ОБСТРУКЦИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Прядко А.С.^{1,2} (2684-3990), Ромашенко П.Н.¹ (3850-1792), Майстренко Н.А.¹ (2571-9603), Бойко И.Ю.², Яралиев В.М.¹ (5530-3033), Кузнецов А.И.² (2905-6368).

¹ ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, 194044 ул. Академика Лебедева 6Ж, Санкт-Петербург, Россия

² ГБУЗ Ленинградская областная клиническая больница, 194291, пр. Луначарского, 45-49, Санкт-Петербург, Россия

Резюме.

Цель работы: оптимизировать хирургическую тактику при обструкции желчных протоков у больных с различными формами хронического панкреатита (ХП).

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования и лечения 503 больных ХП, 354 из которых оперированы. Механическая желтуха выявлена у 76 (21,5%) пациентов. Основным видом купирования симптомов обструкции желчных путей были транспапиллярные эндоскопические и лапароскопические методики или их комбинации, которые у 37 (48,6%) пациентов явились окончательным вариантом лечения, а у 35 (46,1%) – предварительным этапом перед выполнением традиционных оперативных вмешательств. Традиционные вмешательства были единственным методом лечения у 4 (5,3%) больных.

Результаты. На основе модифицированной Марсельско-Римской классификации ХП (1988) разработан систематизированный подход по оказанию помощи этой категории больных. Установлено, что применение эндоскопических методик у пациентов с обструктивным ХП позволяет не только купировать симптомы билиарной гипертензии, но и воздействовать на течение основного заболевания, путем обеспечения адекватного дренирования как желчного, так и панкреатического протоков. Использование трансдуоденальных и лапароскопических методик для купирования механической желтухи у больных воспалительным ХП, кальцифицирующим ХП максимально оправдано как предварительный этап лечения. Предпочтительным вариантом хирургической коррекции у больных воспалительным и кальцифицирующим ХП с преимущественным поражением головки ПЖ должны быть резекции головки ПЖ по Вегер или Frey.

Заключение. Оптимальное сочетание минимально инвазивных вариантов хирургического лечения и традиционных оперативных вмешательств с учетом формы и варианта течения ХП, осложненного развитием механической желтухи, позволяет добиться максимальной коррекции течения заболевания в ближайшие сроки и в отдаленный период.

Ключевые слова: хронический панкреатит, механическая желтуха, хирургическая тактика.

OBSTRUCTION OF BILE DUCTS IN CHRONIC PANCREATITIS AND POSSIBILITIES OF ITS SURGICAL CORRECTION

Pryadko A.S.^{1,2} (2684-3990), Romashchenko P.N.¹ (3850-1792), Maistrenko N.A.¹ (2571-9603), Boiko I.YU.², Yaraliev V.M.¹ (5530-3033), Kuznecov A.I.² (2905-6368)

¹The Military Medical Academy named after S.M. Kirov of the Ministry of Defense of the Russian Federation; 6, Akad. Lebedeva str., St. Petersburg, 194044, Russian Federation.

²Leningrad Regional Clinical Hospital; 45-49, Lunacharskogo Ave., St. Petersburg, 194291, Russian Federation.

Summary.

Purpose of the study: optimize surgical tactics for bile duct obstruction in patients with various forms of chronic pancreatitis (CP).

Materials and methods: The results of the examination and treatment of 503 patients with CP, 354 of whom were operated on, were analyzed. Mechanical jaundice was detected in 76 (21.5%) patients. The main type of relief of symptoms of biliary tract obstruction were transpapillary endoscopic and laparoscopic techniques or their combinations, which in 37 (47.4%) patients were the final treatment option, and in 35 (46.1%) - a preliminary stage before performing traditional surgical interventions. Traditional interventions were the only treatment method in 4 (6.4%) patients.

