

terms after surgical treatment. The main group consisted of 72 patients with cancer of the stomach, which when performing gastrectomy applied a new method of reconstruction envisaging the formation of a tank for food in the home department of the jejunum. In the comparison group included 67 patients with cancer of the stomach after gastrectomy with the use of standard option reconstruction. The control group consisted of 43 patients, which are made of surgical intervention on the other localizations of malignant tumors. A comparative analysis of the research conducted in the remote terms after surgical interventions (6, 12, 24 months) shows that in the patients operated on the stomach fairly often develop dyskinesia of gall bladder on hypomotoric type, and the risk of the development of biliary concretions increases with increase in the time after the operation. The proposed variant of the reconstruction allows you to reliably reduce the amount of residual bile, to reduce the frequency of development of dyskinesia and the risk of bile production.

УДК 616 – 036.868:616.37.002 – 036.12] – 071.1(100)

Хронический панкреатит как проблема должной согласованности консервативного и хирургического лечения

А.В. Клименко, В.Н. Клименко, А.А. Стешенко,

С.И. Воротынцева, А.А. Федусенко

Запорожский государственный медицинский университет

Основные патогенетические звенья хронического панкреатита (ХП) в настоящее время практически расшифрованы. В морфогенезе хронического панкреатита фиброзу поджелудочной железы принадлежит ведущая роль вне зависимости от этиологии [1]. Развивающийся фиброзный процесс может, в одних случаях, инициировать панкреатическую протоковую гипертензию, в других – являться ее следствием [2].

А.В. Клименко, В.Н. Клименко, А.А. Стешенко

С.И. Воротынцева, А.А. Федусенко

Появление признаков протоковой гипертензии – тревожный сигнал неуправляемого фиброзного процесса в поджелудочной железе у больных хроническим панкреатитом, предрасполагающего к развитию экзокринной и эндокринной недостаточности, а также являющегося фоном для возникновения рака поджелудочной железы. Статистический анализ показал, что с ростом заболеваемости хронического панкреатита наблюдается увеличение смертности от рака поджелудочной железы в 5 раз [3, 4].

Наблюдающаяся в последние годы доминирующая тенденция в проведении максимально длительного консервативного лечения хронического панкреатита, включающего массивные дозы ферментных препаратов без учета имеющейся протоковой гипертензии, если и дает эффект, то в виде непродолжительной ремиссии, совершенно не влияя на прогрессирование фиброзного процесса [5]. Такой подход оставляет мало шансов на успех хирургического лечения, задачей которого, прежде всего, является устранение протоковой гипертензии. Совершенствование способов хирургического лечения наталкивается на проблему поздних оперативных вмешательств у больных ХП, которые направляются на операцию с уже тяжелыми (часто необратимыми) нарушениями экзокринной и эндокринной функций поджелудочной железы. В итоге, отдаленные результаты хирургического лечения хронического панкреатита имеют положительную составляющую зачастую только в отношении уменьшения абдоминального болевого синдрома, практически не имея позитивного влияния на нарушенную секреторную функцию поджелудочной железы [6, 7, 8]. Качество жизни этих больных, по понятным причинам, очень низкое.

Очевидно, что улучшение результатов лечения больных хроническим панкреатитом лежит в плоскости согласованной этапности консервативного и хирургического лечения. Достаточно ранние оперативные вмешательства у больных хроническим панкреатитом (до развития необратимых изменений в поджелудочной железе), устраняющие губительную протоковую гипертензию и сохраняющие паренхиму поджелудочной железы, способны «оборвать» прогрессирование фиброзного процесса,

сохранить ее экзо- и эндокринную функции и профилактировать развитие рака [9, 10].

Цель работы: улучшить результаты лечения больных хроническим панкреатитом с панкреатической протоковой гипертензией на основе рациональных показаний к более ранним паренхимосохраняющим оперативным вмешательствам до развития необратимых функциональных нарушений поджелудочной железы.

Материалы и методы исследования.

