
ЛЕКЦИЯ

УДК 616. 37-002-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

А. Г. Бебуришвили, Н. Ш. Бурчуладзе

Клиника факультетской хирургии с курсом эндоскопической хирургии ФУВ ВолгГМУ и ВНЦ РАМН

В лекции приводятся современные представления о хирургическом лечении хронического панкреатита. Дана характеристика и оценена эффективность основных методов хирургического лечения хронического панкреатита.

Ключевые слова: поджелудочная железа, хронический панкреатит, хирургическое лечение.

SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC PANCREATITIS

A. G. Beburischvili, N. Ch. Burtchuladze

The review presents modern views on surgical treatment of chronic pancreatitis. Characteristic and an estimation of efficiency of the basic method of surgical treatment of chronic pancreatitis are proposed.

Key words: the pancreas, chronic pancreatitis, surgical treatment.

Хронический панкреатит (ХП) — достаточно частое заболевание, в разных странах заболеваемость хроническим панкреатитом составляет 5—7 новых случаев на 100 000 человек населения.

В большинстве случаев хронический панкреатит является исходом острого панкреатита. Риск такого исхода значительно возрастает при многократных рецидивах острого панкреатита, или возникновении его тяжелых деструктивных форм. Результатом панкреонекроза часто становится нарушение морфологической структуры поджелудочной железы, приводящее больных к рецидивам болевого синдрома в животе, экзо- и эндокринной недостаточности, нарушениям пассажа по желудочно-кишечному тракту (ЖКТ) и желчевыводящим путям. Основная часть пациентов с умеренно выраженным болевым синдромом в эпигастриальной области и признаками экзо- и эндокринной недостаточности получают лечение у врача терапевтической направленности. Однако группа больных с рефрактерным к консервативному лечению болевым синдромом в животе и исходами рецидивирующего панкреатита являются пациентами хирургических стационаров. Оперативному лечению подлежат 40 % больных с ХП при неэффективной консервативной терапии [1, 2, 4—6].

Наиболее распространенными нарушениями морфологической структуры ПЖ при ХП являются: 1) кистозные образования в структуре ПЖ (15—20 %); 2) панкреато- и вирсунголитиаз; 3) стенозирование магистрального протока ПЖ и/или желчевыводящих путей (30—50 %); 4) значительное увеличение головки ПЖ за счет воспалительной его инфильтрации (inflammatory mass in the head of the pancreas, «головчатый» панкреатит, индуративный панкреатит) со сдавлением содруже-

ственных органов (12-перстной кишки, 7 %), желчевыводящих путей, антрального отдела желудка, портальной вены и его притоков (8—15 %) [2, 4, 6, 7].

Хирургическое лечение. Показания к хирургическому лечению хронического панкреатита следующие: 1) рефрактерный к консервативному лечению болевой синдром в животе; 2) наличие «головчатого» (индуративного) панкреатита; 3) стеноз интрапанкреатической части желчевыводящих путей; 4) множественные стриктуры магистрального протока ПЖ; 5) сдавление портальной и/или верхней мезентериальной вены; 6) выраженный стеноз перипапиллярной зоны 12-перстной кишки; 7) длительно существующие интра- и парапанкреатические псевдокисты; 8) индуративные изменения в структуре ПЖ, подозрительные на малигнизацию.

Хирургические пособия могут быть разделены на эндоскопическое интервенционное лечение локальных осложнений хронического панкреатита и оперативные вмешательства традиционным лапаротомным доступом.

Показанием к эндоскопическому интервенционному лечению являются три наиболее распространенных осложнения ХП: псевдокиста (рис. 1), стриктура магистрального протока ПЖ и терминального отдела общего желчного протока (рис. 2), вирсунго- и холедохолитиаз (рис. 3) [6].

Большинство пациентов с ХП имеют различной степени тяжести стриктуры магистрального протока поджелудочной железы (МППЖ), панкреато- и вирсунголитиаз с формированием панкреатической гипертензии. Лечение таких больных должно начинаться с использования эндоскопических интервенционных методик.

Наиболее востребованными процедурами эндоскопической интервенционной хирургии являются сфинктеро-

томия, сочетанная при необходимости с эндопротезированием МППЖ, литоэкстракцией, либо литотрипсией панкреатолитов и дренированием кистозных образований. Процедура выполняется, как правило, под медикаментозной седацией (мидозолам, пропалол). Введение антибиотиков в большинстве наблюдений не рекомендовано.

