

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

**Б. С. Запорожченко, А. А. Горбунов, П. Т. Муравьев, И. Е. Бородаев, В. В. Колодий,
М. Б. Запорожченко, О. Б. Зубков**

Одесский национальный медицинский университет,
Одесский областной медицинский центр

INDIVIDUAL SURGICAL TACTICS IN PATIENTS, SUFFERING CHRONIC PANCREATITIS

**B. S. Zaporozhchenko, A. A. Gorbunov, P. T. Muravyev, I. E. Borodayev, V. V. Kolodiy,
M. B. Zaporozhchenko, O. B. Zubkov**

Odessa National Medical University,
Odessa Regional Medical Centre

Реферат

Представлены результаты хирургического лечения больных по поводу различных клинко-морфологических форм хронического панкреатита (ХП). Проанализирована эффективность хирургического лечения больных с применением разработанной индивидуальной тактики. Отмечено, что морфологические изменения в ткани поджелудочной железы (ПЖ) определяют особенности хирургической тактики у каждого конкретного пациента. Оперативные вмешательства следует выполнять при наличии болевого синдрома, сдавления начальных отделов пищеварительного канала, общего желчного протока (ОЖП), кислотного поражения ПЖ, фиброзного панкреатита. Обоснованы показания к осуществлению миниинвазивных операций по поводу ХП. При оценке эффективности миниинвазивных и радикальных оперативных вмешательств по поводу ХП отмечены меньшая частота послеоперационных осложнений и летальности при применении щадящих методов.

Ключевые слова: хронический панкреатит; хирургическое лечение; индивидуальная тактика лечения; миниинвазивные операции; радикальные операции.

Abstract

Results of surgical treatment for various clinic-morphological forms of chronic pancreatitis were presented. Efficacy of surgical treatment of the patients, using elaborated individual tactics, was analyzed. There was noted, that morphological changes in the pancreatic gland tissue determines peculiarities of surgical tactics for individual patient. Operative interventions must be performed for the pain syndrome, for the foregut and common biliary duct impaction, as well as acidic affection of pancreatic gland, fibrous pancreatitis. Indications for miniinvasive operations for chronic pancreatitis were substantiated. While estimating efficacy of miniinvasive and radical operative interventions for chronic pancreatitis a lesser postoperative morbidity and lethality rate was noted, when miniinvasive procedures were applied.

Keywords: chronic pancreatitis; surgical treatment; individual tactics of treatment; miniinvasive operations; radical operations.

Частота ХП в структуре заболеваний органов брюшной полости составляет от 5,3 до 8,8% с неуклонной тенденцией к увеличению [1, 2]. В последние десятилетия ХП считают одним из лидирующих по частоте заболеваний в хирургии [3]. Распространенность ХП у взрослых составляет 30 — 50 на 100 тыс. населения [4]. У 33% больных воспалительный процесс наиболее выражен в проксимальном отделе ПЖ [5, 6].

Тяжесть течения ХП, выраженный болевой синдром, резистентность к консервативной терапии, недостаточность экзо- и эндокринной функции ПЖ обуславливают большую частоту осложнений, при которых летальность достигает

5 — 6%, инвалидизация — превышает 10 — 15% [1, 2]. В настоящее время тактика при выборе оперативного лечения больных по поводу ХП является одним из важных вопросов хирургической панкреатологии.

Дренирующие операции не полностью устраняют патологический процесс, а резекционные вмешательства сопровождаются послеоперационными осложнениями (с частотой до 32,9%) и высокой послеоперационной летальностью (до 10%) [7 — 9].

Цель исследования: индивидуализация выбора оптимального метода хирургического лечения больных по поводу ХП путем сравнительной характеристики результа-

тов резекционных и дренирующих оперативных вмешательств.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В период с 2009 по 2014 г. в клинике по поводу ХП проведено хирургическое лечение 158 больных. Возраст пациентов в среднем (47,5 ± 6,6) года, мужчин было 128 (81%), женщин — 30 (19%). Помимо общеклинических, биохимических и рентгенологических методов, обследование больных включало ультразвуковое исследование (УЗИ), спиральную компьютерную томографию (СКТ), а также стандартные методы эндоскопического исследования, в частности, эндоскопичес-

кую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ). Преимущественное поражение головки ПЖ, вовлечение в фиброзный процесс ОЖП и двенадцатиперстной кишки (ДПК) с их стенозированием, формирование множественных скопленных жидкости в головке ПЖ, рубцовое и обтурационное поражение протоковой системы ПЖ были показаниями к выполнению различных оперативных вмешательств.