Results: Based on the modified Marseille-Rome classification of CP (1988), a systematic approach was developed to assist this category of patients. It has been established that the use of endoscopic techniques in patients with obstructive CP allows not only to stop the symptoms of biliary hypertension, but also to influence the course of the underlying disease, by ensuring adequate drainage of both the bile and pancreatic ducts. The use of transduodenal and laparoscopic techniques for the relief of obstructive jaundice in patients with inflammatory CP, calcifying CP is best justified as a preliminary stage of treatment. The preferred option of surgical correction in patients with inflammatory and calcific CP with primary lesions of the pancreas head should be resection of the pancreas head according to Beger or Frey.

Conclusion: The optimal combination of minimally invasive surgical treatment options and traditional surgical interventions, taking into account the shape and variation of CP, complicated by the development of obstructive jaundice, allows for maximum correction of the course of the disease in the near term and in the long term.

Key words: chronic pancreatitis, pancreatic duct, surgical tactics.

Введение.

Виды оперативных вмешательств, выполняемых у пациентов хроническим панкреатитом (ХП), осложненным механической желтухой (МЖ) крайне разнообразны [2,3,7]. Несмотря на это, выбор оперативного вмешательства у конкретного больного остается одной из наиболее сложных и нерешенных проблем современной панкреатологии [7,8,9,11]. Основная тенденция последнего десятилетия состоит в рациональном применении минимально инвазивных методик в лечении желчной обструкции при различных формах ХП. Однако, учитывая прогрессирующий характер течения ХП, имеет место возврат МЖ в ближайший или отдаленный период. Остается нерешенным вопрос о том, в какой мере минимально инвазивные методики могут быть решающими в выборе как окончательного варианта лечения, так и этапного вмешательства [1,5,11]. Не определены оптимальные варианты традиционных операций у таких больных [2,6,7,8].

Цель работы: оптимизировать хирургическую тактику при обструкции желчных протоков у больных с различными формами ХП.

Материалы и методы исследования.

В клинике факультетской хирургии им. С.П.Федорова ВМедА им. С.М. Кирова и на ее клинической базе (хирургическое отделение №1 Ленинградской областной клинической больницы) накоплен опыт обследования и лечения 503 больных ХП. Из них 354 пациентам выполнялись традиционные и минимально инвазивные операции. Возраст пациентов колебался от 18 до 82 лет, составив в среднем $40,2 \pm 10,6$ лет. Среди обследованных больных преобладали мужчины – 322(64%).

Все больные ХП в соответствии с международной Марсельско-Римской классификацией (1988) были распределены на три формы: 1) обструктивную; 2) кальцифицирующую; 3) воспалительную [10]. После проведенного анализа результатов обследования и лечения больных ХП, характера течения воспалительно-дегенеративного процесса в ПЖ была модифицирована выше изложенная классификация путем выделения подгрупп для каждой формы заболевания [4,6]. Проведен детальный анализ 76 пациентов с ХП, течение которого осложнилось развитием МЖ. Миниинвазивные оперативные вмешательства применены во всех группах больных ХП. Эндоскопические методы лечения, как окончательные, применяли преимущественно у больных обструктивным ХП и, как предварительный этап перед оперативным вмешательством, у пациентов с воспалительной и кальцифицирующей формами заболевания.

Кроме оценки регресса МЖ также изучали эффективность выбранных вариантов оперативных вмешательств на ПЖ при различных формах ХП. Оценивали эффективность дренирования или шунтирования желчных протоков и возврата синдрома желчной гипертензии в ближайший и отдаленный период наблюдения.

Результаты и обсуждение.

Анализ клинико-инструментальных данных позволил установить наличие билиарной гипертензии у 34 (42%) из 81 больных обструктивным ХП. Основными вариантами вмешательств у таких пациентов были эндоскопические операции, направленные на устранение обструкции терминального отдела панкреатического и желчного протоков, патологии большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК), ликвидации холедоха - и холецистолитиаза с последующим адекватным консервативным лечением.