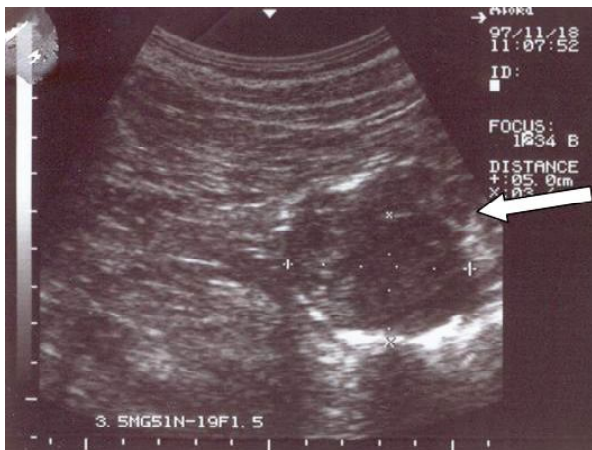


Рис. 1. Псевдокиста ПЖ

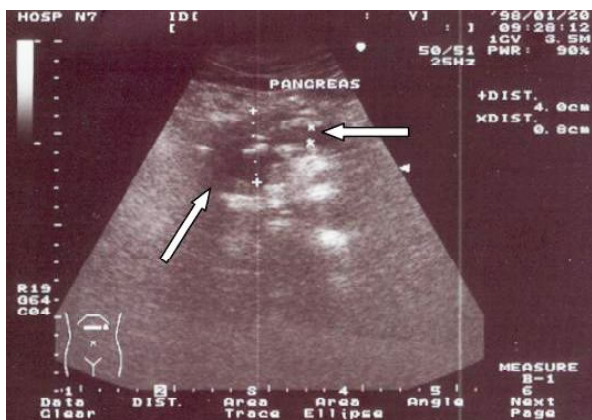


Рис. 2. Стриктура терминального отдела МППЖ. Панкреатическая гипертензия

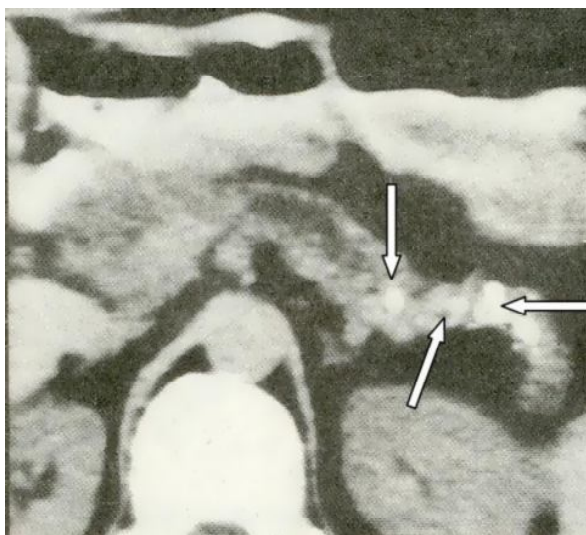


Рис. 3. Панкреато- и вирсунголитиаз

Эндоскопическая панкреатическая сфинктеротомия фактически является модифицированным вариантом стандартной папиллосфинктеротомии. Рассечение тканей при нем производится на глубину 4—8 мм в позиции 13—14 часов циферблата. Зачастую сфинктеротомия сочетается с эндопротезированием вирсунгова протока (рис. 4). Показанием к такой манипуляции является стриктура МППЖ и панкреатическая гипертензия. Так как панкреатическая гипертензия в большинстве наблюдений сочетается с гипертензией в желчевыводящих путях, возникает необходимость имплантации дренажа в холедох. Эндопротез нуждается в смене каждые 3 месяца. Противовоспалительная терапия должна проводиться курсами в течение 12—18 мес. [6, 7].

