

## К вопросу хирургической тактики у больных с хроническим панкреатитом

С.А.АНОСЕНКО

### To the question of surgical tactics for patients with a chronic pancreatitis

S.A.ANOSENKO

Вологодская областная больница №1  
Ярославская государственная медицинская академия

В статье проведен анализ лечения 238 больных с хроническим панкреатитом. Из них различным видам операций подверглись 174 (73,1%) пациента. Отдаленные результаты (пять и более лет) прослежены у 91 (52,3%) больного, качество жизни – у 53 (30,4%) пациентов. Установлено, что при хроническом панкреатите в ближайшем и отдаленном периодах более эффективны резекционные операции. По сравнению с дренирующими операциями их выполнение сопровождается снижением летальности и повышением качества жизни больных. Для улучшения проходимости панкреато-дигестивных анастомозов при их сужении в отдаленном периоде целесообразно использовать эндоскопическую баллонную дилатацию зоны анастомоза через просвет изолированной тощей кишки. Это улучшает состояние больных, их физический и психологический статус.

*Ключевые слова:* хронический панкреатит, эндоскопическая ревизия

The article represents the analysis of treatment of 238 patients with a chronic pancreatitis. Among them 174 (73,1 %) patients have undergone to various kinds of operations. The long-term results (after 5 and more years) have been followed in a medical group of 91 (52,3%) patients, quality of life – in a group of 53 (30,4%) patients. It is established that in the nearest as well as in the remote period at chronic pancreatitis resectional operations are more effective. Compared with draining operations their performance is accompanied with a mortality decrease and improved quality of life of patients. To improve the passableness of pankreatodigestive anastomoses at their narrowing in a remote period it is expedient to use an endoscopic balloon dilatation of the anastomosis zone through the lumen of the isolated nestis. This improves the state of patients, their physical and psychological status.

*Key words:* chronic pancreatitis, endoscopic revision

Вопросы диагностики и хирургического лечения больных с хроническими доброкачественными заболеваниями поджелудочной железы (ПЖ) являются одними из самых сложных в абдоминальной хирургии [15, 13, 10, 11]. По распространенности, росту заболеваемости и инвалидизации хронический панкреатит (ХП) на протяжении десятилетий перерастает в значимую медицинскую и социально-экономическую проблему. [8,12,2]. Хирургическое лечение ХП [1, 3-7, 9, 14] предусматривает: устранение болевого синдрома, осложнений панкреатита, сохранение функции ПЖ и ее островкового аппарата. Эффективность основных оперативных вмешательств при ХП в отдаленном периоде, по данным зарубежных авторов, колеблется в диаметрально противоположных соотношениях между «хорошими» и «пессимистическими» от 50 до 85% [16].

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с хроническим панкреатитом на основании совершенствования хирургической тактики.

#### Материалы и методы

Анализируются результаты лечения 238 больных с ХП, находившихся в Вологодской областной больни-

це с 2001 по 2009 год. Среди обследованных мужчин было 167 (70,2%), женщин - 71(29,8%) в возрасте от 18 до 68 лет. В возрастном аспекте преобладали больные от 30 до 50 лет (66,8%). За данный период времени частота ХП возросла более чем в 2,5 раза, преимущественно за счет лиц мужского пола. Среди этиологических факторов в развитии ХП доминировало употребление алкоголя (84%). Билиарная и травматическая природа заболевания наблюдались соответственно, в 7,5 и 12,5% случаев. В зависимости от вида заболевания преобладала кистозная форма ХП (63,9%). Индуриативный панкреатит имел место в 17,6%, калькулезный – в 11,4%, свищевой – в 7,1% случаев. При этом расширение панкреатического протока выявлено у 31,1% больного. ХП развивался в основном после ранее перенесенного панкреонекроза. На момент поступления в стационар продолжительность ХП до 1 года имела место в 51,2% наблюдений, до 3-х лет 20,2%, до 5 лет-11,3% и более 5 лет – 17,3%. Исследования показали, что формирование панкреатических кист и свищей происходит в течение первого года (соответственно, 43,3 и 100%), а индуриативного панкреатита и калькулеза вирсунгова протока – через 5 и более лет после деструктивного