Оперативное лечение обструктивного ХП, развившегося у больных на фоне желчнокаменной болезни и холедохолитиаза, заключалось в лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) с различными вариантами санации желчных протоков от конкрементов (во время операции – у 2 пациентов, до операции путем эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) – у 6). ЛХЭ еще у 4 пациентов с кистами ПЖ дополнена их дренированием сроком от 2 до 12 месяцев.

Выбор варианта операции у больных обструктивным ХП на фоне вклинения конкрементов в терминальном отделе главного панкреатического протока заключался в обеспечении адекватного оттока панкреатического сока и желчи. Выполняли изолированную ЭПСТ у 6 больных с резидуальным холедохолитиазом. Если ЭПСТ не приводила к адекватному оттоку панкреатического секрета, выполняли дополнительное рассечение устья панкреатического протока у 2 пациентов (если позволяли анатомические условия для выполнения вирсунготомии), а ещё у 4 больных дополняли вмешательство стентированием панкреатического протока (сроком до 8 недель). Выполнение ЭПСТ и стентирования холедоха (сроком до 6 месяцев) потребовалось у 5 больных, имевших сочетание МЖ с гнойным холангитом либо протяженной стриктуры интрамуральной части общего желчного протока.

Эндоскопическое удаление аденомы БСДК выполнено 5 пациентам, которая была дополнена стентированием панкреатического и желчного протоков временными пластиковыми стентами.

Послеоперационные осложнения в группе обструктивного ХП отмечены у 8 (23,5%) пациентов и были связаны с выполнением ЭПСТ. Кровотечения из зоны БСДК развились у 2 (5,9%) больных, которые были остановлены эндоскопически. Развитие острого панкреатита отмечено у 6 (17,6%) пациентов, который привел к летальному исходу у одном случае. Наружный панкреатический свищ сформировался у одного пациента после лапароскопического дренирования кисты ПЖ, потребовавший выполнения реконструктивной операции.

Оценка отдаленных результатов оперативного лечения больных ОХП, в сроки от 6 месяцев до 8 лет у 30 (88,2%) пациентов, свидетельствуют о хороших и удовлетворительных результатах лечения у 26 (86,7%) пациентов и об адекватной хирургической тактике. Неудовлетворительные результаты лечения отмечены у 4 (13,3%) больных: стеноз в зоне БСДК (n=2) и резидуальный холедохолитиаз (n=2). Повторные эндоскопические вмешательства позволили добиться адекватного дренирования желчи и панкреатического секрета у 3 больных. Необходимость формирования билиодигестивного анастомоза возникла у 1 пациента.

Развитие МЖ при кальцифицирующем ХП установлено у 24 (20,2%) из 119 больных. Сдавление желчных протоков крупной кистой головки ПЖ установлено у двух пациентов. В одном случае разрешение МЖ осуществлено путем папиллосфинктеротомии и стентирования желчных протоков пластиковым стентом с последующей цистопанкреатикоеюностомией, во втором – путем трансгастрального дренирования кисты головки ПЖ в просвет желудка, что и явилось окончательным вариантом лечения.

Наибольшую проблему представлял выбор операции у пациентов кальцифицирующим ХП с преимущественным поражением головки ПЖ (n=22). На первом этапе лечения таких больных всегда выполняли дренирующую операцию: лапароскопическую холецистостомию (n=9) или стентирование желчных протоков после ЭПСТ (n=11). Вторым этапом осуществляли операции максимально корригирующие течение ХП. На начальных этапах нашего исследования у больных кальцифицирующим ХП с преимущественным поражением головки ПЖ основным вмешательством был панкреатикоэнтероанастомоз (ПЕА) в сочетании с билиодигестивным соустьем (n=6). В последующем у таких больных мы выполняли резекцию головки ПЖ по классическому варианту Beger (n=3), операция Beger в Бернском варианте (n=4) или операция Frey (n=7). Еще у двух пациентов на первом этапе лечения выполнен холецистоеюноанастомоз по поводу предполагаемой неоперабельной опухоли головки ПЖ, которым в последующем осуществлена панкреатодуоденальная резекция (ПДР).