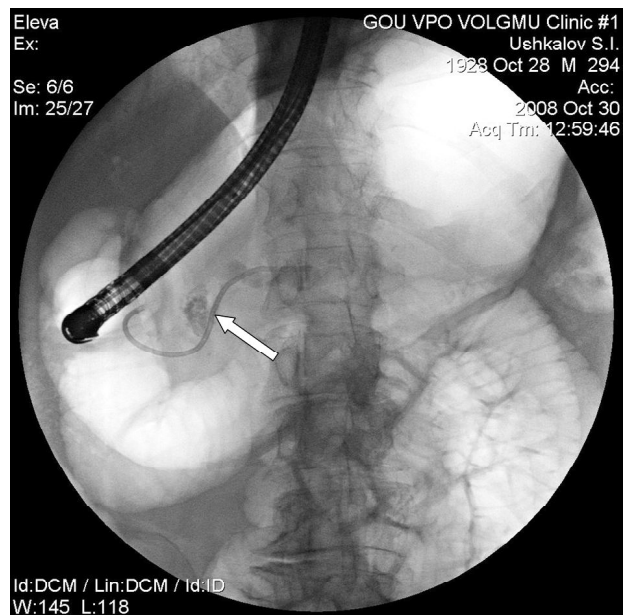


Рис. 4. Эндопротез МППЖ

В случае вирсунголитиаза эндоскопические интервенционные процедуры показаны при наличии солитарного камня, расположенного в головке либо проксимальной части тела ПЖ. Извлечение камня возможно после предварительной сфинктеротомии с использованием петли Дормия малого диаметра (рис. 5). В случае неэффективности манипуляцию необходимо дополнить механической литотрипсией. По сводным данным различных авторов, положительного результата удается достичь в 42—75% наблюдений. При наличии крупных панкреатических камней или множественного вирсунголитиаза методом выбора является экстракорпоральная литотрипсия с последующей ревизией магистрального протока и извлечением мелких фрагментов конкрементов [6, 7].

Осложнения эндоскопического интервенционного лечения нередки и заключаются в кровотечениях из зоны манипулирования, развитии панкреатита, вплоть до панкреонекроза, и возникновении холангита. При неосложненном течении постманипуляционного периода пациент начинает принимать пищу на следующий день, а через день может быть отпущен из клиники.

Отдаленные результаты эндоскопического интервенционного лечения. Клиническое рандомизированное исследование было проведено Dite, et al., 2003. Были сравнены 2 группы больных ($n = 72$), перенесших оперативные вмешательства по поводу ХП с использованием традиционных резекционно-дренирующих методов лечения и процедур интервенционной эндоскопической хирургии. Было выявлено, что после традиционных вмешательств полный возврат к болевому синдрому был отмечен в 34 % случаев, тогда как после эндоскопических вмешательств — в 15 %. Частичный возврат к болевому синдрому отмечен соответственно в 52 и 46 % наблюдений [6].

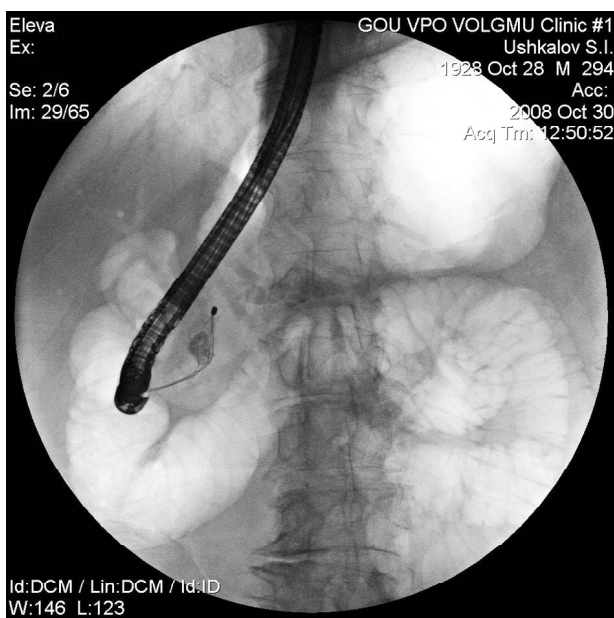


Рис. 5. Панкреатолитиаз.
Ревизия МППЖ петель Дормиа

Панкреатические псевдокисты верифицируются у 20—40 % больных с ХП. Зачастую они не дают яркой клинической симптоматики. Поэтому пациенты обращаются за медицинской помощью при присоединении осложнений: появлению болевого синдрома в животе, абсцедировании, перфорации и кровотечении в его полость, сдавлении желчевыводящих путей, 12-перстной кишки и желудка. Эндоскопическое дренирование полости кисты показано при наличии кистозного образования, пролабирующего в просвет желудка, или 12-перстной кишки. Дренирование кист, расположенных в глубине паренхимы ПЖ, предпринимается редко, ввиду возможных осложнений (кровотечение из паренхимы ПЖ, повреждение магистрального сосуда). Эндоскопическое дренирование относительно противопоказано при кистах больших размеров, длительно существующих и не склонных к сокращению стенок полости. Такие кисты имеют тенденцию к абсцедированию остаточной полости. Абсолютно противопоказано эндоскопическое дренирование при значительном варикозном расширении сосудов на пути интервенции, наличии псевдоаневризм. Инфицирование кисты не является противопоказанием для выполнения

данной манипуляции. Манипуляция должна сопровождаться эндоскопической ультрасонографией [6, 7].

