных. Однако у 19 (10,3%) человек уточнить причину ХП не представлялось возможным. При поступлении в клинику у всех были постоянные, чаще плохо купируемые лекарственными препаратами боли, выраженная потеря массы тела и другие проявления внешнесекреторной панкреатической недостаточности. Сахарный диабет диагностирован у 21 обследованного больного. У 23 человек была механическая желтуха. Поэтому им первоначально проводили чрескожную чреспечёчную холецистостомию под контролем ультразвукового сканирования. В 18 случаях наблюдали различной степени нарушения проходимости двенадцатиперстной кишки, обусловленные компрессией резко увеличенной головкой ПЖ.

Диагноз определялся на основании клинических проявлений, лабораторных и инструментальных методов исследования. Следует подчеркнуть, что методы лабораторной диагностики собственно ХП не обладают достаточной чувствительностью и специфичностью. К примеру, активность амилазы (феномен «уклонения ферментов») констатирует лишь факт обострения ХП. К сожалению, пока еще нет методов общедоступного контроля процессов в ПЖ, подобных аминотрансферазам в гепатологии. Трудоемкие и дорогостоящие методики количественной оценки функционального состояния ПЖ пока еще малодоступны для общей практики. Поэтому непрерывность патологического процесса в ПЖ может быть определена преимущественно инструментально. Копрологические исследования, входящие в обязательный набор обследования, также не обладают достаточной чувствительностью и специфичностью.

Всем пациентам выполняли УЗИ, КТ, ЭРПХГ, ФЭГДС и дуоденографию. В последние годы с появлением в клинике аппарата у 34 человек проводили МРТ. Также широко стали использовать цветное дуплексное сканирование. Стандартный протокол исследования включал получение обязательной информации о состоянии печени, селезенки, почек и лимфатических узлов брюшной полости. В 27 наблюдениях проводилась видеолапароскопия.

Выбор метода оперативного вмешательства диктовался формой ХП. Во время операции у 19 человек проводилась пункционная биопсия ПЖ с целью дифференциальной диагностики со злокачественными новообразованиями.

При расширении главного панкреатического протока по типу «цепи озёр» («chain of lakes») выполняли продольный панкреатикоэюноанастомоз на выключенной по Ру петле (12 пациентов). В одном наблюдении было осложнение в виде панкреатического свища, который был излечен консервативными мероприятиями. При определении показаний к наложению изолированного панкреатикоэюноанастомоза должны отсутствовать билиарная гипертензия и нарушения проходимости двенадцатиперстной кишки (ДПК). У 6 пациентов при сдавлении общего желчного протока головкой ПЖ одновременно с панкреатикоэюноанастомозом выполняли также холедохоэюноанастомоз.

При псевдокистах ПЖ цистоеюноанастомоз провели у 29 человек. При этом формировали широкое соустье на выключенной по Ру петле. Цистогастроанастомоз выполнили у 5 человек. Летальных исходов не было. В 5 случаях при хронической кисте поджелудочной железы, фиброзе головки ПЖ и сдавлении общего желчного протока и двенадцатиперстной кишки выполняли три анастомоза: цистоэнтеро-, холедохоэнтеро- и гастроэнтероанастомоз. Эти больные находились в тяжелом состоянии. В послеоперационном периоде умер 1 больной.

По поводу свищей ПЖ оперировано 12 больных. Выполнялись следующие оперативные вмешательства: иссечение свища – у 2, фистулоэюноанастомоз – у 2, выделение и иссечение свища до ПЖ с формированием продольного панкреатикоэюноанастомоза – у 6, дистальная резекция ПЖ – у 2 больных.

При выраженных фиброзно-дегенеративных изменениях в области хвоста и тела ПЖ с интрапанкреатическими абсцессами, кистами и кальцинозом у 5 человек выполнялись дистальные резекции с удалением селезенки. При этом в 2 наблюдениях сделана дистальная гемипанкреатэктомия, в 3 – резекция хвоста ПЖ. Наиболее опасным осложнением дистальной резекции остается инсулинозависимый

сахарный диабет, который возник в послеоперационном периоде у 1 больной.

Проксимальная резекция ПЖ произведена 109 больным. При этом у 86 пациентов выполнялась классическая панкреатодуоденальная резекция (ПДР), у 16 – пилоросохраняющий вариант ПДР и у 7 – резекция головки ПЖ. Возраст больных составлял от 35 до 68 лет. Среди них было 102 мужчины и 7 женщин.

Длительность заболевания пациентов, которым выполнялась ПДР, варьировала от 3 до 12 лет (в среднем $7 \pm 3,6$ года). Следует отметить, что 48 (47,06%) больных в прошлом были оперированы по поводу острого деструктивного панкреатита. В других лечебных учреждениях в различные сроки от начала заболевания билиодигестивные анастомозы по поводу механической желтухи были выполнены 17 (16,6%) больным. В связи с дуоденальной непроходимостью у 8 (7,8%) пациентов был наложен гастроэнтероанастомоз. Следовательно, 73 (71,6%) человека в прошлом перенесли различные оперативные вмешательства, а 15 (14,7%) из них были оперированы неоднократно.

