



В. Г. Ярешко, Ю. А. Михеев

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования министерства здравоохранения Украины»

© Ярешко В. Г., Михеев Ю. А.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Резюме. В период с 2005 по 2014 годы в клинике прямые операции на поджелудочной железе выполнены у 91 больного с хроническим панкреатитом. По данным визуализационных методов протоковая панкреатическая гипертензия отмечена у 79 (86,8 %) больных. Конкременты в панкреатических протоках и кальцинаты в паренхиме поджелудочной железы выявлены у 64 (70,3 %) больных, псевдокисты различных размеров и локализации — у 61 (85,9 %). Значительное увеличение головки поджелудочной железы по типу «Inflammatory Mass» выявлено у 23 (25,3 %) пациентов. Билиарная гипертензия отмечена у 32 (35,2 %) больных. Косвенные признаки подпечёночной портальной гипертензии выявлены у 25 (27,5 %) больных. Дуоденальная непроходимость отмечена у 15 (16,5 %) пациентов. Выполнены 6 панкреатодуоденальных резекций, 23 дистальные резекции поджелудочной железы (4 из них дополнены панкреатоеюноанастомозом, 2 — операцией Фрея, 1 — трансдуоденальной папиллотомией), 36 операций Фрея, 5 операций Бегера, 6 бернских модификаций операции Бегера, 15 продольных панкреатоеюностомий, у 5 больных дополненных трансдуоденальной папиллотомией. Выбор способа прямого оперативного вмешательства на ПЖ при ХП требует достаточно чёткого опеределения показаний на основе современных методов визуализационной диагностики. Предложенные модификации резекционных и дренирующих операций могут дополнить арсенал уже известных хирургических вмешательств.

Ключевые слова: хронический панкреатит, продольная панкреатоеюностомия, операция Бегера, операция Фрея.

Введение

Актуальной проблемой современной панкреатологии является хирургическое лечение хронического панкреатита (ХП) и его осложнений [1, 5, 6, 8]. Заболеванию характерны полиморфизм патологических изменений в поджелудочной железе (ПЖ) с развитием острого и хронического воспаления с последующим необратимым замещением панкреатической паренхимы фиброзной тканью, расширением главного панкреатического протока (ГПП), формированием псевдокист и кальцификатов. Анатомический контакт ПЖ с соседними органами при прогрессировании заболевания способствует развитию и «внепанкреатических» осложнений панкреатита — нарушение эвакуации двенадцатиперстной кишки (ДПК), билиарную гипертензию, тромбоз или экстрвазальную компрессию вен спленопортomezентериального конfluence [2, 3, 4, 5]. Эти основные осложнения и изменения самой железы предопределяют актуальность выбора метода вмешательств при ХП, которые весьма условно подразделяют на резекционные и дренирующие.

Дренирующие операции при ХП, такие как продольный панкреатоеюноанастомоз (ПЕА) и его вариации, направлены главным образом на декомпрессию ГПП, что уменьшает панкреатическую гипертензию и соответственно болевой синдром. Однако сам анастомоз не способен обеспечить дренирование панкреатических протоков 2-3 порядка, протоковой системы крючковидного отростка головки железы, со временем склонен к облитерации и рецидиву клинических симптомов заболевания. Клинический эффект подобных операций сохраняется обычно в течение нескольких лет и выражен только у 40-50 % оперированных больных [4, 9].

Именно неудовлетворительные результаты дренирующих операций, относительно простых в техническом исполнении, определили развитие более сложных, с резекцией ПЖ в том или ином объёме и модификации. В течение многих лет хирургическим стандартом в лечении ХП была панкреатодуоденальная резекция (ПДР) с резекцией желудка (операция Whipple) или пилоросохраняющая (операция Traverso-Longmire). Большой объём удаляемых органов, особенно головки железы и ДПК,

приводил к тяжелым гуморальным и эндокринным нарушениям в послеоперационном периоде со снижением качества жизни больного [4, 5, 6].