Хирургические вмешательства традиционным лапаротомным доступом при хроническом панкреатите используются в течение века. По данным зарубежных авторов, такие оперативные вмешательства, как резекция Wippl (панкреатодуоденальная резекция), операция Puestow, обходные анастомозы и тотальная дуоденопанкреатэктомия, имеют лишь историческое значение. Современные оперативные вмешательства по поводу ХП делятся на 3 группы: 1) дренирующие проток оперативные вмешательства; 2) органосохраняющие иссечения части ПЖ; 3) крупномасштабные резекции ПЖ.

К дренирующим проток оперативным вмешательствам относится продольная цистоеюностомия в модификации Partington-Rochelle (рис. 6), иссечение части головки ПЖ по Фрею (Coring out procedure of Frey), псевдоцистоеюностомия (рис. 7).

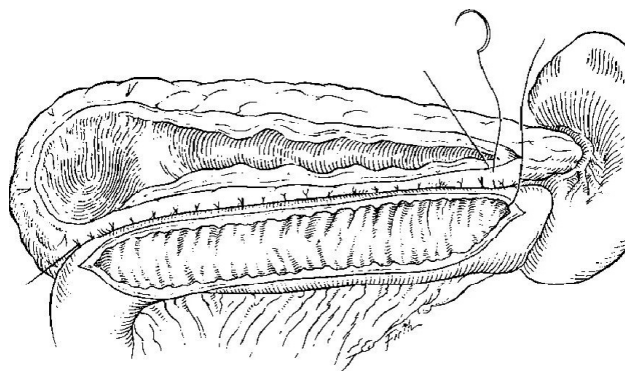


Рис. 6. Продольная цистоеюностомия

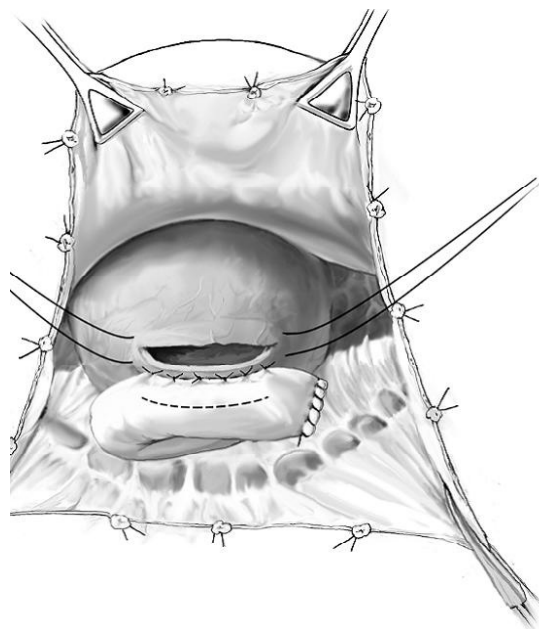


Рис. 7. Цистоеюностомия

Дренирующие оперативные вмешательства наименее инвазивные в данной группе лечебного пособия. Послеоперационная летальность (< 2 %) и риск развития в послеоперационном периоде сахарного диабета ми-

нимальны. Однако в течение первого года пациенты в 85 % наблюдений отмечают возврат болевого синдрома. К 5 годам послеоперационного периода болевой синдром сохраняется у 45—50 % больных [7].

Перечисленные хирургические вмешательства сопряжены с изменением изначальной анатомической архитектоники желудочно-кишечного тракта. С другой стороны, кистозные образования зачастую сочетаются и активно поддерживаются панкреатической гипертензией. Последняя является результатом стенозирования терминального отдела МППЖ, холедоха, большого дуоденального соска. Представляется логичным выполнение оперативного вмешательства, которое позволило бы осуществить дренирование кистозной полости, нормализовать панкреатическую и желчную гипертензию, сохранить функционально выгодную анатомическую архитектуру ЖКТ, уменьшить количество анастомозов. Все эти устремления могут быть реализованы при выполнении папилловирсунгоцистодуоденопластики (ПВЦДП) (рис. 8) [1].

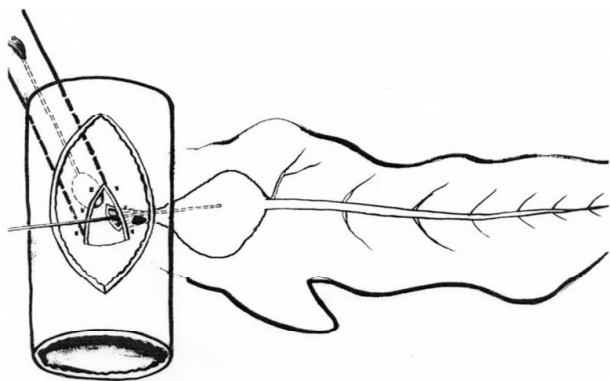


Рис. 8. Этапы папилловирсунгоцистодуоденопластики (ПВЦДП)

Органосохраняющие резекции включают в себя дуоденумсохраняющую резекцию головки ПЖ по Бегеру (рис. 9), дистальную резекцию ПЖ с сохранением селезенки, резекцию среднего сегмента ПЖ.

