

ПРОДОЛЬНАЯ ПАНКРЕАТОЕЮНОСТОМИЯ ПРИ ОСЛОЖНЁННОМ ТЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Пропп А.Р., Полуэктов В.Л.

Областная клиническая больница, г. Омск.

Омская государственная медицинская академия,
кафедра факультетской хирургии с курсом урологии

УДК: 616.37-002-036-06:616.343-089.86

Резюме

Статья посвящена проблеме хирургического лечения доброкачественных кистозных образований поджелудочной железы при осложнённом течении хронического панкреатита. Анализирован спектр осложнений у 135 пациентов с хроническими кистами поджелудочной железы, оперированных в объёме наружного (n=74), внутреннего (n=38) дренирования, резекционных методов (n=16) и изолированной цистэктомии (n=7). Нагноение кисты было у 47,4% пациентов. Наружное дренирование преобладало среди методов хирургического лечения (54,8%). Продольная панкреатоюностомия была выполнена у 25,2% пациентов с доброкачественными кистозными образованиями поджелудочной железы, несмотря на наличие осложнений (в том числе гнойных) хронического панкреатита. Отсутствие летальности и минимизация послеоперационных осложнений (n=1) подтверждает возможность и целесообразность выполнения продольной панкреатоюностомии у пациентов с осложнёнными кистами поджелудочной железы при наличии внутрипротоковой гипертензии.

Ключевые слова: ХП – хронический панкреатит, ПЖ – поджелудочная железа, ППЕС – продольная панкреатоюностомия, ПДР – панкреатодуоденальная резекция.

LATERAL PANCREAJEJUNOSTOMY WITH COMPLICATIONS OF CHRONIC PANCREATITIS

Propp A.R., Poluectov V.L.

The article features the problem of surgical treatment of pancreas benign cystic formations with complications of chronic pancreatitis. The spectrum of complications in 135 patients with chronic cysts of the pancreas, operated in the amount of external (n = 74), internal (n = 38) drainage, resection methods (n = 16) and isolated cystectomy (n = 7) was analyzed. Suppuration of the cyst was in 47.4% of patients. External drainage predominated among the methods of surgical treatment (54.8%). Lateral pancreajejunostomy was performed in 25.2% of the patients with benign cysts of the pancreas, despite the presence of complications (including septic) chronic pancreatitis. Absence of lethality and minimization of postoperative complications (n = 1) confirms the possibility and feasibility of the implementation of lateral pancreajejunostomy in patients with complicated cysts of the pancreas with the presence of intraduct hypertension.

Keywords: chronic pancreatitis, pancreas, lateral pancreatijejunostomy, pancreaduodenectomy.

Введение

В развитых европейских странах с хроническим панкреатитом (ХП) регистрируется около 5000 человек в год ежегодно. Заболевание характеризуется клинически наличием приступа острого панкреатита в анамнезе у 66% пациентов, развитием кистозных образований в 40% при встречаемости кальциноза в 65% и стриктур главного панкреатического протока в 10% случаев [13]. По статистике Комитета здравоохранения Москвы, заболеваемость ХП в период с 1993 по 1998 гг. удвоилась, а распространённость в России в настоящее время достигла таковой в европейских странах и по данным ряда авторов даже опережает их [6]. Рост заболеваемости ХП коррелирует с ростом летальности при нём, которая достигает в первые 10 лет 20% и при 20-летнем стаже заболевания – 50% и более [10].

Частота возникновения псевдокист поджелудочной железы (ПЖ) в первые 1,5 месяца после перенесенного острого панкреатита по данным разных авторов составляет 16–60% с количеством осложнений в 50%, а частота же выявления кист при ХП достигает 25–40%, при хроническом алкогольном панкреатите – 35–90%. [1, 4, 7, 15]. Через 3–6 месяцев после приступа острого панкреатита киста считается хронической [2, 5, 9]. Показаниями к оперативному вмешательству у 55–70% пациентов являются осложнения, которые в 20% заканчиваются летально [7]. Наиболее оптимальным оперативным вмешательством с

минимальным количеством осложнений и послеоперационной летальности является продольная панкреатоюностомия (ППЕС), показания к которой ограничены ввиду наличия осложнений ХП [3, 8, 11, 12, 14].

Цель исследования: 1. Проанализировать спектр осложнений доброкачественных кистозных образований поджелудочной железы при хроническом панкреатите. 2. Оценить возможности выполнения и результаты продольной панкреатоюностомии при осложнённом течении хронического панкреатита.