В работе проанализированы отдаленные результаты хирургического лечения 84 больных с хроническим панкреатитом в зависимости от сроков консервативного лечения и степени нарушения экзокринной и эндокринной функций перед оперативным вмешательством.

Мужчин было 73 (86,9%), женщин – 11 (13,1%). Возраст больных составил, в среднем, 47 лет. У всех больных определялся расширенный главный панкреатический проток более 5 мм в диаметре.

Алкогольный генез хронического панкреатита был у 76 (80,5%) больных, билиарный – у 5 (5,9%), неопределенный – у 3 (3,6%). По формам хронического панкреатита распределение было следующим (классификация А.А. Шалимова): калькулезный – у 26 (30,9%), псевдотуморозный – у 28 (33,3%), фиброзно-кистозный – у 17 (20,2%), фиброзно-дегенеративный с вовлечением смежных органов – у 13 (15,5%).

Направлены к хирургу для консультации и хирургического лечения 12 (14,3%) больных, сами обратились за хирургической помощью и были прооперированы 72 (85,7%) пациента. Различные проявления экзокринной недостаточности перед операцией наблюдались у 67 (79,8%) больных: легкая и средняя степень тяжести (панкреатическая эластаза 1- < 200 мкг/г) была у 39 (39/67; 58,2%), тяжелая (панкреатическая эластаза 1- < 100 мкг/г) - у 28 (28/67; 41,8%). Сахарный диабет выявлен у 16 (19,1%) больных: компенсированная форма была у 11 (11/16; 68,9%), субкомпенсированная — у 5 (5/16; 31,1%).

Больные распределены на две группы: основная (n=41) и контрольная (n=43). Группы различались только по характеру выполненных операций. В основной группе выполнялась

разработанная в клинике паренхимосохраняющая операция: продольная тотальная панкреатовирсунгодуоденопапиллотомия с продольным панкреатикоеюнодуоденоанастомозом по Ру. В контрольной группе производились операции резекционного типа: пилоруссохраняющая панкреатодуоденальная резекция - у 6 (6/43; 13,9%), дуоденумсохраняющая резекция головки поджелудочной железы (операция Бегера) – у 12 (12/43; 27,9%), продольная панкреатикоеюностомия с парциальной резекцией части поджелудочной железы (операция Фрея) – у 25 (25/43; 58,2%).

Применялись методы исследования: ультразвуковое исследование, компьютерная томография (КТ), фиброгастродуоденоскопия, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ); определялись: С-пептид, эндогенный инсулин, паратгормон, онкомаркер СА 19-9, иммуноглобулин G, панкреатическая эластаза I в кале. Анестезиологическое обеспечение включало комбинированную анестезию с низкотоковым наркозом севофлюраном и грудную эпидуральную анальгезию бупивакаином.

Результаты и обсуждения.

Анализ консервативного лечения больных хроническим панкреатитом на протяжении 5-ти лет показал, что всем назначались спазмолитики, ненаркотические анальгетики, ингибиторы протонной помпы, ферментные препараты, физиопроцедуры. Такое лечение у 43 (51,2%) пациентов продолжалось от 3 до 5 лет, у 38 (45,2%) – от 5 до 7 лет и у 3 (3,6%) – более 7 лет. По данным ультразвукового исследования, выполнявшегося у всех больных, определялось увеличение диаметра главного панкреатического протока в динамике более 5 мм, однако такому факту не придавалось клинического значения и пациентам, по-прежнему, проводилось однотипное стандартное лечение без консультации хирурга. У 22 (26,2%) больных имели место приступы рецидивирующего гиперферментативного панкреатита с госпитализацией в хирургическое отделение. Только у 9 (10,7%) пациентов выполнялась компьютерная томография (наблюдалось увеличение головки поджелудочной железы). Умеренный болевой синдром был у 56 (66,7%) больных, выраженная боль – у 12 (14,3%), боль отсутствовала или была незначительной – у 14 (14,7%).