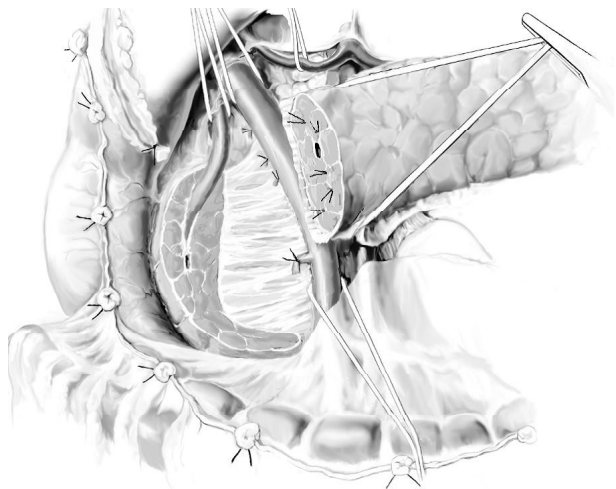


Рис. 9. Операция Бегера

Осложнения ближайшего послеоперационного периода включают в себя развитие послеоперационного панкреатита, несостоятельность панкреатоюноанастомоза, кровотечение из зоны манипулирования, кишечный и панкреатический свищи, абсцесс брюшной полости. Частота осложнений 2—8 %, по данным различных авторов [6, 7].

Отдаленные результаты дуоденумсохраняющей резекции головки ПЖ показывают исчезновение болевого синдрома у 91 % больных, повторные госпитализации по поводу острого панкреатита — у 12,5 %, профессиональную реабилитацию — у 69 % и развитие диабета — у 44 % [6, 7].

Обширные оперативные вмешательства, такие как операция Траверсо-Лонгмайера (пилоруссохраняющая резекция головки ПЖ), тотальная дуоденумсохраняющая панкреатэктомия и торакальная спланхнэктомия применяются в единичных случаях ввиду значительной травматичности, интраоперационной смертности и частоте возникающих послеоперационных осложнений. Подобные вмешательства считаются целесообразными при подозрении на малигнизацию на фоне длительного существования ХП. J. Heerdan, проанализировавший результаты хирургического лечения у лиц с крупномасштабными резекционными вмешательствами на ПЖ, указывает на 14 % смертности в послеоперационном периоде. Трех- и пятилетняя выживаемость составила 9 и 2,3 % соответственно [5].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, хронический панкреатит, сопряженный с нарушением морфологической структуры ПЖ, требует активной хирургической тактики ведения. Оперативные пособия традиционным лапаротомным доступом непросты и предполагают хирургическую агрессию высокой степени. В последние десятилетия с развитием методов видеоэндоскопического контроля и малоинвазивных способов хирургического лечения удается достичь положительного результата в лечении больных с ХП. Методы эндоскопической интервенционной хирургии становятся необходимым условием улучшения результатов лечения у больных со значительными структурными нарушениями ПЖ и содружественных органов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бебуришвили А. Г., Бурчуладзе Н. Ш., Зюбина Е. Н. // Хирургия. — 2004. — № 9. — С. 37—40.
2. Данилов М. В., Федоров В. Д. Хирургия поджелудочной железы: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1995. — 512 с.
3. Гальперин Э. И., Дюжева Т. Г., Ахаладзе Г. Г., Нуртудинов Р. М. // Хирургия. — 2006. — № 8. — С. 4—9.
4. Хронический панкреатит: Руководство для врачей / С. Ф. Багненко, А. А. Курыгин, Н. В. Рухляда, А. Д. Смирнов. — СПб.: Питер, 2000. — 416 с.
5. Федоров В. Д. и др. Хирургическая панкреатология: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1999. — 208 с.

6. Beger H. G., Matsuno S., Cameron J. L. Diseases of the pancreas. Current Surgical Therapy. — Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2008. — P. 949.

7. The Pancreas: An Integrated textbook of basic Science, Medicine, and Surgery, Second Edition / Ed. by H. G. Beger, A. L. Warshaw, M. W. Buchler, et al. // Blackwell Publishing Limited, 2008. — P. 1050.

Контактная информация

Бебуришвили Андрей Георгиевич — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии с курсом эндоскопической хирургии ФУВ ВолгГМУ, e-mail: beburishvili@mail.ru