Материалы и методы

Анализируются результаты лечения 135 пациентов с осложнёнными кистозными образованиями ПЖ на фоне ХП, оперированных с 1999 по 2009 гг. в Областной клинической больнице г. Омска. Среди них мужчин было 89 (65,9%), женщин 46 (34,1%). Кисты в головке располагались у 45 (33,3%), теле – у 30 (22,2%), хвосте – у 43 (31,9%) и были множественной локализации – у 17 (12,6%) пациентов. 119 пациентов (88,1%) имели стаж ХП более 3 лет, 88 (65,2%) были ранее оперированы по поводу острого или ХП.

При анализе осложнённых кист ПЖ мы придерживались классификации С.Ф. Багненко (2000), где определены осложнения кист при ХП, явившиеся показанием к оперативному лечению [1]. Основным критерием включения в исследуемую группу было наличие вос-

палительных изменений со стороны стенки кисты или осложнений со стороны соседних с ПЖ органов. Критериями исключения были: паразитарные и опухолевые кисты, врождённый поликистоз, осложнения острого панкреатита в виде секвестрации и абсцедирования ПЖ, кисты с длительностью существования менее 3 месяцев после перенесенного острого панкреатита.

У 135 пациентов было диагностировано 184 осложнения за счёт того, что 38 пациентов (28,1%) имели по 2 и более осложнений одновременно. В таблице 1 представлено распределение осложнений у пациентов исследуемой группы.

Все 64 пациента с нагноением кисты поступили в неотложном порядке с жалобами на боли в верхних отделах живота и температурную реакцию. Среди них у 28 пациентов (20,7%) имел место небольшой стаж ХП (от 3 месяцев до года), из них 17 были ранее оперированы в объёме наружного дренирования сальниковой сумки. У 4 пациентов нагноение кисты произошло на 2–3-й день после эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии. Нарушение проходимости желудочно-кишечного тракта на уровне вертикальной (или нижнегоризонтальной) ветви 12-перстной кишки было у 19 пациентов с кистами головки ПЖ и на уровне связки Трейтца у 4 пациентов с большими кистами хвостового отдела ПЖ, наличием воспалительного инфильтрата с вовлечением начальных отделов тонкой кишки и созданием высокой кишечной непроходимости. Клинически декомпенсированный дуоденальный стеноз имел место всего лишь у 5 пациентов (3,7%). Причиной механической желтухи в 5 случаях была желчнокаменная болезнь. У 16 пациентов киста головки ПЖ осложнялась не только механической желтухой, но и нагноением (n=6), дуоденальным стенозом (n=7), сегментарной портальной гипертензией, сдавлением желудка с нарушением эвакуации и наружным панкреатическим свищом (n=1). Сочетание кисты

с дуоденальным стенозом и механической желтухой одновременно свидетельствовало о наличии рубцового поражения на уровне головки ПЖ. Сдавление желудка с нарушением эвакуации клинически проявлялось жалобами на чувство тяжести в эпигастральной области, переполнение желудка, тошноту, периодически рвоту, причём у 18 пациентов из 21 размер кисты был более 10 см. Все наружные панкреатические свищи (11,1%) у пациентов образовались после наружного дренирования кисты. Срок давности свищей варьировал в среднем от года до 3 лет. Синдром сегментарной портальной гипертензии (20,7%) был характерным проявлением длительно текущего ХП. 4 пациента с варикозным расширением вен кардиального отдела желудка и нижней трети пищевода имели многолетний стаж ХП, алкогольную зависимость и множественные кисты ПЖ, причём у 1 портальная гипертензия сочеталась с механической желтухой и инсулинозависимым сахарным диабетом. В механизме развития «панкреатогенного» асцита и плеврита мы не исключали наличие внутренней панкреатической фистулы. Кровотечение в полость кисты (цистоартериальная фистула) мы наблюдали у 2 пациентов (1,5%). В одном случае кровотечение из селезёночной артерии в кисту тела ПЖ размером 8 см имело место у 46-летнего мужчины, в другом цистоартериальная фистула размером 4 см была диагностирована у 33-летней женщины с локализацией в хвосте ПЖ. Клиническая симптоматика цистоартериальной фистулы соответствовала типичной картине осложнённого ХП с явлениями внешнесекреторной недостаточности на фоне выраженного болевого синдрома и анемии. Пенетрация кисты хвоста ПЖ в стенку полого органа имела место у 3 пациентов (2,2%), из них у 2-х пенетрация осложнилась кровотечением в просвет толстого кишечника и желудка. Перфорация кисты имела место у 4 пациентов (3%), из них у 2 – в брюшную полость с кровотечением, у 2 – в левое под-

Табл. 1. Распределение осложнений у пациентов с доброкачественными кистозными образованиями поджелудочной железы

