

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

*А.В. Клименко, В.Н. Клименко, С.Н. Завгородний,
А.А. Стещенко, С.И. Воротынцев*

ПАРЕНХИМОСОХРАНЯЮЩАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ В ХИРУРГИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Запорожский государственный медицинский университет

Показания к операции у больных хроническим панкреатитом (ХП) и типы оперативных вмешательств являются в значительной мере дискуссионными. Цель – разработать паренхимосохраняющий тип оперативного вмешательства у больных ХП. Проанализированы результаты хирургического лечения 76 больных ХП в основной (n=39) и контрольной (n=37) группах, которые были репрезентативными по полу, возрасту, формам хронического панкреатита, экзо- и эндокринной недостаточности. В основной группе всем больным выполнена разработанная в клинике паренхимосохраняющая продольная тотальная панкреатовирсунгудоуденопапиллотомия с формированием панкреатоеюноуденостомии по Ру. В контрольной группе выполнялись резекционные вмешательства: пилоросохраняющая пнкреатодуоденальная резекция (ППДР) – у 8 (21,6%) пациентов, операция Бегера – у 11 (29,7%), операция Фрея – у 18 (48,7%). Применялись методы исследования: УЗИ, КТ, ЭРПХГ, ФГДС; определялись: С-пептид, эндогенный инсулин, паратгормон, онкомаркер СА 19-9; иммуноглобулин G, панкреатическая эластаза-1 в кале. В основной группе летальных исходов не было, у 2 (5,1%) пациентов было кровотечение из зоны панкреатоеюноанастомоза, потребовавшее релапаротомии. Проявления панкреатогенного диабета легкой степени через два года оставались у 3 (7,7%) больных, до операции – были у 18 (46,2%) (p<0,05). Только 7 (17,9%) пациентов продолжали принимать ферментные препараты, до операции их было 26 (66,7%) (p<0,05). В контрольной группе умер 1 (2,8%) больной после ППДР, у 3 (8,1%) было кровотечение из зоны панкреатоеюноанастомоза, что потребовало релапаротомии (после операции Бегера – 2, Фрея – у 1). После ППДР и операции Бегера прекратилась абдоминальная боль, но у всех наблюдалась тяжелая внешнесекреторная недостаточность (p<0,05) и панкреатогенный диабет (p<0,05). После операции Фрея болевой синдром оставался у 4 (10,8%) пациентов (p<0,05), экзокринная недостаточность – у 3 (8,1%) (p<0,05), панкреатогенный диабет – у 3 (8,1%) (p<0,05). Сравнительные данные основной и контрольной групп по количеству больных с экзо- и эндокринной недостаточностью в отдаленном периоде, а также показателям качества жизни указывают на достоверное преимущество предлагаемой паренхимосохраняющей операции в хирургии ХП.

Ключевые слова: хронический панкреатит, хирургическое лечение, качество жизни.

Несмотря на доминирующий характер консервативного лечения хронического панкреатита (ХП), прогрессивное течение этого заболевания на определенном этапе требует обязательного хирургического вмешательства [1, 3, 6]. Однако показания к операции и типы оперативных вмешательств являются в значительной мере дискуссионными, вследствие чего консервативное лечение нередко противопоставляется хирургическому [2]. Кроме того, способы хирургического лечения, отстаиваемые большинством хирургов и выполняющиеся на современном этапе (преимущественно резекционные вмешательства), с успехом решая ряд проблем ХП (устранение боли и протоковой гипертензии), значительно усугубляют уже имеющуюся к моменту операции экзо- и эндокринную недостаточность поджелудочной железы (ПЖ) [4, 5, 7].

Цель работы – разработать патогенетически обоснованный паренхимосохраняю-

щий тип оперативного вмешательства у больных ХП.

Материал и методы

Проанализированы результаты хирургического лечения 76 больных ХП в возрасте от 34 до 65 лет. Мужчин было 68 (89,5%), женщин – 8 (10,5%). Оперативные вмешательства выполнялись по поводу различных форм ХП (классификация А.А. Шалимова и соавт., 1997). Основная группа включала 39 (51,3%) пациентов, контрольная – 37 (48,7%), и по полу, возрасту, формам ХП, проявлениям экзо- и эндокринной недостаточности исследуемые группы пациентов были репрезентативными.