Новым этапом в хирургии ХП стала дуоденумсохраняющая резекция головки ПЖ, предложенная Н. Beger (1972), которая посредством резекции головки ПЖ обеспечивает декомпрессию холедоха и воротной вены. Долговременный обезболивающий эффект этой операции более высокий – у 80 % больных в сроки наблюдения более 5 лет. В 1985 г. Ch. Frey и G. Smith предложили модификацию дуоденумсохраняющей резекции головки ПЖ с продольным панкреатоеюноанастомозом [7], совместив принципы резекционных и дренирующих операций. По сравнению с оригинальной операцией Бегера этот вариант проще, так как при нем не пересекается ПЖ и не происходит ее отделения от воротной вены [4, 5]. Панкреатоеюноанастомоз при операции Фрея обеспечивает дренирование панкреатических протоков дистальных отделов ПЖ и головки, включая протоковую систему крючковидного отростка, а резекция ткани головки ПЖ – декомпрессию холедоха. В рандомизированных контролируемых исследованиях [8] эффективность обеих операций оказалась сопоставимой в отношении купирования боли (94 % – Фрэй и 95 % – Бегер), предотвращения осложнений (91 % – Фрэй и 92 % – Бегер) и качества жизни. При ХП с не расширенным ГПП J. Izbicki и соавт. в предложенной операции, объединили принцип дуоденумсохраняющей резекции головки ПЖ с V-образным иссечением тела ПЖ до освобождения панкреатических протоков второго и третьего порядка [8]. Последняя из разработанных методик В. Gloog и соавт. (2000) в Бернском университете, известная как «бернский» вариант операции Бегера, сочетает преимущества методик Бегера и Фрея [3, 4, 5]. Это по сути, упрощение методики операции Бегера и расширение объема удаляемой ткани при операции Фрея, которые практически унифицировались и могут рассматриваться как проксимальная субтотальная дуоденумсохраняющая резекция головки ПЖ без поперечного пересечения ПЖ над воротной веной [3, 4].

Разработанные за последние десятилетия вмешательства на поджелудочной железе должны соответствовать морфологическим изменениям самой ПЖ, а так же осложнениям панкреатита в каждом конкретном клиническом случае. В идеале операция при ХП должна ликвидировать и/или предупредить основные осложнения заболевания, не усиливать экзо- и эндокринную недостаточность, сопровождаться минимальным числом послеоперационных

осложнений. Поэтому, выбор того или иного способа операции на ПЖ является чрезвычайно актуальной и далеко не решенной задачей.

Цель работы

Обоснование выбора способа операции на ПЖ в зависимости от морфологических изменений паренхимы железы, состояния её протоковой системы и осложнений ХП.

Материалы и методы исследований

В клинике с 2005 по 2014 год прямые хирургические вмешательства на ПЖ выполнены у 91 больного с ХП. Из них мужчин было 75 (82,4 %), женщин – 16 (17,6 %). Возраст больных составил от 18 до 73 лет, в среднем $(45,2 \pm 10,1)$ лет (люди молодого и среднего возраста). Этиологическое воздействие алкоголя на развитие заболевания отмечено у 86 (94,5 %) больных. В анамнезе у 11 больных были такие операции, имеющие отношение к основному заболеванию: дренирование кисты ПЖ под контролем УЗИ – 8 человек, эндоскопическая папиллотомия – 2, цистоеюноанастомоз – 1).

Внешнесекреторная функция ПЖ оценивалась по результатам исследования активности фекальной и сывороточной эластазы. Ультразвуковое исследование и спиральная компьютерная томография с внутривенным усилением были обязательными для определения показаний и объемов предстоящей операции. По показаниям выполняли магнитно-резонансную холангиопанкреатографию, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию или черездренажные рентгеноконтрастные исследования после предварительного дренирования кисты ПЖ под контролем УЗИ. Морфологическое исследование ткани железы и стенок кист ПЖ выполнено всем оперированным больным и при необходимости дополнялось иммуногистохимическим исследованием.

Болевой синдром был основной причиной (96,7 %) обращения больного к врачу. По данным визуализационных методов протоковая панкреатическая гипертензия отмечена у 79 (86,8 %) больных. Конкременты в панкреатических протоках и кальцинаты в паренхиме ПЖ выявлены у 64 (70,3 %) больных, псевдокисты различных размеров и локализации – у 61 (85,9 %). Значительное увеличение в размерах головки ПЖ по типу «Inflammatory Mass» выявлено у 23 (25,3 %) пациентов. Билиарная гипертензия различной степени выраженности от бессимптомной дилатации внепеченочных жёлчных протоков до терминальной стадии механической желтухи отмечена у 32 (35,2 %) больных. Косвенные признаки подпечёночной портальной гипертензии выявлены у 25 (27,5 %) больных. Клинически значимые



признаки дуоденальной непроходимости отмечены у 15 (16,5 %) пациентов. У 3 (3,3 %) больных при поступлении были наружные панкреатические свищи после дренирования кист под контролем УЗИ.