По данным анализа, в течение трех лет консервативного лечения из общего количества больных с экзокринной недостаточностью (n=67) переход от легкой и средней степени к тяжелой наблюдался у 28. За этот же период клинические признаки панкреатогенного диабета появились у 16 (19,1%) пациентов.

Таким образом, стандартное консервативное лечение больных хроническим панкреатитом, проводимое в условиях некорригированной протоковой гипертензией, достаточно быстро приводит к экзокринной и эндокринной недостаточности. В протоколе консервативного лечения больных хроническим панкреатитом не заложен механизм врачебного реагирования на развивающуюся протоковую гипертензию, что предусматривало бы углубленное исследование (КТ, ЭРПХГ, онкомаркер СА19-9, паратгормон, эндогенный инсулин, С-пептид, иммуноглобулин G) и обязательную консультацию хирурга-панкреатолога для дальнейшего совместного наблюдения и выбора метода лечения. Фактически, при установлении диагноза хронического панкреатита и дальнейшего наблюдения и лечения больных требуется установить к какому типу относится данное заболевание: хирургическому или нехирургическому. Хирургический тип - это все случаи хронического панкреатита с наличием расширения протоковой системы поджелудочной железы, указывающего на протоковую гипертензию. Как раз такое первоначальное разделение больных хроническим панкреатитом определяет раннее участие хирурга в лечении и своевременное выполнение оперативного вмешательства.

Изучение отдаленных результатов (5 лет) хирургического лечения больных хроническим панкреатитом показало следующее: наиболее важное значение имеет тип оперативного вмешательства и своевременность его выполнения (до развития тяжелых проявлений экзокринной и эндокринной недостаточности). Так, в основной группе, в которой применялась разработанная паренхимосохраняющая операция (n=41), полностью прекратился болевой синдром, ранее увеличенная головка поджелудочной железы в течение первого года после операции уменьшилась до нормальных размеров. Однако самым важным оказалось то, что данная операция не усугубляет уже имеющуюся экзо- и/или эндокринную недостаточность ПЖ и не является источником

новых случаев, благодаря паренхимосохраняющему характеру вмешательства.

В то же время выполненные в контрольной группе резекционные операции (пилоруссохраняющая панкреатодуоденальная резекция, операции Бегера и Фрея) стали причиной новых случаев экзокринной недостаточности у 11 больных (11/43; 25,6%), эндокринной - у 3 (3/43; 6,8%). Из 12 (12/43; 27,9%) больных с легкой и средней степенью тяжести экзокринной недостаточности до операции (панкреатическая эластаза I – <200 мкг/г) через один год наблюдалась тяжелая степень (панкреатическая эластаза I – <100 мкг/г) - у 10 (10/43; 23,3%).

Данное исследование указывает на необходимость должной согласованности консервативного и хирургического методов лечения больных хроническим панкреатитом. Ведущим компонентом такой согласованности должно быть раннее участие хирурга в выборе рациональной тактики дальнейшего лечения при наличии признаков панкреатической протоковой гипертензии и своевременное выполнение операции паренхимосохраняющего типа.

Выводы.

1. Появление признаков панкреатической протоковой гипертензии определяет дальнейшее согласование лечения и наблюдения больных хроническим панкреатитом с обязательным участием хирурга.

2. Больным хроническим панкреатитом с расширением главного панкреатического протока 5 мм и более вне зависимости от наличия болевого синдрома показано хирургическое лечение при тенденции к развитию экзокринной недостаточности (снижение панкреатической эластазы I в кале менее 200 мкг/г).

3. Больным ХП с протоковой гипертензией показана операция паренхимосохраняющего типа: продольная тотальная панкреатодуоденопапиллотомия с продольной панкреатикоюнодуоденостомией по Ру.

4. Отдаленные результаты паренхимосохраняющих операций лучше резекционных вмешательств, так как сохранение паренхимы у больных ХП не усугубляет и не способствует развитию новых случаев внешнесекреторной недостаточности ПЖ.