При выраженном фиброзе вокруг головки ПЖ и невозможности выполнения этапа «туннелизации» нами разработан и внедрен оригинальный метод пересечения перешейка ПЖ, исключающий возможность ранения воротной и верхней брыжеечной вен. В зависимости от вида выполненных ранее билиодигестивных и/или желудочно-кишечных соустьев мы проводили различные варианты реконструктивных вмешательств. На реконструктивном этапе ПДР создание надежного панкреатикодигестивного анастомоза является актуальным. В настоящее время мы отдаем предпочтение выполнению панкреатикоеноанастомоза с прецизионным швом и использованием оптики. При ПДР по поводу ХП остающиеся плотные ткани ПЖ (так называемая «адаптированная» культя ПЖ) и применение сандостатина в значительной степени предотвращают несостоятельность панкреатикодигестивного анастомоза. Тем не менее, несостоятельность панкреатикодигестивного анастомоза отмечалась в 12 случаях.

Во всех наблюдениях выполняли гепатикоеноанастомоз. Мы столкнулись с трудностями выполнения гепатикоеноанастомоза в 19 случаях. Это было обусловлено узкими внепеченочными желчными протоками (менее 0,5 см), имеющими к тому же тонкие стенки. В этих ситуациях мы формировали гепатикоеноанастомоз на специальном дренаже с множественными боковыми отверстиями. При этом проксимальный участок дренажа устанавливали в области слияния правого и левого печеночных протоков, а дистальный конец выводили через приводя-

щую кишку на брюшную стенку. Часть желчи через специально сделанные боковые отверстия дренажа поступала в кишку, а часть наружу. Тем самым осуществлялась декомпрессия анастомоза. Дренаж удаляли через 10–12 дней. Ранние послеоперационные осложнения после ПДР отмечались в 15,2% случаев. После пилоросохраняющих операций у 9 больных длительное время наблюдали гастростазы.

В послеоперационном периоде умерли 8 (7,8%) человек. Следует отметить, что за последние 5 лет летальных исходов после ПДР не было. Дуоденосохраняющая резекция головки ПЖ выполнялась у 7 больных. Длительность заболевания у этих пациентов составляла от 6 мес до 3 лет. При этом не было выраженного парапанкреатического фиброза, проявлений билиарной гипертензии и нарушения дуоденальной проходимости. После резекции головки ПЖ умер 1 больной от гнойных осложнений. Общая летальность после проксимальных резекций ПЖ составила 8,8%.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Предметом дискуссий остается вопрос о показаниях к ПДР при ХП. В литературе имеются описания многих случаев развития рака ПЖ на фоне ХП. С позиций доказательной медицины установлено, что при длительном течении ХП вероятность развития рака ПЖ увеличивается в 5 раз. Поэтому остающийся после дренирующих операций необратимый процесс в головке ПЖ является почвой для развития рака. Результаты наших исследований показали, что с накоплением опыта и при адекватном послеоперационном ведении, ПДР по поводу осложненных форм ХП не является крайне рискованной операцией. При этом качество жизни оперированных людей значительно улучшается. В то же время наш опыт основан на лечении тяжелых осложненных форм ХП. Своевременная диагностика форм ХП дает возможность проведения дуоденосохраняющей резекции головки ПЖ (операции Beger H. G. или Frey C. F.).

Ряд исследователей считают, что фиброзно перерожденная головка ПЖ, особенно содержащая мелкие ретенционные кисты, петрификаты, очаги некроза, воспалительные изменения периневральных оболочек и сдавление нервных окончаний, является основным субстратом заболевания и дальнейшим двигателем патологического процесса. H. Beger и соавт. (2001), Aagam M. Coorerman (2001) называют головку ПЖ «водителем ритма» патологических изменений для всей железы. Они полагают, что фиброзные изменения в теле и хвосте ПЖ возникают вторично. Э. И. Гальперин и соавт. (2006) отмечают, что при первичном ХП, в случаях фиброзного по-

ражения всей ПЖ, операцию следует производить на головке. Ее полное или частичное удаление является основным фактором в уменьшении болей и сдерживанием дальнейшего патологического процесса. Следует подчеркнуть, что операция удаления головки ПЖ показана в более ранние сроки, с целью предотвращения, а не лечения тяжелых осложнений ХП.

Базисная программа послеоперационного ведения больных в случаях возникновения инфекционных осложнений, включает дополнительное применение энтеросорбции и ультрафильтрации крови. На основании измерения электрофоретической подвижности эритроцитов (ЭФПэр) и определения индекса ЭФПэр нами разработан и внедрен способ ранней диагностики гнойных послеоперационных абдоминальных осложнений.

Сущность метода состоит в измерении под микроскопом скорости миграции в электрополе отдельных эритроцитов при стандартных условиях. По результатам регистрации амплитуды колебания эритроцитов в поле зрения микроскопа вычисляли индекс ЭФП эритроцитов по формуле:

$$\text{ИЭФП} = \text{ИЭФП/КЭФП} \times 100\%,$$

где ИЭФП – средний показатель ЭФП эритроцитов у исследуемого пациента, КЭФП – средний показатель ЭФП эритроцитов в контроле (у здоровых).