Осложнения хронического панкреатита при кистозных образованиях поджелудочной железы	Количество и % осложнений у 135 пациентов (100%)
Нагноение кисты	64 (47,4%)
Стеноз на уровне 12-перстной кишки	23 (17%)
Механическая желтуха	21 (15,6%)
Сдавление желудка с нарушением эвакуации	21 (15,6%)
Наружный панкреатический свищ	15 (11,1%)
Синдром сегментарной портальной гипертензии, в том числе «панкреатогенный» асцит варикозное расширение вен пищевода «панкреатогенный» плеврит	28 (20,7%), в том числе: 19 (14%) 5 (3,7%) 4 (3%)
Кровотечение в кисту (цистоартериальная фистула)	2 (1,5%)
Пенетрация кисты в полый орган	3 (2,2%)
Перфорация кисты в брюшную полость	4 (3%)
Смешанный наружно-внутренний панкреатический свищ	3 (2,2%)

*Примечание: Количество осложнений превышает количество пациентов за счёт наличия у одного нескольких осложнений одновременно

диафрагмальное пространство с образованием поддиафрагмального абсцесса. Все пациенты с наличием смешанного наружно-внутреннего панкреатогастрального свища (2,2%) были ранее оперированы в объёме наружного дренирования кисты.

123 пациентам (91,1%) была выполнена мультиспиральная компьютерная томография. Дилатация главного панкреатического протока более 5 мм по данным компьютерной томографии из 123 была диагностирована у 51 пациента (41,5%) и вирсунголитиаз – у 35 (28,5%).

Наружное дренирование кисты ПЖ было выполнено 74 пациентам, из них 34 – миниинвазивно в качестве окончательного способа и 40 – «открытым» способом. Показаниями к наружному дренированию кисты были: нагноение кисты (n=60), отсутствие связи кисты с протоковой системой ПЖ (n=42), общее тяжелое состояние и необходимость выполнения «разгрузочного» этапа хирургического лечения (n=21). В 16 случаях нам пришлось отказаться от запланированного внутреннего дренирования протоковой системы ПЖ в пользу наружного ввиду наличия технических сложностей во время операции.

Внутреннее дренирование протоковой системы ПЖ выполнено 38 пациентам (28,1%), из них в объёме цистоеюностомии – 4, панкреатоцистогастростомии – 1 и ППЕС – 34. В большинстве случаев кисты имели не только сформированную стенку, но и фиброзную капсулу, а также парапанкреатический инфильтрат с нередким вовлечением селезёнки, желудка, левой половины толстой кишки, диафрагмы и других органов. Одним из условий выполнения ППЕС была индукция стенки ПЖ, достаточная для выполнения соустья, исключающего риск несостоятельности швов. У 2 пациентов при множественных кистах внутреннее дренирование сочеталось с наружным дренированием 2-й нагноившейся кисты. У 20 пациентов ППЕС выполнялась в сочетании с резекцией части ПЖ, в том числе головки (n=15) и хвоста (n=5). У 4 пациентов, оперированных в объёме ППЕС+ частичная резекция головки ПЖ, имела место ундулирующая механическая желтуха. Показания к ППЕС при осложнённом течении кист отображены в таблице 2.

Резекционные вмешательства в изолированном варианте были выполнены 16 пациентам (11,9%), из них в объёме дистальной резекции – 8, медиальной -1 и проксимальной (панкреатодуоденальной) – 7. Дистальная резекция в большинстве случаев выполнена по абсолютным показаниям, из них: при перфорации кисты в свободную брюшную полость (n=4) и при пенетрации кисты в полый орган (n=3). Медиальная резекция выполнена по поводу кисты тела ПЖ с наличием цистоартериальной фистулы. У пациентов, оперированных в объёме панкреатодуоденальной резекции, ведущим синдромом в клинике была механическая желтуха (в 2 случаях сочетавшаяся со стенозом на уровне 12-перстной кишки). Изолированная цистэктомия выполнена 7 пациентам при отсутствии сообщения кисты с главным панкреатическим протоком, из них в 1 случае – с дренированием желчных путей.

Табл. 2. Показания к продольной панкреатоеюностомии у пациентов с кистозными образованиями поджелудочной железы

Показания к продольной панкреатоеюностомии у 33 пациентов	Встречаемость признака
Дилатация ГПП более 5 мм	30
Стриктуры ГПП	22
Вирсунголитиаз, кальциноз ПЖ	25
Множественные кисты	6
Размер кисты более 10 см	9
Панкреатические свищи	8
Асцит	10
Нагноение кисты	4
Воспалительная опухоль головки	16
Дуоденостеноз	6
Сдавление желудка с нарушением эвакуации	7
Механическая желтуха	4