1. *Паклина О.В.* Некоторые аспекты морфологии хронического панкреатита / *О.В. Паклина, В.В. Цвиркун, Г.Р. Сейдикова* // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2007. – Т.12. – С. 101.
2. *Kloppel G.* Chronic pancreatitis, pseudotumors and other tumor-like lesions. *Modern Pathology* 2007; 20: 113–131.
3. Дренирующие и резекционные операции в хирургическом лечении хронического панкреатита / *В.М. Копчак, И.В. Хомяк, К.В. Копчак, А.И. Зелинский* // XV Международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ, 17-19 сент. 2008 г. : тезисы докл. – Казань, 2008. - №13: 3: 167-168.
4. *Buchler M.W., Malferstheiner P.* Novel concepts in biology and therapy // Berlin; Viena: Bllackwell Wissen – Schatts – Verlag. – 1999. – P. 548.
5. *Губергриц Н.Б.* Хронический алкогольный панкреатит: материалы II Международного Российского конгресса [«Человек, алкоголь и пищевые аддикции»] / *Н.Б. Губергриц, Ю.А. Загоренко.* - М., 2008. - С. 16-20.
6. *Bachmann K.* Chronic pancreatitis: modern surgical management / *K. Bachmann, G.R. Izbickei, E.F. Gekebas* // *Langenbecks Arch. Surg.* 2011 Feb; 396(2): 139–49.
7. *Beger H.G.* Diseases of the Pancreas / *H.G. Beger, S. Matsuno, J.L. Cameron.* - Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2008: p. 905.
8. *Frey C.F.* Comparison of local resection of the head of the pancreas combined with longitudinal pancreaticojejunostomy (Frey procedure) and duodenum-preserving resection of the pancreatic head (Beger procedure) / *C.F. Frey, K.L. Mayer* // *World J. Surg.* – 2003. – Vol.27:1217–1230.
9. *Andersen D.K.* The evolution of the surgical treatment of chronic pancreatitis / *D.K. Andersen, C.F. Frey* // *Am. Surg.* 2010. Jan.; 25 (1): 18–32.
10. *Клыменко V.N.* Saving Parenchyma Direction in Chronic Pancreatitis Surgery / *V.N. Klymenko, A. Klymenko, A. Steshenko* // *Pancreatology* 2011;11:188.

ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ЯК ПРОБЛЕМА НАЛЕЖНОЇ УЗГОДЖЕНОСТІ КОНСЕРВАТИВНОГО ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

А.В. Клименко, В.М. Клименко, А.О. Стешенко,
С.І. Воротинцев, О.А. Федусенко

Запорізький державний медичний університет

Представлено аналіз недоліків на етапі консервативного та хірургічного лікування 84 хворих на хронічний панкреатит, стосовно послідовності обстеження, вибору раціональної тактики, а також диференційованого підходу при визначенні способу оперативного втручання. Підкреслено, що поява перших ознак панкреатичної протокової гіпертензії потребує подальшої розробки плану лікування сумісно з хірургом-панкреатологом. Основним видом хірургічного лікування пропонується паренхімозберігаючий тип оперативного втручання на відміну від резекційних операцій, що приводять до посилення екзокринної та ендокринної недостатності підшлункової залози.

CHRONIC PANCREATITIS AS A PROBLEM DUE CONSENSUS FOR CONSERVATIVE AND SURGICAL TREATMENT

A. Klimenko, V. Klimenko, AA Steshenko, S.I. Vorotyntsev,
AA Fedusenko

Zaporizhzhya of state medical University

The analysis of defects at the stage of conservative and surgical treatment of 84 patients with chronic pancreatitis with regard to sequence test the rational tactics, and the differential approach to the way of surgical intervention. It is emphasized that the first signs of pancreatic ductal hypertension requires next plan of treatment together with the surgeon - pancreatologist. The main surgical treatment offered parenhima-preserving type of surgery as opposed to resection operations, leading to increased exocrine and endocrine pancreatic insufficiency.