панкреатита. Оперативное лечение выполнено у 174 больных (73,1%). Консервативное лечение оказалось эффективным при кистозном панкреатите в 18,4%, при индуративном – в 38,2%, при калькулезном – в 3,7% и свищевом – в 82,4% случаев. Консервативное лечение включало в себя применение ингибиторов протонной помпы, противовоспалительную терапию, а также препаратов, способствующих снижению секреторной активности ПЖ при несформированных свищах и кистах до 5 см в диаметре. При оценке клинической симптоматики установлено, что болевой синдром преимущественно в эпигастрии наблюдался у 61,3% больных, чередование запоров и поносов – у 21,4%, вздутие живота – у 16,8%, лихорадка – у 15,9%, желтуха – у 8,4% больных. Снижение массы тела от 10 до 20 кг отмечалось чаще всего при алкогольной этиологии заболевания (17,8%). Это сопровождалось повышением уровня амилазы крови в 2,5-7,9 раза, на фоне развития в 31,1% случаев сахарного диабета. При кистозном панкреатите локализация кисты в области головки наблюдалась в 34,2%, тела в 29,6% и хвоста в 25,7% случаев. Тотальное поражение ПЖ имело место у 10,5% больных. В 19,7% наблюдений стенка кисты не превышала 0,3 см. Диагноз ХП ставился на основании комплексной оценки клинических проявлений, данных УЗИ и гастродуоденоскопии, которые выполнены у всех больных. У 198 пациентов диагноз уточнялся при компьютерной томографии, а у 12 – при ретроградной холангиопанкреатографии. Для исключения рака головки ПЖ в 11 случаях в плазме крови определялся уровень карбонгидратного антигена (CA19-9) методом твердофазного хемолуминесцентного иммуноанализа. Методы исследования были направлены, главным образом, на оценку результатов хирургического лечения различных форм ХП в ближайшем и отдаленном периодах. С этой целью помимо клинического анализа, частоты осложнений и уровня летальности проведена оценка качества жизни больных на протяжении 5 и более лет после различных вариантов оперативных вмешательств на основе опросника МОС SF- 36. Дополнительно была использована цифровая оценочная шкала интенсивности болевого синдрома (ЦОШ-Б). Для идентификации содержимого кист ПЖ применялась газожидкостная хроматография с использованием метода анализа равновесной паровой

фазы. Исследование проведено у 7 больных в момент выполнения оперативного пособия. В качестве контроля проводился анализ асцитической жидкости у 10 больных с сердечно-сосудистой недостаточностью без патологии со стороны органов брюшной полости. В результате выявлено 15 токсических соединений промежуточного метаболизма, уровень которых превышает параметры контроля в 1,5-48,2 раза. В спектре токсинов доминируют спирты, альдегиды и кетоны. Значительное повышение концентрации выявленных соединений, повидимому, причастно к развитию таких осложнений, как абсцедирование кисты, кровотечение в полость и ее перфорация. При статистической обработке полученных результатов использовались параметрические и непараметрические методы анализа. Достоверным считалось различия при  $p < 0,05$  с применением программы StatSoft STATISTICA 8,0.360 English.

### Результаты и их обсуждение

Предоперационная подготовка у больных с хроническим панкреатитом была направлена, прежде всего, на коррекцию показателей гемостаза. Ее интенсивность и продолжительность определялась выраженностью исходных показателей и патологического процесса. Из 34 больных с индуративным панкреатитом оперативное пособие проведено в 21 случае (61,8%). Табл. 1. При этом дренирующие операции выполнены у 14 (66,7%), резекционные - у 7 больных (33,3%).