Анализ непосредственных результатов оперативных вмешательств у больных кальцифицирующим ХП позволил установить развитие осложнений в послеоперационном периоде у 6 (25,0%) пациентов: панкреатическая фистула (n=2); острая кишечная непроходимость (n=1); нагноение послеоперационной раны (n=2); кровотечение (n=1). Летальных исходов в данной группе не было.

Отдаленные результаты отслежены у 22 (91,7%) из 24 оперированных пациентов. Хорошие и удовлетворительные результаты в первые 2 года отмечены у 20 пациентов и неудовлетворительные – у 2. В дальнейшем отмечено увеличение числа

неудовлетворительных результатов, которые отмечены еще у 9 пациентов. Отчасти это было связано с возвратом болевого синдрома после ПЕА (n=4). У 2 больных кальцифицирующим ХП с преимущественным поражением головки ПЖ после выполненного панкреатикодигестивного и билиодигестивного анастомоза через 8 и 12 лет после операции на фоне рецидивирующего холангита развился холангиогенный сепсис с формированием абсцессов печени, что привело к гибели пациентов. После выполнения ПЕА по поводу кальцифицирующего ХП с преимущественным поражением головки у 2 пациентов в сроки 4 и 6 лет соответственно выявлена протоковая аденокарцинома ПЖ.

Механическая желтуха при воспалительном ХП развилась у 18 (11,7%) из 154 больных. Воспалительный ХП с кистами привел к развитию билиарной гипертензии лишь у 4 больных. Хирургическое лечение у таких пациентов состояло в наружном дренировании кист (n=3) и внутреннем эндоскопическом дренировании (n=1). Развитие МЖ при воспалительном ХП с преимущественным поражением головки ПЖ отмечено у 14 пациентов. Предпочтительным вариантом лечения пациентов с такой формой ХП явились резекционные методики. Выполнены резекция головки ПЖ по Beger (n=6) или Frey (n=2). Показанием к выполнению у 4 больных ПДР явилась невозможность исключения рака ПЖ. Еще 2 больным наложен билиодигестивный анастомоз.

Осложнения после оперативных вмешательств по поводу воспалительного ХП развились у 6 (33,3%) больных. Панкреатическая фистула сформировалась у 3 пациентов, гнойно-септические осложнения – у 2, кровотечение – у 1. Летальных исходов не отмечено.

Отдаленные результаты отслежены у 14 (77,8%) из 18 оперированных пациентов. Хорошие и удовлетворительные результаты в первые 2 года отмечены у всех 14 пациентов. Неудовлетворительные результаты отмечены при дальнейшем наблюдении у 6 пациентов: возобновление болевого синдрома после выполненного билиодигестивного анастомоза (n=2); рецидив МЖ после операции Frey (n=2) и Beger в Бернском варианте (n=2). Для разрешения МЖ у 2 пациентов осуществлено длительное (до 1 года) эндоскопическое стентирование желчных протоков, еще у 2 больных были сформированы билиодигестивные анастомозы.

Полученные нами данные свидетельствуют, что применение эндоскопических методик у больных обструктивным ХП позволяет не только купировать симптомы билиарной гипертензии, но и воздействовать на течение основного заболевания, путем обеспечения адекватного дренирования как желчного, так и панкреатического протоков. Использование транспапиллярных и лапароскопических методик для купирования механической желтухи у больных воспалительным ХП, кальцифицирующим ХП максимально оправдано как предварительный этап лечения. Предпочтительным вариантом

хирургической коррекции у больных воспалительным и кальцифицирующим ХП с преимущественным поражением головки ПЖ должны быть резекции головки ПЖ по Beger или Frey.

Заключение. Таким образом, оптимальное сочетание минимально инвазивных вариантов хирургического лечения и традиционных оперативных вмешательств с учетом формы и варианта течения ХП, осложненного развитием механической желтухи, позволяет добиться максимальной коррекции течения заболевания в ближайшие сроки и в отдаленный период.