Снижение ИЭФП за пределы диапазона 50% относительно контроля рассматривали в качестве раннего признака развития гнойных осложнений.

Отдаленные результаты изучены у 166 человек в сроки от 2 до 14 лет. Судьба остальных 17 оперированных не известна. Критериями эффективности проведенных оперативных вмешательств мы считали: хорошее самочувствие пациента, отсутствие болевого синдрома, нормализацию массы тела, отсутствие или минимальные проявления диспепсии, стабилизацию процесса в ПЖ по данным УЗИ.

Все больные разделены на группы. В первую группу вошли 18 пациентов ХП, которым проводились дренирующие операции. Вторую группу составили 43 человека, которым выполнялись варианты дренирующих операций по поводу панкреатической кисты, а также свищей ПЖ. В третью группу включены 7 больных, которым выполнялись дистальные резекции ПЖ. К четвертой группе отнесены 98 оперированных, которые перенесли варианты проксимальных резекций ПЖ.

В первой группе из 18 наблюдаемых в отдаленном периоде умерли 3. При этом один больной умер от рака ПЖ через 9 лет после дренирующей операции, второй – от цирроза печени через 6 лет. Два пациента в дальнейшем повторно оперированы, и им выполнена ПДР, после которой в одном случае от

несостоятельности анастомоза и перитонита наступил летальный исход. В настоящее время хорошие результаты остаются у 4 оперированных, у 9 – удовлетворительные. В 2 наблюдениях развился тяжелый инсулинозависимый сахарный диабет.

Во второй группе, состоящей из 43 человек, в отдаленные сроки после операции умерло 4 пациента. Хорошие результаты наблюдаются у 9 пациентов, удовлетворительные – у 24, неудовлетворительные – у 6.

Из 7 пациентов третьей группы в отдаленном периоде умер 1. Хорошие результаты отмечаются в 2 случаях, удовлетворительные – в 2, у 2 отмечается инсулинозависимый сахарный диабет.

В четвертую группу включены 99 человек, которым выполнена проксимальная резекция ПЖ. Судьба одного оперированного неизвестна. В ближайшем послеоперационном периоде все обследуемые отметили исчезновение или значительное снижение болевого синдрома, не требующее приема лекарственных препаратов. В течение ближайших 6 мес практически у всех оперированных масса тела частично восстанавливалась и затем оставалась стабильной. Изучение белкового обмена показало, что уже в ближайшие месяцы после операции показатель общего белка приближался к норме, однако была вторичная диспротеинемия. В дальнейшем альбумин восстанавливался до нормы, и через 2–3 года уровень белка держится на нормальных цифрах. Нарушения пищеварения носят компенсаторный характер и не приводят к клинически выраженным проявлениям панкреатической недостаточности и панкреатической диспепсии. Следовательно, оставшаяся часть паренхимы ПЖ является функционально состоятельной. Однако все оперированные вынуждены периодически принимать панкреатические ферменты.

В сроки от 4 до 11 лет умерло 11 пациентов. Основными причинами летального исхода были: цирроз печени – 4, инфаркт миокарда – 2, инсульт – 2, осложнения инсулинозависимого сахарного диабета – 1, рак ПЖ – 1, тромбоэмболия легочной артерии – 1.

ВЫВОДЫ

1. Полученные данные еще раз подтверждают, что хирургическая тактика при ХП остается многовариантной. Стабилизация процесса в ПЖ после оперативных вмешательств во многом зависит от своевременности их выполнения.
2. Хронический панкреатит, став очерченной болезнью с выраженными клиническими признаками, потребовал новых подходов в его лечении. Вид оперативного вмешательства определяется формой ХП.

Литература

1. Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г., Ахаладзе Г.Г., Нурутдинов Р.М. Хронический панкреатит, резецирующие и дренирующие вмешательства // Хирургия. 2006. № 8. С. 4–9.
2. Харнас С.С., Кулезнева Ю.В., Лачман Д. Дооперационная и интраоперационная диагностика хирургических заболеваний поджелудочной железы // Хирургия. 2003. № 8. С. 62–65.
3. Adam U., Makowiec F., Riediger H. et al. Risk factors for complication after pancreatic head resection // Am. J. Surg. 2004. Vol. 187. P. 2.
4. Beger H., Siech M. Chronic pabncreatitic. Current surgical therapy // A Harcourt Heals Sciens Company. 2001. P. 551–557.
5. Chaudhary A., Negi S., Masood S. et al. Complication after Frey,s procedure for chronic pancreatitis // Am. J. Surg. 2004. Vol. 188. P. 3–8.
6. Cooperman Ayram M. The pancreas revisted I: Diagnosis, chronic pancreatitis // Surg. Clin. North Am. 2001. Vol. 81. P. 2.
7. Sarner M., Cotton P.B. Classification of pancreatitis // Gut. 1984. Vol. 25. P. 756–759.
8. Sarner M. Classification of chronic pancreatitis // Pancreatic Disease – Progress and Prospects / Eds. C. D. Johnson, C. Imrie. Heidelberg: Springer-Verlag, 1991. P. 171–176.