По степени радикальности дренирующих операций наиболее сложной в техническом плане является продольная панкреатоэнтероанастомия на изолированной по Ру петле тонкой кишки. Показанием к данной операции явилось расширение панкреатического протока более 0,5 см на фоне его калькулеза. Во время операции для уменьшения гипертензии в сегментарных протоках иссекали часть паренхимы железы, по возможности, вместе с кальцинатами. В остальных случаях дренирующие операции сводились к наложению обходных анастомозов. Резекционные операции выполнялись при фиброзно-склерозирующем поражении ПЖ. У 3 больных, при сужении вирсунгова протока в проксимальном отделе и его дистальной дилатации и увеличении головки более 5 см, выполнялась интрапа-

Таблица 1

#### Объем оперативных вмешательств при индуративном панкреатите

Вид оперативного пособия	Кол-во человек
Продольная панкреатоэнтероанастомия на изолированной по Ру петле тощей кишки	9 (26,5%)
Гастропанкреатодуоденальная резекция	2 (5,9%)
Интрапаренхиматозная резекция головки ПЖ	3 (8,8%)
Дистальная резекция ПЖ	2 (5,9%)
Холедоходуоденостомия	1 (2,9%)
Гастро- и холецистоэнтероанастомоз	2 (5,9%)
Операция Монастырского	2 (5,9%)
Итого оперировано	21 (61,8%)

Таблица 2

**Объем оперативных вмешательств при хроническом кистозном панкреатите**

Характер операции	Локализация кист поджелудочной железы (%)*				Всего (%)*
	Головка (%)	Тело (%)	Хвост (%)	Тотальное (%)	
Наружное дренирование		3(2,4%)	23(18,5%)	10(8%)	36(28,9%)
Цистэнтероанастомоз	9(7,2%)	12(9,7%)	3(2,4%)	-	24(19,3%)
Цистпанкреатоеюностомия	15(12%)	8(6,5)	-	-	23(18,5%)
Продольная панкреатоеюностомия	11(8,9%)	9(7,2%)	1(0,8%)	-	21(16,9%)
Цистгастроанастомоз	-	7(5,6%)	-	-	7(5,6%)
Иссечение кисты	-	2(1,6%)	4(3,2%)	-	6(4,8%)
Дистальная резекция ПЖ			6(4,8%)		6(4,8%)
Цистдуоденоанастомоз	1(0,8%)	-	-	-	1(0,8%)
Всего	36(29%)	41(33%)	37(30%)	10(8%)	124(100%)

Примечание: \* - % - по отношению к общему числу оперированных больных с кистозным панкреатитом

ренхиматозная ее резекция. При каудальной резекции культи железы вшивалась в заднюю стенку тела желудка. В ближайшем послеоперационном периоде летальных исходов не наблюдалось. При кистозной форме ХП оперативное лечение выполнено у 124 больных (81,6%). Показания к операции определялись продолжительностью кистообразования и ее локализацией. При несформированных кистах хирургическое пособие сводилось к ее наружному дренированию (28,9%). Дренирующие операции выполнены с наложением дигестивных анастомозов у 61,3% больных. Среди этого вида операций доминировали цистопанкреатоеюностомия (18,5%) и продольная панкреатоеюностомия (16,9%). Радикальные операции в виде иссечения кисты и дистальной резекции ПЖ выполнены у 12 больных (9,6%), таблица 2.

Осложненное течение кист выявлено в 36 случаях (23,7%). Среди осложнений доминировали абсцедирование (66,7%), сдавление панкреатодуоденальной зоны (25,1%), кровотечение в полость кисты (5,5%) и ее перфорация с развитием перитонита (2,8%). Летальные исходы наблюдались у 5 больных (4,4%), преимущественно при абсцедировании кисты и кровотечения в ее полость. Свищевая форма ПЖ наблюдалась у 17 больных (7,1%) в возрасте от 18 до 50 лет. Во всех случаях свищи возникли после ранее перенесенных оперативных вмешательств. Длительность свищей с момента их развития не превышала 2 месяца. В 82,3% случаях первичная операция сводилась к дренированию сальниковой сумки, в 11,8% - к спленэктомии и в 5,9% случаев - к наружному дренированию главного панкреатического протока. Повторные операции выполнены у 3-х больных. Объем оперативного пособия сводился к дистальной резекции ПЖ (2 случая) и иссечению свища с наложением фистулоюностомы на изолированной петле. В остальных случаях свищи закрылись после консервативной терапии. Установлено, что эффективность медикаментозного лечения весьма высока при суточном дебите секрета ПЖ в объеме 100-150 мл. Комплекс консервативной терапии включал в себя назначение ингибиторов протонной помпы, блокаторов H-2 гистаминовых рецепторов, соматостатина