Список литературы:

1. Будзинский, С.А., Мыльников А.Г., Чернякевич П.Л. и соавт. Ретроградное транспапиллярное стентирование протока поджелудочной железы в комплексном лечении больных хроническим панкреатитом // Анн. хир. гепатол. – 2014. – Т.19, №1. – С. 40-49.
2. Гальперин Э.И. Хронический панкреатит // Анн. хир. гепатол. – 2009. – № 3. – С. 92 – 99.
3. Гагуа А.К., Загайнов В.Е., Евтихова Е.Ю. Отдаленные результаты с оценкой качества жизни больных, оперированных по поводу хронического панкреатита, осложненного механической желтухой // Хирургия. – 2013. – №1. – С. 34 – 38.
4. Майстренко Н.А., Чумасов Е.И., Петрова Е.С. и соавт. Особенности патоморфоза хронического панкреатита в обосновании хирургических подходов // Вестн. хир. им. И.И. Грекова. – 2013. – Т. 172, № 4. – С. 29 – 39.
5. Прядко А.С., Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Бойко И.Ю. Малоинвазивные технологии в диагностике и лечении хронического панкреатита // Анн. хир. гепатол. – 2012. – Т.17, № 2. – С. 55 – 64.
6. Прядко А.С., Майстренко Н.А. Выбор варианта хирургического лечения хронического панкреатита с учетом морфологических изменений в поджелудочной железе // Вестн. хир. им. И.И. Грекова. – 2014. – Т. 173, № 3. – С. 38 – 48.
7. Ревитшвили А.Ш., Кригер А.Г., Вишневский В.А. и соавт. Актуальные вопросы хирургии поджелудочной железы // Хирургия. – 2018. – №9. – С. 5 – 14.
8. Beger H.G., Matsuno S., Cameron J.L., Diseases of the Pancreas. Current Surgical Therapy. Berlin Heidelberg. – 2008. – P. 949.
9. Bragansa J.M., Lee S.H., McCloy R.F. et al. Chronic pancreatitis // Lancet. – 2011. – Vol. 377. – P. 1184 – 1197.
10. Sarles H., Adler G., Dani R., et al. The pancreatitis classification of Marseilles-Rome 1988 // Scand. J. Gastroenterol. – 1989. – Vol. 24. – P. 641 – 642.

11. Yoon S.B, Chang J.H, Lee IS. Treatment of Pancreatic Fluid Collections // Korean J. Gastroenterol. – 2018. – Vol. 72, №3. – P. 97 – 103.

Сведения об авторах:

Прядко Андрей Станиславович – к.м.н., ассистент кафедры факультетской хирургии Военно-медицинской академии им.С.М.Кирова, заведующий хирургическим отделением №1 Ленинградской областной клинической больницы. Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, 6. Тел. (812)-5927970, моб. тел. 8921- 910-39-27, pradko66@mail.ru

Майстренко Николай Анатольевич – академик РАН, д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии Военно-медицинской академии им.С.М.Кирова. Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, 6. Тел. 2923301. Факс: (812) 3297143

Ромашенко Павел Николаевич – член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, начальник кафедры факультетской хирургии Военно-медицинской академии им.С.М.Кирова. Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, 6. Тел.: (812)-2923485, моб.тел. 8911-210-89-90

Бойко Ирина Юрьевна - к.м.н., врач-хирург хирургического отделения №1 Ленинградской областной клинической больницы. Санкт-Петербург, пр. Луначарского, 45-49. Тел.: (812)-5923763, моб.тел. 8921-342-81-80

Яралиев Вагиф Максимович - слушатель ординатуры по специальности «хирургия» Военно-медицинской академии им.С.М.Кирова, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, 6. Тел.: (812)-2923485, моб.тел. 8965-067-63-23

Кузнецов Андрей Игоревич - врач-хирург хирургического отделения №1 Ленинградской областной клинической больницы. Санкт-Петербург, пр. Луначарского, 45-49. Тел.: (812)-5923763, моб.тел. 8921-378-07-41