Эти осложнения, а также степень фибротических изменений ПЖ и их локализация по отношению к анатомическим отделам ПЖ, состояние протоковой системы и уровень её обструкции, размеры и локализация конкрементов, кальцинатов и псевдокист были основными при выборе способа оперативного вмешательства.

Результаты исследований и их обсуждение

Характер выполненных операций представлен в таблице.

Таблица

Виды прямых оперативных вмешательств при ХП

Виды операций	Количество	
	абс.	%
Панкреатодуоденальная резекция по Whipple	6	6,6
Дистальная резекция ПЖ	16	17,6
Дистальная резекция ПЖ+ПЕА (Puestow-Gillesby)	4	4,4
Дистальная резекция ПЖ+операция Фрея	2	2,2
Дистальная резекция ПЖ+ТДПСТ с вирсунгопластикой	1	1,1
Операция Бегера	5	5,5
Бернская модификация операции Бегера	6	6,6
Операция Фрея	36	39,5
ПЕА (Partington-Rochelle)	10	10,9
ПЕА+ ТДПСТ с вирсунгопластикой	5	5,5

Следует отметить, что современные визуализационные методы и дооперационная трепанбиопсия ПЖ под контролем УЗИ с верификацией диагноза позволяют с большой долей вероятности исключить опухоль процесс в ПЖ и практически вывести из арсенала операций при ХП ПДР. Подобные операции были выполнены в клинике ранее и в последнее время практически не применяются.

В 23 случаях была выполнена дистальная резекция ПЖ показаниями к её выполнению было фиброзно-дегенеративное поражение тела и хвоста ПЖ, преимущественно кистозного характера, без структурных изменений в головке и панкреатической гипертензии проксимальных её отделов. В двух случаях показанием было наличие наружного панкреатического свища после дренирования кисты под контролем УЗИ. У четырёх больных дистальная резекция была дополнена продольным ПЕА, у двух больных при протоковой панкреатической гипертензии и изменениями проксимальных отделов железы - операцией Фрея. В одном случае дистальная резекция ПЖ была дополнена трансдуоденальной папиллосфинктеротомией (ПСТ) с вирсунгопластикой для

устранения панкреатической гипертензии на уровне сфинктера Одди. При этом паренхима головки и тела ПЖ не была фиброзно изменены и, соответственно, в данном случае ПЕА не выполнялся.

Операция Бегера в «классическом варианте» имеет чёткие показания – компрессия спленопортomezентериального венозного конfluence с развитием подпечёночной формы портальной гипертензии, билиарной гипертензией головкой поджелудочной железы с выраженными изменениями фиброзного характера терминального отдела холедоха. Выдерживая эти показания нами прооперировано 5 больных.

Бернская модификация операции Бегера (субтотальная дуоденумсохраняющая резекция головки ПЖ без поперечного пересечения перешейка ПЖ) нами выполнена у 6 больных. Но учитывая то, что техническое упрощение операции Бегера и расширение объема удаляемой ткани при операции Фрея практически стирает грань между этими операциями, возможно некоторую часть наших операций Фрея, выполненных ранее, мы могли бы смело назвать бернской операцией. Во всех случаях восстановительный этап завершался продольным ПЕА.

Операция Фрея, объединяющая в себе элементы как дренирующей, так и резекционной операций показана при ХП с преимущественным поражением головки и расширением главного панкреатического проток без портальной гипертензии. Данная операция выполнена у 38 больных (у 2 пациентов с дистальной резекцией ПЖ).

Что касается известной дренирующей операции в хирургии ХП – продольной панкреатоеюностомии по Partington-Rochelle (проперировано 15 больных), то она остаётся распространённым вмешательством, устраняя одну из причин болевого синдрома – панкреатическую протоковую гипертензию, особенно при отсутствии признаков сдавления окружающих органов. Продольный ПЕА часто может быть единственным способом лечения ХП, при котором на фоне резко расширенного главного панкреатического протока отмечается истончение и атрофия паренхимы ПЖ.