или его синтетического аналога, нормализацию моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта. Осложненное течение ХП наблюдалось у 43 (18,1%) больных. Помимо осложнений со стороны кист ПЖ специфика осложнений сводилась к стенозу дистального отдела холедоха (1,2%), дуоденальной непроходимости (4,1%) и портальной гипертензии (1,1%). Летальность составила 2%. Развитие летальных исходов было связано с кровотечением из полости кисты и с развитием острой сердечно-сосудистой недостаточности. Отдаленные результаты хирургического лечения больных с ХП изучены у 91 (52,3%) больного на протяжении 5 лет и более, при этом частота ранее выполненных дренирующих операций составила 89%, резекционных - 7,7% и резекционно-дренирующих - 3,3%. Летальность составила 13,1%. После наружного дренирования положительный эффект в отдаленные сроки был отмечен лишь у 6 (27,3%) больных. Умерло 6 (27,3%) человек. После кратковременного (от 2 до 8 мес.) улучшения рецидив клинической симптоматики ХП наблюдался у 10 (45,4%) пациентов. Всем им потребовались повторные операции (наложенных цистпанкреатоеюноанастомоза (4), цистэнтероанастомоза (2), цистгастроанастомоз (1), интрапаренхиматозная резекция головки ПЖ (3)). Следует отметить, что первичное наружное дренирование выполнялось как вынужденное, в связи с тяжелым состоянием пациента, либо с неблагоприятными местными анатомическими условиями для внутреннего дренирования или резекции. После внутреннего дренирования стойкое улучшение (исчезновение болевого синдрома и отсутствие явлений экзо- и инкреторной недостаточности) наблюдали у 21 (35,6%) больного из 59 прослеженных. Умерло 6 (10,2%) больных. Ухудшение (рецидив болевого синдрома) отмечено у 32 (54,2%) пациентов. Повторные оперативные вмешательства у этой группы больных были выполнены 5 пациентам: у 3 - в результате облитерации ранее наложенных панкреато- и цистеюноанастомозов и у 2 - в результате прогрессирования процесса и формирования новых псевдокист. Причинами данных осложнений были недостаточная протяженность анастомозов, неустра-

нение протоковой гипертензии. Повторные операции заключались в реконструкции панкреатоэюноанастомозов с интрапаренхиматозной резекцией головки ПЖ. Резекционные операции выполнены у 7 (7,7%) больных, (гастропанкреатодуоденальные резекции (2), дистальные резекции ПЖ (5)). Резекционные операции в сочетании с внутренним дренированием (изолированная резекция головки ПЖ с продольным панкреатоэюноанастомозом на отключенной по Ру петле тощей кишки) выполнены в 3 случаях (3,3%). Отдаленные результаты у всех оперированных пациентов данной группы хорошие. Таким образом, ввиду прогрессирования заболевания и отчетливого рецидива клинических проявлений у 15 (16,5%) больных были выполнены повторные операции. Летальных исходов не наблюдалось.

Одной из причин рецидива заболевания в отдаленном послеоперационном периоде является сужение панкреато-дигестивных анастомозов. На основании разработанной собственной методики (патент на изобретение № 23766952 от 27 декабря 2009 года) нами применена эндоскопическая баллонная дилатация зоны анастомоза (рис. 1) через просвет изолированной тонкой кишки, которая во время первичной операции была выведена в подкожную клетчатку с целью декомпрессии зоны анастомоза и профилактики ранних послеоперационных осложнений (рис. 2).

К настоящему времени данная методика применена у 3 больных с недостаточным функционированием панкреатоэюноанастомозов вследствие их стеноза с хорошим результатом. Во всех случаях отмечен регресс клинической симптоматики. При необходимости подобное вмешательство можно выполнять повторно.

