

УДК 616.379-008.64-036.12-089.819.843
DOI: 10.17238/PmJ1609-1175.2017.1.81-83

Выбор метода хирургического лечения хронического панкреатита

И.А. Сарванов, В.Г. Раповка, О.А. Соболевская

Тихоокеанский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2)

Изучены непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения 76 пациентов 26–64 лет с хроническим панкреатитом. Выполнялись дренирующие, резекционные и смешанные операции на поджелудочной железе. Сделаны выводы, что при хроническом панкреатите с дилатацией протоков продольная панкреатоеюностомия является безопасным и надежным средством облегчения боли при минимальных потерях эндокринной и экзокринной функций органа. При кальцинозе головки железы и отсутствии сахарного диабета показаны резецирующие вмешательства. В декомпенсированной стадии хронического панкреатита при умеренном болевом синдроме оперативное лечение нецелесообразно.

Ключевые слова: поджелудочная железа, экзокринная и эндокринная недостаточность, продольная панкреатоеюностомия, операция Frey.

Хронический панкреатит – необратимое воспалительное заболевание поджелудочной железы с прогрессирующим эндокринной и экзокринной недостаточности органа [5]. Нередко хронический панкреатит протекает с жизненно угрожающими осложнениями: портальной гипертензией, механической желтухой и нарушением пассажа пищи по двенадцатиперстной кишке. Лечение хронического панкреатита до сих пор служит предметом дискуссий и различного подхода к тактике и выбору метода хирургического вмешательства [1, 9, 11].

Материал и методы

На базе Приморской краевой клинической больницы № 1 (Владивосток) с 1998 по 2014 г. прооперированы 76 пациентов 26–64 лет с хроническим панкреатитом. У большинства из них (64 случая – 84,2 % наблюдений) заболевание расценено как алкогольный, в 9 случаях – как идиопатический и в 3 случаях – как лекарственный панкреатит. Курящими были 69 человек (90,8 %).

Диагноз основывался на клинических данных и объективном обследовании, которое включало ультразвуковую диагностику, компьютерную и магнитно-резонансную томографию, а также эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию. Экзокринная недостаточность поджелудочной железы определялась по наличию большого количества нейтрального жира в фекалиях, эндокринная – методом двойной сахарной нагрузки. Сахарный диабет диагностирован в 14 случаях (20,6 %), снижение толерантности к глюкозе определено у 5 человек (7,4 %). Анемия зарегистрирована у 10 человек, гипоальбуминемия менее 35 г/л была в 12 случаях (эти пациенты перед вмешательством получали энтеральную и парентеральную белковую поддержку).

68 пациентам (60 мужчин и 8 женщин) с длительностью панкреатического анамнеза от 2 до 27 лет

Сарванов Игорь Алексеевич – канд. мед. наук, доцент института хирургии ТГМУ; e-mail: sarvanov@bk.ru

выполнены резекционные и дренирующие операции на поджелудочной железе. Показаниями к хирургическому лечению служили: продолжительные интенсивные боли в животе, увеличение головки поджелудочной железы, расширение вирсунгова протока более чем на 5 мм. Наличие механической желтухи (3 наблюдения) или нарушение пассажа пищи (3 наблюдения) потребовали выполнения вмешательства в ближайшие дни. Портальная гипертензия не рассматривалась в качестве противопоказания к операции.

Наложение продольного панкреатоеюноанастомоза по Puestow и частичную резекцию головки железы с продольной панкреатоеюностомией по Frey выполняли по методикам, описанным авторами [6, 12]. С начала внедрения метода хирургического лечения хронического панкреатита проводили только операцию по Puestow, а с 2008 г. при значительном фиброзе, кальцинозе или кистозных изменениях головки органа прибегали к методу Frey или панкреатодуоденальной резекции в пилоросохраняющем варианте. Всего выполнено 60 вмешательств по Puestow (в 3 случаях, дополненных резекцией хвоста железы, в 6 – наложением билиодигестивного или гастроэнтероанастомоза) и 8 по Frey (в т.ч. две панкреатодуоденальных резекции).