В основной группе (n=39) всем больным выполнена разработанная в клинике паренхимосохраняющая операция: продольная тотальная панкреатовирсунгудоуденопапиллотомия с формированием панкреатоеюноуденостомии по Ру.

Мужчин было 34, женщин – 5. Распределение по формам ХП: калькулезный – у 15 (38,5%), псевдотуморозный – у 13 (33,3%), фиброзно-кистозный – у 8 (20,5%), фиброзно-дегенеративный с вовлечением смежных органов и нарушением их функций – у 3 (7,7%).

Диаметр главного панкреатического протока от 5 до 8 мм определялся у 23 (58,9%) больных, от 9 до 12 мм – у 16 (41,1%). У 13 (33,3%) пациентов наблюдалась билиарная гипертензия, при этом диаметр общего желчного протока до 15 мм был у 11 (28,2%), 15-20 мм – у 4 (10,1%), механическая желтуха с показателями общего билирубина крови более 20 мкмоль/л (24,8 – 90,6 мкмоль/л) – у 12 (30,8%).

Длительность от начала заболевания ХП до хирургического лечения совпадала с периодом наблюдения у терапевта и у 23 (58,9%) больных составила от 5 до 8 лет, у 10 (25,6%) – от 3 до 12 и у 6 (15,4%) – от 13 до 15. Алкогольный генез ХП наблюдался у 36 (92,3%) пациентов, билиарный – у 2 (5,1%), невыясненный – у 1 (2,6%). У всех больных был тяжелый болевой синдром, у 18 (46,2%) – панкреатогенный диабет легкой и средней степени, у 26 (66,7%) – внешнесекреторная недостаточность ПЖ.

Контрольную группу составили 37 больных. Возраст пациентов – 34-63 года, мужчин – 34, женщин – 3. Распределение по формам ХП: калькулезный – у 16 (43,2%), псевдотуморозный – у 11 (29,7%), фиброзно-кистозный – у 10 (27,1%). Диаметр вирсунгова протока, показатели общего билирубина и длительность периода до хирургического лечения сравнимы с данными основной группы. У всех больных наблюдался тяжелый болевой синдром, у 15 (43,2%) – панкреатогенный диабет легкой и средней степени, у 21 (56,8%) – внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы. Пилоруссохраняющая панкреатодуоденальная резекция (ППДР) выполнена у 8 (21,6%) пациентов, операция Бегера – у 11 (29,7%), операция Фрея – у 18 (48,7%).

Применялись методы исследования: ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЕРПХГ), фиброгастродуоденоскопия (ФГДС); определялись: С-пептид, эндогенный инсулин, паратгормон, онкомаркер СА 19-9, иммуноглобулин G, панкреатическая эластаза-1 в кале.

Анестезиологическое обеспечение включало использование комбинированной анестезии, объединявшей низкопоточный наркоз севофлораном и грудную эпидуральную анестезию бупивакаином. В отдаленном периоде (2 года) после операций качество жизни оценивалось с использованием международного опросника MOS SF-36.

Результаты и обсуждение

В основной группе (n=39) летальных исходов после операций не было. У 2 (5,1%) пациентов было осложнение – кровотечение из зоны панкреатоеюноанастомоза, потребовавшее релапаротомии. На протяжении первых 4-6 месяцев после операции наблюдалась характерная УЗИ- и КТ-динамика, а именно: размеры ранее увеличенной головки ПЖ прогрессивно уменьшались и у 35 (89,7%) пациентов пришли к норме. У всех больных полностью прекратилась абдоминальная боль, а также диспепсический синдром, обусловленный нарушением пассажа по двенадцатиперстной кишке, холестазом, портальной гипертензией. Проявления панкреатогенного диабета легкой степени через два года после операции оставались у 3 (7,7%) больных, до операции – были у 18 (46,2%) (p<0,05). Только 7 (17,9%) пациентов продолжали принимать ферментные препараты в виде заместительной терапии, до операции их было 26 (66,7%) (p<0,05).