Интегральным и наиболее объективным в настоящее время показателем результатов лечения в бли-

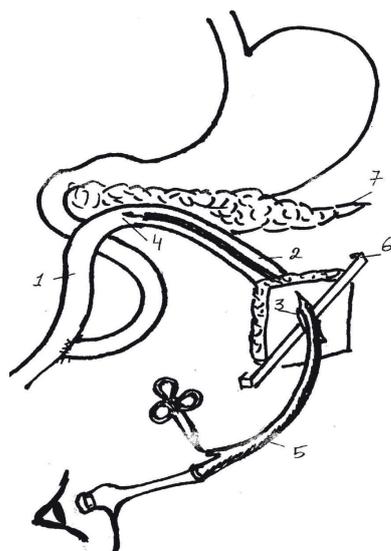


Рис. 1. Изолированная по Ру тощая кишка 2. Слепой конец изолированной тощей кишки 3. Держалки 4. Панкреато-эюноанастомоз 5. Фиброгастроскоп 6. Крючки 7. Поджелудочная железа.



Рис. 2. Момент канюляции устья цистпанкреатоэюноанастомоза через 6 лет после операции с целью последующей баллонной дилатации.

жайшем и отдаленном периодах, безусловно, является оценка качества жизни (КЖ) больных. В этой связи дальнейшие исследования были направлены на изучение данных показателей с учетом полученных клинических результатов, согласно которым в отдаленном периоде после резекционных операций летальных исходов не наблюдалось. Нами прослежено КЖ больных после резекционных и дренирующих операций через один год, 3, 5 и более лет с момента их выполнения. Исследование проведено у 53 больных. В группу дренирующих операций вошли операции при кистозном и индуративном панкреатите. В группе больных с резекционными операциями выполнялись панкреатодуоденальные резекции, интрапаренхиматозная резекция головки, дистальная резекция при индуративном панкреатите и каудальных кистах. Установлено, что после резекционных операций позитивные сдвиги появляются в течение года. В частности, улучшение физического функционирования повышается в 1,7 раза, ролевого функционирования в 3 раза, интенсивность болевого синдрома снижается в 1,7 раза, общее состояние здоровья возрастает в 3 раза, жизненная активность в 2,2 раза, эмоциональный статус в 2,1 раза, психическое здоровье в 1,7 раза. В дальнейшем, на протяжении 5 и более лет, отмеченные параметры в основном стабилизируются. Существенной динамики по сравнению с первым годом после операции не отмечено ( $p > 0,05$ ). В группе больных (32 пациента) с дренирующими операциями выполнялось наружное дренирование кист и наложение цисто-панкреатодигестивных анастомозов. При оценке полученных данных прослеживалась аналогичная тенденция. Позитивные сдвиги отчетливо появлялись через год после операции с последующей стагнацией в течение всего периода наблюдения. Че-

рез год после операции улучшение КЖ наблюдалось от 17,6 до 40,2%. Максимальный эффект был отмечен со стороны общего здоровья. Безусловно, дренирующие операции значительно отличаются как по объему, так по сложности выполнения. В этой связи проведена грация показателей КЖ после оперативных вмешательств, которые завершались наружным и внутренним дренированием. Установлено, что после внутреннего дренирования через год после операции основные параметры КЖ превышали аналогичные показатели в группе больных с наружным дренированием на 11-23% без достоверных различий между ними ( $p < 0,05$ ). Аналогичная тенденция сохранялась и через 5 лет после оперативного пособия. По-видимому, в этих случаях эффективность оперативного пособия в отдаленном периоде в значительной степени определяется или прогрессированием заболевания, или поддерживающей медикаментозной терапией.

### Выводы

1. За последние годы частота ХП увеличилась более чем в 2,5 раза, в основном у мужчин в возрасте от 30 до 50 лет. Среди этиологических факторов доминирует употребление алкоголя. Удельный вес билиарного и посттравматического панкреатита остается на прежнем уровне.

2. Продолжительность хронического панкреатита с момента его развития до хирургического пособия колеблется от 1 до 5 лет. Клиническое течение заболевания в 63,9% проявляется кистозной формой, в 17,6% - индуративной, в 11,4% - калькулезной. Расширение панкреатического протока наблюдается у 31,1% больных.