Еще в 8 случаях при декомпенсированной стадии хронического панкреатита с экстрапанкреатическими осложнениями накладывались только обходные анастомозы по поводу механической желтухи и/или дуоденальной непроходимости. Декомпрессия протоков поджелудочной железы не выполнялась, так как болевой синдром к моменту развития этих осложнений уже отсутствовал или был незначительным.

Отдаленные результаты лечения анализировались не менее чем через 12 месяцев после операции. Уровень боли оценивался в баллах по цифровой шкале NRS (Numerical Rating Scale). Дефицит питания определялся по индексу массы тела (ИМТ). Различия оценивались по U-критерию Манна-Уитни и t-критерию Стьюдента.

Таблица

Ранние послеоперационные осложнения у 68 пациентов, оперированных на поджелудочной железе

Осложнение		Кол-во пациентов	
		абс.	%
Истечение панкреатического сока		4	5,9
Инфекция	кожи	3	4,5
	мочевых путей	2	2,9
	легких (пневмонии)	5	7,3
Печеночная недостаточность		2	2,9
Атония желудка		1	1,5
Повторные операции	при ранней кишечной непроходимости	2	2,9
	при кровотечении	1	1,5
Всего:		20	29,4

Результаты исследования

Из 68 пациентов, перенесших реконструктивные операции на поджелудочной железе по Puestow и Frey, ранее боли возникали ежедневно у 30, еженедельно – у 26, ежемесячно – у 12 человек. На сильные боли жаловались 28, на боли средней силы – 34, на умеренные боли – 6 пациентов (82,4 % больных госпитализировались по поводу этих болей). ИМТ в среднем составил 19,2 кг/м², варьируя в диапазоне от 15,1 до 25,2 кг/м².

Объем резецированной ткани головки поджелудочной железы колебался от 4,5 до 9 см³. Камни в поджелудочной железе во время операции обнаружены у 64 человек (94,1 %), микрокисты найдены 32 случая (47,1 %), расширенный вирсунгов проток – во всех наблюдениях. Послеоперационной летальности не было, ранние осложнения зарегистрированы в 29,4 % наблюдений (табл.).

В обоих случаях операции по поводу ранней спаечной кишечной непроходимости ограничились разделением спаек, а при лапароскопии по поводу диафрезного кровотечения выполнены удаление гематомы и редренирование брюшной полости. Инфекционные осложнения чаще встречались у лиц с гипоальбуминемией: в 5 из 12 случаев против 5 случаев из 56 с содержанием белка выше 35 г/л (t=2,16). Корреляция частоты послеоперационных осложнений с другими синдромами оказалась недостоверной. При выписке у всех пациентов отмечено почти полное исчезновение болей, характерных для дооперационного периода. После восьми резекционных операций в семи случаях боли в животе отсутствовали или стали незначительными, в одном – сохранилась боль средней интенсивности (из-за небольшого количества наблюдений тщательного анализа результатов лечения в этой группе не проводилось).

У 59 пациентов после операции по Puestow отслежено состояние здоровья в срок от 12 до 184 месяцев. В 51 случае (86,45 %) зарегистрирован положительный

анальгетический эффект: боли прекратились у 40 и стали умеренными у 11 человек (U=117,5). В 5 случаях (8,5 %) после продольной панкреатоюностомии на фоне кальциноза головки поджелудочной железы боли уменьшились на порядок и стали умеренными или средними (U=0). У трех человек болевой синдром сохранился.