В контрольной группе (n=37) умер 1 (2,8%) больной после (ППДР) (несостоятельность панкреатоеюноанастомоза), еще у 3 (8,1%) пациентов было кровотечение из зоны панкреатоеюноанастомоза, что потребовало релапаротомии (после операции Бегера – у 2, Фрея – у 1). В отдаленном периоде (до двух лет) абдоминальная боль прекратилась у больных после ППДР и операции Бегера, но у всех наблюдалась тяжелая внешнесекреторная недостаточность и проявления панкреатогенного диабета: после операции Бегера – у 11 (29,7%) (p<0,05), ППДР – у 8 (21,6%) (p<0,05). После операции Фрея болевой синдром оставался у 4 (10,8%) (p<0,05), экзокринная недостаточность – у 3 (8,1%) (p<0,05), панкреатогенный диабет у 3 (8,1%) (p<0,05). Сравнивая данные основной и контрольной групп по количеству больных с экзо- и эндокринной недостаточностью в отдаленном периоде, определяется до-

стоверное преимущество предлагаемой операции нового типа, что указывает на эффективность паренхимосохраняющего направления в хирургии ХП.

Оценка качества жизни больных основной и контрольной групп по данным международного опросника MOS SF-36 представлена в таблице.

Значимая разница показателей качества жизни в основной и контрольной группах представлена на диаграмме (см. рис.), где по всем шкалам международного опросника MOS SF-36 наблюдается положительная оценка ($p < 0,05$) предлагаемой паренхимосохраняющей операции.

Данные проведенного исследования подтверждают версию о том, что существующая длительное время некорригированная панкреатическая протоковая гипертензия независимо от этиологических факторов (алкогольный, билиарный и др.), вызывает фиброзирование ПЖ с частым увеличением ее головки ("inflammatory mass"), тяжелую абдоминальную боль с дальнейшей наркозависимостью, экзо- и эндокринную недостаточность. В обобщенном виде показанием к операции является тенденция к расширению панкреатических протоков, подтверждаемых данными УЗИ, КТ, МРТ, ЭРПХГ, на фоне продолжающегося абдоминального болевого синдрома, несмотря на адекватно проводимое консервативное лечение. Конкретными пря-

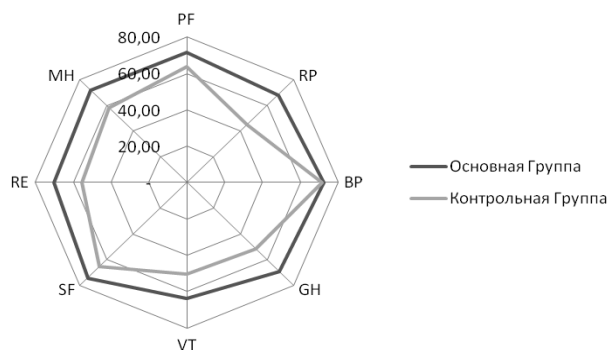


Рис. 3. Суммарная диаграмма оценки качества жизни больных основной и контрольной групп в отдаленном периоде после операций

мыми и аргументированными показаниями к хирургическому лечению являются анатомо-функциональные изменения ПЖ в виде расширения главного панкреатического протока 5-6 мм и более, появления на этом фоне первых признаков кистозной (ретенционной, постнекротической) трансформации паренхимы, экзо и/или экзокринной недостаточности.

Применение операции продольной тотальной панкреатовирсунгудоуденопапиллотомии с формированием продольного панкреатоеюнодуоденоанастомоза по Ру у больных хроническим панкреатитом позволило в отличие от резекционных вмешательств (операции Бегера, Фрея, ППДР) достоверно уменьшить в отдаленном периоде проявления экзокринной и

Показатели качества жизни больных основной и контрольной групп, по данным шкал MOS SF-36, баллы ($M \pm m$)

Таблица.

	Показатели в группах (баллы), $M \pm m$		P
	Основная (n=39)	Контрольная (n=37)	
Физическое функционирование – Physical Functioning	73,35 ± 1,6	60,95 ± 4,7	< 0,05
Ролевое функционирование, определяющееся физическим состоянием – Role-Physical Functioning	68,10 ± 3,1	45,0 ± 5,2	< 0,05
Интенсивность боли – Bodily pain	72,19 ± 1,5	71,3 ± 1,4	≤ 0,05
Общее состояние здоровья – General Health	68,93 ± 1,7	51,47 ± 4,6	< 0,05
Жизненная активность – Vitality	63,77 ± 1,1	50,2 ± 3,0	< 0,05
Социальное функционирование – Social Functioning	74,19 ± 2,4	65,45 ± 2,5	< 0,05
Ролевое функционирование, определяющееся эмоциональным состоянием – Role-Emotional	70,17 ± 4,0	55,37 ± 4,9	< 0,05
Психическое здоровье – Mental Health	71,96 ± 1,2	58,17 ± 3,9	< 0,05

ендокринної недостаточності, благодаря паренхимосохраняющему характеру оперативного вмешательства и полной протоковой декомпрессии.