У пяти пациентов, с билиарной гипертензией, невыраженным увеличением головки ПЖ и наличием псевдокист и кальцинатов для адекватной билиарной декомпрессии продольная панкреатоеюностомия была дополнена трансдуоденальной ПСТ с вирсунгопластикой. Подобная операция была предложена Rumf K.D. в 1983 году и модифицирована нами. Физиологичность вмешательства, на наш взгляд, достигается устранением панкреатич-

ной протоковой гипертензии на уровне устья главного панкреатического протока, а на всем его протяжении ликвидируется билиарная гипертензия с сохранением естественного пассажа пищи через ДПК, в отличие от операции В.Н. Клименко [1].

Предложенная операция может быть, в некоторых клинических случаях, альтернативой операции Бегера, поскольку соответствует принципам органосохраняющих, устраняя панкреатическую и билиарную гипертензию трансдуоденальной транспапиллярной коррекцией без резекции головки ПЖ.

Осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 11 (12,1 %) больных. Частичная нестойкость панкреатоеюноанастомоза (тип А и В по ISGPF) была у 3 пациентов (после операции Фрея — у 2 и продольной панкреатоеюностомии — 1) что не потребовало выполнения повторных операций. После дистальной резекции ПЖ у двух больных сформировался наружный панкреатический свищ, который закрылся после эндоскопической папилосфинктеротомии. Абсцесс брюшной полости после операции Бегера отмечен у 1 пациента, и гематома у одного больного после бернской операции. Больным выполнено дренирование под контролем УЗИ с положительным эффектом. Послеоперационное массивное внутрибрюшное кровотечение было у 2 больных: одной после дистальной резекции ПЖ и бернской операции. В обоих случаях летальный исход. Еще один больной умер после ПДР от перфорации стрессовой язвы культи желудка. Общая послеоперационная летальность составила 3,3 %.

Достичь положительных результатов при операциях на ПЖ возможно только при стро-

гом выборе способа операции еще на дооперационном этапе, когда по данным обследования, установленные изменения ПЖ и осложнения ХП будут соответствовать той модели операции, которая способна их максимально коррегировать.

Анализируя отдаленные результаты представленных видов операций мы отметили развитие желчнокаменной болезни у 7(14 %) пациентов в различные сроки послеоперационного периода, еще двух (4 %) — деструктивные формы холецистита. Описание подобных осложнений отсутствует в доступной нам литературе, однако, не вдаваясь в собственные обоснования этих патофизиологических механизмов, мы рекомендуем вмешательства на ПЖ при ХП дополнять холецистэктомией, что мы и делаем последние пять лет.

Таким образом, при выборе метода хирургического лечения ХП и его осложнений следует руководствоваться характером изменений паренхимы и протоковой системы, их локализацией по отношению к анатомическим отделам ПЖ, наличием билиарной и портальной гипертензии, нарушением дуоденальной проходимости.

Выводы

1. Выбор способа прямого оперативного вмешательства на ПЖ при ХП требует достаточно четкого опеределения показаний на основе современных методов визуализационной диагностики.

2. Предложенные модификации резекционных и дренирующих операций направлены на основные патоморфологические изменения в ПЖ и могут дополнить арсенал уже известных хирургических вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Паренхимосохраняющая направленность в хирургии хронического панкреатита / А. В. Клименко, В. Н. Клименко, С. Н. Завгородний [и др.]. // Украинский Журнал Хірургії. — 2011. — № 6 (15). — С. 14-18.
2. Принципы прямых операций на поджелудочной железе в хирургическом лечении хронического панкреатита / [В.М. Копчак, И.В. Хомяк, Д.А. Чевердюк и др.] // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. — 2011. — Т. 171, №3. — С. 29-34.
3. Резекция головки поджелудочной железы при хроническом панкреатите. Как делать и как называть? (аналитический обзор) / В. И. Егоров, В. А. Вишневский, А. Т. Щастный [и др.]. — Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2005. — № 8. — С. 57-66.
4. Щастный А.Т. Хирургическое лечение хронического панкреатита с преимущественным поражением головки поджелудочной железы / А. Т. Щастный, М. И. Кугаев. — Новости хирургии. — 2010. — Том 18, №2. — С. 27-35.
5. Beger H.G. Diseases of the Pancreas / H. G. Beger, S. Matsuno, J. L.Cameron. — Springer-Verlag, Berlin, 2008. — 905 p.
6. Chronic Pancreatitis. Novel Concepts in Biology and Therapy / M. W. Vьchler, H. Friess, W. Uhl, P. Malferttheiner. — Blackwell Publishing, 2006. — 734 p.
7. Ho H.S. The Frey procedure: local resection of pancreatic head combined with lateral pancreaticojejunostomy / H. S. Ho, C. F. Frey // Arch Surg, 2001. — Vol. 136. — P. 1353-1361.
8. Mann O. Customized surgical strategy in chronic pancreatitis / Mann O., Izbicki J. R. Scandinavian Journal of Surgery. — 2005. — Vol. 94. — P. 154-160.
9. Outcome of lateral pancreaticojejunostomy in the management with chronic pancreatitis with nondilated pancreatic ducts / G. A. Rios, D. B. Adams, K. G. Yeoh [et al.] // J. Gastrointes. Surg. — 1998. — Vol. 2. — P. 223-229.



ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ
ХРОНІЧНОГО
ПАНКРЕАТИТУ

В. Г. Ярешко, Ю. О. Міхеєв

Резюме. З 2005 по 2014 роки у клініці прями операції на підшлунковій залозі виконані у 91 хворого з хронічним панкреатитом. За даними візуалізаційних методів протокова панкреатична гіпертензія відзначена у 79 (86,8 %) хворих. Конкременти у панкреатичних протоках та кальцинати у паренхімі підшлункової залози виявлено у 64 (70,3 %) хворих, псевдокісти різних розмірів і локалізації — у 61 (85,9 %). Значне збільшення головки підшлункової залози за типом «Inflammatory Mass» виявлено у 23 (25,3 %) пацієнтів. Біліарна гіпертензія відзначена у 32 (35,2 %) хворих. Непрямі ознаки подпечёночної портальної гіпертензії виявлені у 25 (27,5 %) хворих. Дуоденальна непрохідність відзначена у 15 (16,5 %) пацієнтів. Виконано 6 панкреатодуоденальної резекцій, 23 дистальні резекції підшлункової залози (4 з них доповнені панкреатоеюноанастомозом, 2 — операцією Фрея, 1 — трансдуоденальною папілотомією), 36 операцій Фрея, 5 операцій Бегера, 6 бернських модифікацій операції Бегера, 15 поздовжніх панкреатоеюностомій, у 5 хворих доповненнями трансдуоденальною папілотомією. Вибір способу прямого оперативного втручання на ПЖ при ХП вимагає досить чіткого визначення показань на основі сучасних методів візуалізаційної діагностики. Запропоновані модифікації резекційні і дренажних операцій можуть доповнити арсенал уже відомих хірургічних втручань.

Ключові слова: *хронічний панкреатит, поздовжня панкреатоеюностомія, операція Бегера, операція Фрея.*

SURGICAL THERAPY
OF CHRONIC PANCREATITIS

V. G. Yareshko, Yu. A. Mikheev

Summary. Direct operations on the pancreas were done in the clinic to 91 patients from 2005 to 2014. According to the imaging methods ductal pancreatic hypertension was observed in 79 (86.8%) patients. Concrements in the pancreatic ducts and calcification in the parenchyma of the pancreas were found in 64 (70.3%) patients. Different pseudocysts was found in 61 (85.9%). A significant increase of the size of the head of pancreas of type «Inflammatory Mass» was found in 23 (25.3%) patients. Biliary hypertension was observed in 32 (35.2%) patients. Indirect signs of portal hypertension were detected in 25 (27.5%) patients. Duodenal obstruction was observed in 15 (16.5%) patients. In the clinic are performed 6 Whipple- procedure, 3 distal pancreatectomies, (4 of them are complemented by lateral pancreaticojejunostomy, 2 are complemented by the Frey-procedure and 1 is complemented by the transduodenal papillotomy), 36 Frey-procedure, 5 Beger-procedure, 6 Berne modification of the Beger-procedure, 15 lateral pancreaticojejunostomy, that are added in 5 patients by transduodenal papillotomy. The choice of a direct surgical intervention in the pancreas in chronic pancreatitis requires a fairly precise definition of evidences based on the modern methods of imaging diagnosis.

The proposed modification of resection and drainage operations can supplement the set of already known surgical interventions.

Key words: *chronic pancreatitis, lateral pancreaticojejunostomy, Frey-procedure, Beger-procedure..*