При проведении УЗИ обращали внимание на размеры головки ПЖ, состояние паренхимы органа (фиброз, панкреатолитиаз), наличие очаговых изменений в головке ПЖ (кисты, очаги фиброза, кальцинаты), определяли диаметр протока ПЖ, наличие в нем конкрементов, состояние ОЖП на всем протяжении.

Следующим этапом обследования проводили ЭРХПГ, что позволяло анализировать состояние протоковой системы ПЖ (обструкция протока ПЖ, наличие вирсунголитиаза, кист). СКТ и магниторезонансную томографию (МРТ) проводили для более детального выявления патологических изменений в протоковой системе и паренхиме ПЖ.

Завершали обследование гастродуоденографией, при которой у некоторых больных выявляли хроническую непроходимость (ХН) ДПК вследствие сдавления ДПК патологически измененной головкой ПЖ. Обязательным условием для исключения злокачественного поражения ПЖ было определение уровня онкомаркеров РЭА, СА 19—9 или СА 50. Экзокринную функцию ПЖ оценивали путем дуоденального зондирования, определяли содержание гликозилированного гемоглобина и активность эластазы—1 в кале. В работе использовали классификацию ХП по А. А. Шалимову [5].

Калькулезный ХП диагностирован у 10 (6,3%) больных, в том числе с вирсунголитиазом — у 6; псевдотуморозный ХП — у 57 (36,1%), фиброзно— кистозный — у 27 (17,1%), фиброзно— дегенеративный — у 64 (40,5%). Основными симптомами заболевания были стойкий болевой синдром, сахарный диабет с при-

знаками мальдигестии, обтурационная желтуха, дуоденостаз.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

С момента госпитализации больным проводили предоперационную консервативную инфузионную терапию, направленную на уменьшение выраженности болевого синдрома, снижение секреции ПЖ. Также применяли спазмолитики и десенсибилизирующие средства. Важными условиями перед оперативным вмешательством были коррекция гипергликемии и компенсация сопутствующих заболеваний.

Наличие калькулезного и фиброзно— кистозного ХП (у 37 больных) было прямым показанием к выполнению миниинвазивных и дренирующих операций.

Все больные оперированы.

Лапароскопическая цистогастротомия выполнена у 24 больных. В условиях карбоксиперитонеума под лапароскопическим контролем осуществляли трансгастральную пункцию полости кисты, аспирацию содержимого. С помощью электрокоагулятора на передней стенке желудка создавали "дорожку" длиной 3 — 5 см для остановки возможного кровотечения, по которой с помощью ультразвукового диссектора Harmonic Ace рассекали переднюю стенку желудка, края рассеченных тканей с помощью манипуляторов разводили в стороны. Ориентируясь на положение пункционной иглы, введенной в полость кисты, с помощью ультразвукового диссектора рассекали заднюю стенку желудка и прилежащую к ней стенку кисты. Формировали разрез длиной 3 — 4 см, пункционную иглу извлекали. Из полости кисты дополнительно аспирировали содержимое и осуществляли санацию ее полости с использованием антибиотиков, растворенных в изотоническом растворе. На переднюю стенку желудка накладывали непрерывный обвивной шов. Брюшную полость санировали, через контрапертуру в правом подреберье вводили дренажную трубку диаметром 0,5 — 0,7 см. Удаляли инструменты, раны брюшной

стенки зашивали. Эндоскопическая цистогастротомия выполнена у 10 больных, цистопанкреатикодуоденостомия — у 1, продольная панкреатикоеюностомия — у 7, операция по Puestow 2 — у 2.

У одного больного после выполнения продольной панкреатоеюностомии возникло массивное аррозивное кровотечение из селезеночной артерии, что стало причиной его смерти (летальность 2,2%). Полное исчезновение болевого синдрома и его повторное появление через 8 мес отмечено у 18 (40%) больных, уменьшение его интенсивности — у 27 (60%).

По поводу фиброзно— дегенеративного ХП без вовлечения в фиброзный процесс соседних с головкой ПЖ органов и структур у 38 больных выполнены щадящие резекционные оперативные вмешательства, в том числе операция Бегера — у 16, операция Фрея — у 7, бернская модификация операции Бегера — у 15.