Масса тела оперированных в среднем увеличилась на 6,8 кг (от -2,3 до +21,6 кг). При этом средний ИМТ возрос с 19,2 до 22,9 кг/м² (U=82), что свидетельствует об улучшении питания после оперативного лечения. Сахарный диабет после операции развился в 10 наблюдениях (16,4 %), 3 человека, перенесших резекцию хвоста поджелудочной железы, поступили в клинику через 3–6 месяцев после вмешательства с кетоацидозом. В заместительной терапии ферментами поджелудочной железы из-за стеатореи нуждались 18 % оперированных. Из 64 пациентов с алкогольной природой заболевания стали полными трезвенниками лишь 3 человека (4,7 %), 9 человек (14,1 %) начали принимать алкоголь в течение 4–8 месяцев после операции, остальные – после года абстиненции.

Обсуждение полученных данных

Главным показанием к оперативному лечению хронического панкреатита служит сильная боль, а основной причиной заболевания является хронический алкоголизм [4, 7]. Поэтому эффективность хирургического лечения зависит не только от устранения боли, но и от социальной реабилитации больных. Ранняя хирургическая декомпрессия при дилатации протока поджелудочной железы при относительно сохранной ее функции может задержать развитие экзокринной и эндокринной недостаточности органа [10]. У 13,5 % пациентов, оперированных по методу Puestow, отмечен недостаточный анальгетический эффект, а при ретроспективном анализе у них подтверждены выраженные морфологические изменения в головке поджелудочной

железы (по-видимому, в этих случаях следовало применять резекционные вмешательства). Но у лиц только с дилатацией протоковой системы и незначительными фиброзно-кистозными изменениями железы результаты операции Puestow оказались вполне эффективными. Сторонники резекционных вмешательств (операции по Veger и Frey) считают, что только удаление патологического очага гарантирует эффект [2]. По нашим данным, у всех 6 пациентов, перенесших операцию Frey, в течение трех лет отмечены хорошие и отличные результаты по критерию уменьшения болевого синдрома.

После операции у пациентов, продолжающих употреблять алкоголь, быстро прогрессирует эндокринная недостаточность поджелудочной железы, что делает дискуссионным резекционный выбор вмешательства [8]. Кроме того, любой вариант резекции более травматичен, продолжителен по времени и чреват большей частотой осложнений. Поэтому чрезмерный радикализм при отсутствии существенного поражения головки органа, на наш взгляд, не вполне уместен.

В то же время, в литературе не определены четкие показания для отказа от операции на поджелудочной железе на декомпенсированной стадии хронического панкреатита с грубыми морфологическими изменениями, функциональной недостаточностью и с умеренными болями [3]. Мы сочли ненужным вмешательство на поджелудочной железе при наложении обходных анастомозов у всех 8 пациентов с декомпенсированным хроническим панкреатитом. Такое дополнение к операции только увеличило бы риск исхода на фоне полиорганной недостаточности. Усиления болевого синдрома в этих наблюдениях не отмечено. В данной категории тяжелых больных выживаемость оказалась крайне низкой: четыре человека скончались через 3–6 лет после наложения обходного анастомоза (три – от полиорганной недостаточности и один – от рака поджелудочной железы).

Выводы

1. При хроническом панкреатите с дилатацией протоков поджелудочной железы продольная панкреатоеюностомия является безопасным и надежным средством облегчения боли при минимальных потерях эндокринной и экзокринной функций органа.
2. При кальцинозе головки поджелудочной железы и отсутствии сахарного диабета показаны резецирующие вмешательства.
3. В декомпенсированной стадии хронического панкреатита при умеренном болевом синдроме операция на поджелудочной железе нецелесообразна.

Литература

1. Иванов Н.В. Отдаленные результаты хирургического лечения больных хроническим панкреатитом // Тихоокеанский медицинский журнал. 2008. № 4. С. 11–16.
2. Кубышкин В.А., Козлов И.А., Далгатова К.Д. Хирургическое лечение хронического панкреатита с преимущественным поражением головки поджелудочной железы // Хирургия. 2006. № 5. С. 57–62.