3. Операцией выбора при кистозных формах ХП является наложение цистопанкреатоюноанастомоза. Степень радикальности операции определяется локализацией кисты, ее размерами. В отдаленном периоде на протяжении 5 лет показатели КЖ существенно не снижаются. При индуративном панкреатите целесообразно выполнение резекционных и резекционно-дренирующих операций на изолированной петле тощей кишки. В ближайшем послеоперационном периоде летальных исходов не наблюдается. Через 3-5 лет после операции уровень КЖ повышается в 1,7-3 раза. В отдаленном периоде уровень летальности определяется объемом выполненных операций и степенью прогрессирования ХП. После дренирующих операций летальность достигает 13,1%, после радикальных фатальных исходов не отмечается. Частота повторных операций составила 16,5%. Улучшение функционального состояния панкреатодигестивных анастомозов в отдаленном периоде при их сужении может быть достигнуто применением в этой зоне баллонной эндоскопической дилатации через просвет изолированной тощей кишки. Это сопровождается снижением частоты рецидива заболевания и повышением уровня физического здоровья.

### Список литературы

1. Алибегов Р.А., Нарезкин Д.В. Выбор и особенности формирования панкреатодигестивного соустья при проксимальной резекции поджелудочной железы. Вестник хирургии. 2010; 6: 169: 72-74.
2. Винник Ю.С., Якимов С.В., Черданцев Д.В., Петрушко С.И. Роль алкоголизма в развитии хронического панкреатита. Хирургия поджелудочной железы на рубеже веков. М 2000; 29-30.
3. Виноградов В.В., Арипов У.А., Гришкевич Э.В., Данилов М.В. Хирургия панкреатита. - Ташкент: Медицина 1974; 256.
4. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф., Чевокин А.Ю., Ахаладзе Г.Г. Хирургическая тактика при хроническом панкреатите. Материалы Российско-Германского симпозиума М 2000; 38-39.
5. Гальперин Э.И. Хронический панкреатит. // Анн. Хир. Гепатол.-2009; 3: 92-110.
6. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. - М.: Медицина 1995; 512.
7. Данилов М.В., Федоров В.Д. Повторные и реконструктивные операции при заболеваниях поджелудочной железы. Руководство для врачей. - М.: Медицина 2003; 424.
8. Ивашкин В.Т. Современные проблемы клинической панкреатологии. Вест. РАМН- 1993; 4: 29-34.
9. Клименко В.Н., Клименко А.В. Выбор метода хирургического лечения больных хроническим панкреатитом. Тезисы XV Международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ. Казань, 17-19 сент., 2008 г. Анналы хир гепатол 2008; 13: 3: 166.
10. Кубачев К.Г., А.Е. Борисов, и др. Осложненный хронический панкреатит. Диагностика и хирургическое лечение. Вестник хирургии. 2010; 3: 80-84.
11. Оноприев В.И., Рогаль М.Л. Хронический панкреатит. К.: ООО БК «ГруппаБ», 2007; 248.
12. Хазанов А.И., Васильев А.П., Спесивцев В.Н., Логинов А.Ф. Хронический панкреатит, его течение и исходы // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 1999; 4: 24-25.
13. Beger H.G., Matsuno S., Cameron J.L. Diseases of the Pancreas.-Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2008; 905.
14. Duffy J.P., Reber H.A. Surgical treatment of chronic pancreatitis // J. Hepatobiliary Pancreat. Surg. - 2002; 9: 6: 659-668.
15. Lee W.J. Surgical treatment of pancreatitis // Kor. J. Gastroenterol. 2005; 46: 5: 352-357.
16. Horn J. Late results after surgical treatment of chronic pancreatitis// In: Trede M., Carter D.C. eds. Surgery of the Pancreas. London: Churchill Livingstone.-1993; 359-65.

### Информация об авторе

1. Аносенко Сергей Анатольевич – врач-ординатор хирургического отделения Вологодской областной больницы №1; e-mail: Anosenko@bk.ru