Выводы

1. Хронический панкреатит, сопровождающийся протоковой гипертензией с расширением главного панкреатического протока больше 5-6 мм в диаметре и клиническим течением с проявлениями абдоминального болевая синдрома без эффекта от консервативного лечения, включая эндоскопическое, является показанием к оперативному вмешательству.

2. Продольная тотальная панкреатодуоденальная панкреатодуоденостомия с формированием продольной панкреатоеюнодуоденостомии по Ру является паренхимосохраняющей операцией, которая полностью устраняет абдоминальную боль, панкреатическую и билиарную протоковую гипертензию, дуоденальную обструкцию, сегментарную портальную гипертензию, восстанавливая физиологический пассаж желчи и сока поджелудочной железы в двенадцатиперстную кишку, и рассматривается как альтернатива резекционным операциям типа Бегера, Фрея, панкреатодуоденальной резекции.

3. Качество жизни больных хроническим панкреатитом в отдаленном периоде после предложенной операции (основная группа) по всем шкалам международного опросника MOS SF-36 достоверно лучше ($p < 0,05$) в сравнении с оперативными вмешательствами резекционного типа (контрольная группа).

ПАРЕНХИМОЗБЕРІГАЮЧА СПРЯМОВАНІСТЬ В ХІРУРГІЇ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

А.В. Клименко, В.М. Клименко, С.М. Завгородній, А.О. Стешенко, С.І. Воротишцев

Показання до операції у хворих на хронічний панкреатит (ХП) та типи оперативних втручань є в значній мірі дискусійними. Мета – розробити паренхимозберігаючий тип оперативного втручання у хворих на ХП. Проаналізовано результати хірургічного лікування 76 хворих ХП у основній ($n=39$) та контрольній ($n=37$) групах, що були репрезентативними за статтю, віком, формами хронічного панкреатиту, екзо- та ендокринної недостатності. В основній групі усім хворим виконана розроблена в клініці паренхимозберігаюча позовжня тотальна панкреатодуоденальная панкреатодуоденостомія з формуванням панкреатоеюнодуоденостомії за Ру. У контрольній групі виконувались резекційні втручання: пілорозберігаюча пнкратодуо-

денальная резекція (ППДР) – у 8 (21,6%) пацієнтів, операція Бегера – у 11 (29,7%), операція Фрея – у 18 (48,7%). Застосовувались методи дослідження: УЗД, КТ, ЕРПХГ, ФГДС; визначались: С-пептид, ендогенний інсулін, паратгормон, онкомаркер СА 19-9; імуноглобулін G, панкреатична еластаза-1 у калі. В основній групі летальних випадків не було, у 2 (5,1%) пацієнтів була кровотеча із зони панкреатоеюноанастомозу, що потребувала релапаротомії. Прояви панкреатогенного діабету легкого ступеня через два роки залишались у 3 (7,7%) хворих, до операції – були у 18 (46,2%) ($p < 0,05$). Тільки 7 (17,9%) пацієнтів продовжували приймати ферментні препарати, до операції їх було 26 (66,7%) ($p < 0,05$). В контрольній групі помер 1 (2,8%) хворий після ППДР, у 3 (8,1%) – була кровотеча із зони панкреатоеюноанастомозу, що потребувало релапаротомії (після операції Бегера – у 2, Фрея – у 1). Після ППДР та операції Бегера припинився абдоминальний біль, але в усіх спостерігалась тяжка зовнішньосекреторна недостатність ($p < 0,05$) та панкреатогенний діабет ($p < 0,05$). Після операції Фрея больовий синдром залишався у 4 (10,8%) пацієнтів ($p < 0,05$), екзокринна недостатність – у 3 (8,1%) ($p < 0,05$), панкреатогенний діабет – у 3 (8,1%) ($p < 0,05$). Порівняльні дані основної та контрольної груп за кількістю хворих з екзо- та ендокринною недостатністю у віддаленому періоді, а також показниками якості життя вказують на достовірну перевагу пропонованої паренхимозберігаючої операції в хірургії ХП.

Ключові слова: хронічний панкреатит, хірургічне лікування, якість життя.