После операции несостоятельность швов панкреатоэнтероанастомоза возникла у 3 (7,8%) больных, умерли 2 больных от аррозивного кровотечения и полиорганной недостаточности вследствие перитонита (летальность 5,2%). Субъективное уменьшение выраженности болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде отметили 27 (75%) больных, стойкое исчезновение в сроки до 12 мес — 9 (25%).

При невозможности исключить опухолевый процесс и наличие фиброзного процесса в головке либо дистальных отделах ПЖ у 75% больных выполнены радикальные резекционные оперативные вмешательства, в том числе пилоруссохраняющая панкреатодуоденальная резекция (ПДР) — у 7 (умерли 2), ПДР с формированием панкреатогастроанастомоза (ПГА) — у 17, ПДР с наложением панкреатоэнтероанастомоза (ПЭА) — у 13 (умер 1), ПДР по методике клиники — у 33, дистальная панкреатэктомиа — у 5 (умер 1).

У всех больных при выполнении ПДР накладывали ПЭА, предпочтение отдавали изолированному вшиванию протока ПЖ в кишку без ее

широкого рассечения. Показанием к наложению ПГА считали "мягкую" консистенцию ПЖ без выраженной капсулы. Послеоперационные осложнения, в том числе аррозивное кровотечение, несостоятельность швов панкреатодигестивного анастомоза, тромбоэмболия легочной артерии, острая сердечно—сосудистая недостаточность, возникли у 6 (3,8%) больных, умерли 4 больных (летальность 5,3%). Стойкое исчезновение болевого синдрома в течение 18 мес отмечено у 64 (40,5%) пациентов.

ВЫВОДЫ

1. Необратимое прогрессирующие морфологических изменений ткани головки ПЖ обуславливает формирование стриктуры проксимальной части протока ПЖ, кистозную трансформацию протоков, характеризуется болевым синдромом, усугублением алиментарных нарушений, недостаточностью эндокринной функции ПЖ вследствие атрофии и кальцификации ее ткани. Эти изменения определяют тактику оперативного вмешательства на ПЖ.

2. Хирургическое лечение по поводу ХП должно быть дифференцированным, его проводят при наличии болевого синдрома, сдавления начальных отделов пищеварительного канала, ОЖП, кислотного поражения ПЖ, фиброзного панкреатита.

3. При вовлечении в фиброзный процесс головки ПЖ и окружающих органов операцией выбора считаем ПДР; при фиброзно—кистозном ХП без вовлечения окружающих органов — миниинвазивные эндо— и лапароскопические оперативные вмешательства.

ЛІТЕРАТУРА

1. Запороженко Б. С., Зубков О. Б., Коритна Г. Ю., Муравйов П. Т. Аспекти комплексної терапії гострого деструктивного панкреатиту // Харк. хірург. школа. — 2011. — № 3. — С. 14 — 16.
2. Surgical approaches to chronic pancreatitis: indications and imaging findings / N. Hafezi—Nejad, V. K. Singh, S. I. Johnson et al. // *Abdom. Radiol. (NY)*. — 2016. — Vol. 41, N 10. — P. 1980 — 1996.
3. Хірургія: підручник / В. І. Бондарев, Р. В. Бондарев, О.О. Васильев та ін.; за ред. проф. П. Г. Кондратенка. — К.: Медицина, 2009. — 968 с.
4. Dominguez—Munoz G. E. *Clinical pancreatology for practising gastroenterologists and surgeons*. — Oxford: Blackwell Publ. Ltd, 2005. — 535 p.
5. Шалимов А. А., Шалимов С. А., Ничитайло М. Е., Радзиховский А. П. *Хирургия поджелудочной железы*. — Симферополь: Таврида, 1997. — 553 с.
6. Raphael K. L., Willingham F. F. Hereditary pancreatitis: current perspectives // *Clin. Exp. Gastroenterol.* — 2016. — Vol. 9. — P. 197 — 207.
7. Криворучко І. А., Гончарова Н. М. Математична модель оцінки якості життя хворих, оперованих з приводу ускладнених форм хронічного панкреатиту // Харк. хірург. школа. — 2011. — № 3. — С. 17 — 21.
8. Маев И. В., Казюлин А. Н. *Хронический панкреатит*. — М.: Медицина, 2005. — 504 с.
9. Сереброва С. Ю. *Хронический панкреатит: современный подход к диагностике и лечению* // РМЖ. *Болезни органов пищеварения*. — 2008. — Т. 10, № 1. — С. 30 — 36.