3. Ahmed S.A., Wray C., Rilo H.L. [et al.]. Chronic pancreatitis: recent advances and ongoing challenges // *Curr. Probl. Surg.* 2006. Vol. 43. P. 127–238.
4. Gestic M.A., Callejas-Neto F., Chaim E.A. [et al.]. Surgical treatment of chronic pancreatitis with Frey procedure: current situation. Review article // *Abcd, Arq. Bras. Cir. Dig.* 2011. Vol. 24, No. 4. P.305–311.
5. Gestic M.A., Callejas-Neto F., Chaim E.A. [et al.]. Surgical treatment of chronic pancreatitis using Frey's procedure: a Brazilian 16-year single-centre experience // *HPB (Oxford)*. 2011. Vol. 13, No. 4. P. 263–271.
6. Ho H.S., Frey C.F. The Frey procedure: local resection of pancreatic head combined with lateral pancreaticojejunostomy // *Arch. Surg.* 2001. Vol. 136. P. 1353–58.
7. Keck T., Wellner U.F., Riediger H. [et al.]. Long term outcome after 92 duodenum-preserving pancreatic head resections for chronic pancreatitis: comparison of Beger and Frey procedures // *J. Gastrointest. Surg.* 2010. Vol. 14, No. 3. P. 549–556.
8. Malka D., Hammel P., Sauvanet A. [et al.]. Risk factors for diabetes mellitus in chronic pancreatitis // *Gastroenterology*. 2000. Vol. 119, No. 5. P. 1324–1332.
9. Mannel A., Adson M.A., McIlrath D.C., Ilstrup D.M. Surgical management of chronic pancreatitis: long-term results in 141 patients // *Br. J. Surg.* 1988. Vol. 75. P. 467–472.
10. Nealon W.H., Thompson J.C. Progressive loss of pancreatic function in chronic pancreatitis is delayed by main pancreatic duct decompression. A longitudinal prospective analysis of the modified Puestow procedure // *Ann. Surg.* 1993. Vol. 217. P. 458–468.
11. Nehal S. Shah, Ajith K. Siriwardena. Variance in elective surgery for chronic pancreatitis // *Journal of Pancreas*. 2009. Vol. 10, No. 1. P. 30–36.
12. Partington P.F., Rochelle R.E.L. Modified Puestow procedure for retrograde drainage of the pancreatic duct // *Ann. Surg.* 1960. Vol. 152. P. 1037–1043.

Поступила в редакцию 15.12.2016.

THE CHOICE OF SURGICAL TREATMENT METHOD OF CHRONIC PANCREATITIS

I.A. Sarvanov, V.G. Rapovka, O.A. Sobolevskaya
Pacific State Medical University (2 Ostryakova Ave. Vladivostok
690950 Russian Federation)

Objective. Treatment of chronic pancreatitis is still a matter of debate and a different approach to tactics and the choice of surgical technique.

Methods. We studied the immediate and long-term results of surgical treatment of 76 patients 26–64 years with chronic pancreatitis. It was performed such pancreas surgery as draining, resection, and mixed operations.

Results. Postoperative mortality was not registered, early complications reported in 29.4% of cases. In 86.4% of patients after surgery for Puestow registered positive analgesic effect. The weight of operated patients, body mass index increased on average from 19.2 to 22.9 kg/m². Diabetes developed after surgery in 16.4% of cases. Three people who had undergone resection of the pancreatic tail, came to the clinic after 3–6 months after the intervention with ketoacidosis. 18% of operated patients needed substitution therapy of pancreatic enzymes due to steatorrhea.

Conclusions. In chronic pancreatitis with ductal dilatation longitudinal pancreaticostomy is a safe and reliable means of pain relief with minimal loss of exocrine and endocrine organ functions. In the calcinosis of a gland and the absence of diabetes resected surgery is indicated. In the decompensated stage of chronic pancreatitis with moderate pain syndrome surgery is inappropriate.

Keywords: pancreas, exocrine and endocrine insufficiency, longitudinal pancreaticostomy, operation Frey.