PARENCHYMA-PRESERVING ORIENTATION IN SURGERY OF CHRONIC PANCREATITIS

A.V. Klimenko, V.N. Klimenko, S.N. Zavorodny, A.A. Steshenko, S.I. Vorotyntsev

Indications for surgery in patients with chronic pancreatitis (CP) and the types of surgical interventions are largely debatable. Purpose. Develop a type of parenchyma-preserving surgery in patients with chronic pancreatitis. Results of surgical treatment of 76 patients with CP in the core ($n=39$) and control ($n=37$) groups, which were representative of gender, age, forms of chronic pancreatitis, exo- and endocrine insufficiency. In the study group, all patients underwent developed in the clinic parenchyma-preserving longitudinal total pancreatoduodenal papilotomy with formation of pancreatojejunoduodenostomy by Roux. In the control group performed resection methods: pilorus – preserving pancreatoduodenal resection (PPDR) – in 8 (21.6%) patients, Bege procedure – 11 (29.7%), Frey operation – in 18 (48.7%). Ultrasound, CT, ERPHG, fibrogastroduodenoscopy; determined: C-peptide, the endogenous insulin, parathyroid hormone, oncomarker CA 19-9, immunoglobulin G, pancreatic elastase 1 in feces. In the study group were no deaths, 2 patients (5.1%) patients had bleeding from the area pancreatojejunostomosis which required relaparotomy. Manifestations of pancreatic diabetes mild in two years remained at 3 (7.7%) patients before surgery – were 18 patients (46.2%) ($p < 0,05$). Only 7 (17.9%) patients continued to take enzymes before their operation were 26 (66.7%) ($p < 0,05$). In the control group died 1 (2.8%) patient after PPDR, 3 (8.1%) had bleeding from the area pancreatojejunoa-

nastomosys that required relaparotomy (after surgery Beger – 2, Freya – 1). After PPDR and Beger operations abdominal pain stopped, but they all develop severe exocrine insufficiency ($p < 0,05$) and pancreatogenic diabetes ($p < 0,05$). After Frey surgery pain remained at 4 (10,8%) patients ($p < 0,05$), exocrine insufficiency – in 3 (8,1%) ($p < 0,05$), pancreatogenic diabetes – in 3 (8,1%) ($p < 0,05$). Comparative data of both groups by the number of patients with exo-and endocrine insufficiency in the late period, as well as quality of life indicators point to a significant advantage of the proposed parenhima – preserveing operation in surgery of CP.

Key words: chronic pancreatitis, surgical treatment, quality of life.

ЛИТЕРАТУРА

1. Велигоцкий Н.Н. Проблемы хирургического лечения хронического панкреатита / Н.Н. Велигоцкий, Д.В. Оклея // Международный медицинский журнал. – 2006. – Т. 12. – № 1. – С. 45-50.
2. Губергриц Н.Б. Хронический алкогольный панкреатит / Н.Б. Губергриц, Ю.А. Загоренко // Уч. зап. материалы II Междисциплинарного Российского конгресса «Человек, алкоголь и пищевые аддикции». – 2008. – С. 16-26.
3. Клименко В.Н. Выбор метода хирургического лечения больных хроническим панкреатитом. / В.Н. Клименко, А.В. Клименко // Анналы хир. гепатол. – 2008. – Т. 3. – № 13. – С. 166.
4. Копчак В.М. Дренирующие и резекционные операции в хирургическом лечении хронического панкреатита. / В.М. Копчак, И.В. Хомяк, К.В. Копчак, А.И. Зелинский // Анналы хир. гепатол. – 2008. – Т. 3. – №13. – С. 167-168.
5. Beger H.G. Diseases of the Pancreas. / H.G. Beger, S. Matsuno, J.L. Cameron. – Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2008. – 905 p.
6. Klymenko V. The New Principles of Surgery in Chronic Pancreatitis. 41st European Pancreatic Club (EPC) Meeting / V. Klymenko, A. Klymenko // Pancreatology. – 2009. – Vol. 9. – P. 462.
7. The quality of life in patients with chronic pancreatitis evaluated using the SF-12 questionnaire: a comparative study with the SF-36 questionnaire / R. Pezzilli, A.M. Morselli-Labate, L. Frulloni [et al.] // Dig. Liver Dis. – 2006. – Vol. 38. – P. 109-115.

Стаття надійшла 28.02.2011