ЭТАПНЫЙ ПРИНЦИП ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГОЛОВЧАТЫМ ПАНКРЕАТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Вовненко Кристина Вадимовна

ординатор, ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздравсоцразвития России, г. Тверь

E-mail: Kristina_vov@mail.ru

Чирков Роман Николаевич

д-р мед. наук, проф., ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздравсоцразвития России, г. Тверь

За последние 25 лет заболеваемость хроническим панкреатитом увеличилась в 18 раз и составляет 5—10 %. По данным литературы смертность от осложнений хронического панкреатита в течение последнего десятилетия достигает 35 %.

Внимание исследователей к хроническому панкреатиту объясняется также тем, что он является предрасполагающим состоянием для развития рака поджелудочной железы. Двадцатилетний анамнез у больных хроническим панкреатитом повышает риск развития рака поджелудочной железы в 5 раз.

Опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны составляют 15 % всех злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта и имеют тенденцию к увеличению [8].

Среди органов билиопанкреатодуоденальной зоны опухолью наиболее часто поражается поджелудочная железа – 63 %—86 %. Причем более 60 % новообразований приходится на головку поджелудочной железы [4]. Прогноз при раке поджелудочной железы один из самых неблагоприятных: пятилетняя выживаемость не превышает 5 %.

Статистика последних лет свидетельствует о неуклонном росте заболеваемости и смертности от рака поджелудочной железы. За последние 25 лет в индустриально развитых странах заболеваемость выросла более, чем в 3 раза и достигла уровня 9,0 на 100000 населения. В России этот показатель около 8,2 на 100000 населения. В структуре онкологических заболеваний рак поджелудочной железы занимает 9-е место, а среди опухолей желудочно-кишечного тракта находится на 3-м месте [4].

Если при хроническом головчатом панкреатите хирургическое вмешательство на поджелудочной железе применяются достаточно часто, то радикальные операции при раке поджелудочной железы выполняются все еще редко. Это объясняется не только распространенностью опухоли, но и высокой послеоперационной летальностью, обусловленной, как правило, возникновением печеночно-клеточной недостаточности, в следствие недостаточности панкреатоэнтероанастомоза или развитием послеоперационного панкреатита [1].

Несмотря на появление новых информативных методов диагностики рака головки поджелудочной железы, число курабельных больных остается невысоким и составляет 10 %—25 % [2].

У 90 % больных рак головки поджелудочной железы и хронический головчатый псевдотуморозный панкреатит сопровождаются рядом осложнений, в первую очередь механической желтухой [5]. Летальность после операций на фоне механической желтухи, осложненной печеночной недостаточностью и холангитом, достигает 60 %—80 % [6, 7].

Развитие механической желтухи у больных со злокачественными новообразованиями значительно отягощает течение основного заболевания и требует неотложных мер, направленных на декомпрессию желчевыводящей системы [3].

Развитие механической желтухи обычно свидетельствует о больших размерах опухоли и ее значительной распространенности, что обоснованно вызывает сомнения в возможности выполнения радикальной операции. Вместе с тем этот постулат не является абсолютным, поскольку у ряда пациентов после предварительной ликвидации билиарной гипертензии удается выполнить радикальное удаление опухоли. Вместе с тем, развитие механической желтухи объективно снижает резектабельность злокачественных образований [10].

В настоящее время арсенал оперативных методов коррекции механической желтухи достаточно велик и включает в себя:

- интраоперационные методы декомпрессии желчных протоков при проведении паллиативных и радикальных операций;
- эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию с эндоскопической папиллосфинктеротомией и назобилиарное дренирование;
- чрескожную чреспеченочную холангиографию с чрескожным чреспеченочным дренированием желчных протоков;
- различные варианты эндопротезирования желчных протоков;
- холецистостомию под контролем ультразвукового исследования, компьютерной томографии или видеолапароскопа [9].

Течение механической желтухи обычно не сопровождается болевым синдромом, однако, нередко осложняется проявлениями холангита различной степени выраженности и прогрессированием печеночно-клеточной недостаточности. Вследствие этого хирургические вмешательства у больных с механической желтухой сопровождается большим числом осложнений, а летальность достигает 15%—30 %, что в 4 раза выше, чем в тех случаях, когда механическую желтуху удастся ликвидировать до операции. Исходя из этого, своевременная ликвидация билиарной гипертензии относится к числу первоочередных задач в программе лечения больных со злокачественными новообразованиями поджелудочной железы и хроническими головчатыми панкреатитами [10].

Адекватная декомпрессия желчевыводящей системы может быть осуществлена при полноценном дооперационном обследовании пациентов, которое должно включать в себя оценку функционального состояния печени, выявление уровня блока оттока желчи, размеров и распространенности опухолевого процесса [8].

В настоящее время ряд отечественных и зарубежных авторов отмечают, что большинство больных с раком головки поджелудочной железы и с хроническим головчатым панкреатитом поступают в поздние сроки от появления механической желтухи, и поэтому считают оптимальным проведение лечения в два этапа [11, 12]. На первом этапе выполняют

временную внутреннюю или наружную декомпрессию билиарной системы с помощью различных методов желчеотведения, а на втором, после ликвидации механической желтухи, выполняют плановую операцию в объеме гастропанкреатодуоденальной резекции. Такая тактика лечения позволяет добиться уменьшения количества послеоперационных осложнений и снижения уровня летальности.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили данные ретроспективного анализа результатов хирургического лечения 94 больных хроническим панкреатитом головки поджелудочной железы. Средний возраст пациентов составлял 67 ± 2 —3 года. Пациенты условно были разделены на две группы, в первую группу входили пациенты с хроническим головчатым панкреатитом, осложненным синдромом механической желтухи – 35 (37 %) больных, во вторую – пациенты с хроническим панкреатитом без механической желтухи – 59 (65 %).

В первой группе всем пациентам ($n=35$) проводили этапное лечение. Первый этап включал в себя: наложение холецистоэнтероанастомоза ($n=29$), либо холецистостомы ($n=6$), с целью декомпрессии желчевыводящих путей. После ликвидации желтухи, в зависимости от концентрации конъюгированного билирубина, пациенты были разделены на две подгруппы. В первую подгруппу входили пациенты ($n=25$), у которых концентрация конъюгированного билирубина составляла 25—30 мкмоль/л, данные пациенты прооперированы в объеме гастропанкреатодуоденальной резекции.

У одного пациента развился холангит в послеоперационном периоде.

Вторую подгруппу составляли пациенты ($n=10$), у которых концентрация билирубина составляла 75—80 мкмоль/л, пациенты прооперированы также в объеме гастропанкреатодуоденальной резекции, у 3-х пациентов были осложнения в виде несостоятельности холецистоэнтероанастомоза.

Во вторую группу входили больные без синдрома механической желтухи ($n=59$), всем пациентам проводилась одномоментная

гастропанкреатодуоденальная резекция, из них 30 пациентам был наложен классический панкреатоэнтероанастомоз по Whipple, 29 пациентам был выполнен ротационный панкреатоэнтероанастомоз по оригинальной методике.

После формирования панкреатоэнтероанастомоза традиционным способом у 2 пациентов были осложнения в виде несостоятельности панкреатоэнтероанастомоза, перитонит у 1 пациента, некроз культи поджелудочной железы у 1 пациента.

Таким образом послеоперационная летальность составила 4 % (2 пациента) в случае наложения панкреатоэнтероанастомоза по оригинальной методике. При выполненных панкреатоэнтероанастомоза традиционным способом умер 1 пациент от перитонита, 1 от некроза культи поджелудочной железы.

Выводы. Таким образом, пациентам с хроническим головчатым панкреатитом, осложненным синдромом механической желтухи, необходимо применять этапный принцип хирургического лечения, при котором, первым этапом необходимо ликвидировать механическую желтуху, так, чтобы концентрация конъюгированного билирубина составляла бы не более 30 мкмоль/л, вторым этапом является выполнение гастропанкреатодуоденальной резекции.

Список литературы:

1. Алиев М. А., Баймаханов Б. Б., Рамазанов М. Е. и др. Результаты хирургического лечения больных опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны// *Анналы хирургической гепатологии*. Том 11. № 3. 2006. С. 32—33.
2. Артемьева Н. Н., Игнатов А. М., Коханенко Н. Ю. и др. Результаты хирургического и комплексного лечения рака поджелудочной железы// *Анналы хирургической гепатологии*. 1999. № 1. С. 34—39.
3. Земляной В. П., Непомнящая С. Л., Рыбкин А. К. Билиарная декомпрессия при механической желтухе опухолевого генеза// *Практическая онкология*. Т. 5. № 2. 2004. С. 18—19.

4. Косырев В. Ю. Профилактика несостоятельности и оценка функционирования билио- и панкреатодигестивных анастомозов после гастропанкреатодуоденальной резекции: Дис...канд.мед.наук. – М., 2001. С. 33—38.
5. Кубышкин В. А., Вишневский В. А., Айрапетян А. Т. и др. Дифференциальная диагностика рака поджелудочной железы // Хирургия 2000. С. 21—23.
6. Кубышкин В. А., Вишневский В.А. Рак поджелудочной железы. М., 2003. С. 15—17.
7. Кубышкин В. А. Хирургическое лечение хронического панкреатита с преимущественным поражением головки поджелудочной железы / Козлов И. А., Далгатов К. Д.// Хирургия. - 2006. - № 5. - С. 57.
8. Патютко Ю. И., Котельников А. Г. Хирургия органов билиопанкреатодуоденальной зоны/ Руководство для врачей/– Москва «Медицина» 2007. С. 255—260.
9. Andren — Sandberrg A. Giessen international workshop on interactions of exocrine and endocrine pancreatic diseases. / A. Andren — Sandberrg, P. D. Hardt // Jop. J Pancreas (Online) — 2005. Vol. 6 (4). P. 382—405.
10. Czako L. Interactions between the endocrine and exocrine pancreas and their clinical relevanc / L. Czako, H. Hegyi., J. Z. Rakonczay , Jr., Z. [et. all.] // Pancreatology — 2009. — vol. 9. (4) — P. 351—359.4.
11. Guscbieri A., Buess G., Perissat J. Operative manual of endoscopic surgery.- Springer-Verlag, 1993. - Vol.2. - 273 p.
12. Murai R.,Hasbig Ch., Kusujama A., Percutanius stenting for malignant biliary stenosis// Surgical endoscopy. – 1991. – Vol. 5 – 140 p.