Результаты

По поводу послеоперационных осложнений оперировано 22 пациента (16,3%) с летальностью у 5 (3,7%). После наружного дренирования по поводу послеоперационных осложнений 14 пациентам выполнена 21 операция по поводу перитонита (n=11), желудочного кровотечения (n=2), абсцессов брюшной полости (n=6), острой кишечной непроходимости (n=1) и панкреатогенного асцита (n=1). Летальный исход был у 3 пациентов с гнойными осложнениями кисты ПЖ при тяжелой сопутствующей патологии и у 1 - с наличием внутреннего панкреатогастрального свища, сегментарной портальной гипертензии и кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода. Непосредственной причиной летальных исходов после наружного дренирования были: инфаркт миокарда (n=1), прогрессирующий перитонит (n=1), профузное желудочное кровотечение (n=1) и внутрибрюшное кровотечение из кисты ПЖ (n=1). После внутреннего дренирования повторно оперировано 3 пациента по поводу несостоятельности цистоеюностомы (n=1), недостаточности швов петли тонкой кишки, ведущей к панкреатоеюностоме (n=1), гемоперитонеума после ППЕС с частичной резекции головки ПЖ (n=1). Все релапаротомии после внутреннего дренирования закончились благоприятным исходом. После дистальной резекции ПЖ осложнения были у 3 пациентов в виде абсцессов брюшной полости (n=2) и гнойного перитонита (n=1). 2 пациента оперированы повторно после панкреатодуоденальной резекции: по поводу абсцесса брюшной полости (n=1) и несостоятельности панкреатоеюностомы (n=1) с 1 летальным исходом от тромбоэмболии легочной артерии.

Обсуждение

Одним из характерных признаков рецидивирующего ХП была множественность осложнений (28,1%), когда осложнения воспалительного характера (в первую

очередь, нагноение) сочетались с рубцово-дегенеративными осложнениями (механическая желтуха, стеноз двенадцатиперстной кишки, портальная гипертензия). В спектре осложнений преобладали гнойные (55–63%). Панкреатические свищи, являющиеся результатом ранее перенесенных неэффективных операций на фоне внутрипротоковой гипертензии, также осложняли течение ХП. Ряд осложнений диктовал неотложные показания к оперативному лечению (перфорация, кровотечение, нагноение, др.).

Эффективность хирургического лечения пациентов, оперированных по поводу рецидивирующего ХП, зависело от своевременности и адекватности устранения внутрипротоковой гипертензии. Наружное дренирование в общей структуре методов хирургического лечения (54,8%) доминировало. Изолированные резекционные вмешательства (11,9%) у пациентов с доброкачественными кистозными образованиями ПЖ при наличии рубцово-дегенеративных осложнений являлись вынужденными, когда альтернативы другим методам лечения не оставалось.

К сожалению, осложненное течение ХП не позволяло во всех случаях выполнять адекватную разгрузку протоковой системы ПЖ, что в свою очередь приводило к многоэтапности хирургического лечения. Несмотря на наличие осложнений ХП, в том числе гнойных, доля операций внутреннего дренирования составила 28,1%, из них в 25,2% случаев удалось выполнить ППЕС без летальности и с минимальным процентом осложнений.

Заключение

Основным методом хирургического лечения осложнённых кист ПЖ продолжает оставаться наружное дренирование. При наличии внутрипротоковой гипертензии наружное дренирование является неэффективным паллиативным вмешательством и должно выполняться только в качестве временного, «разгрузочного» этапа, что в свою очередь приводит к многоэтапности хирургического лечения. В ряде случаев при достаточной индукции паренхимы ПЖ, несмотря на осложнения кист, ППЕС выполняема с минимальным процентом осложнений. Осложнённое течение ХП не является противопоказанием к внутреннему дренированию протоковой системы ПЖ. Исключение многоэтапности из хирургического лечения пациентов с осложнённым течением ХП улучшает показатели лечения нозологии в целом.

Литература

1. Багненко С.Ф. Хронический панкреатит / С.Ф. Багненко, А.А. Курыгин, Н.В. Рухляда, А.Д. Смирнов. – Санкт-Петербург, 2000. – 416 с.
2. Вилявин Т.Д. Кисты и свищи поджелудочной железы / Т.Д. Вилявин, В.И. Кочиашвили, К.К. Калтаев. – М.: Медицина, 1977. – 192 с.
3. Данилов М.В. Повторные и реконструктивные операции при заболеваниях поджелудочной железы / М.В. Данилов, В.Д. Фёдоров. – М.: Медицина, 2003. – 424 с.
4. Данилов М.В. Хирургия поджелудочной железы / М.В. Данилов, В.Д. Фёдоров. – М.: Медицина, 1995. – 512 с.
5. Карагюлян Р.Г. Хирургическая тактика при постнекротических псевдокистах поджелудочной железы / Р.Г. Карагюлян // Хирургия. – 1972. № 7. – С. 6–10.
6. Маев И.В. Хронический панкреатит / И.В. Маев, А.Н. Казюлин, Ю.А. Кучерявый. – М.: Медицина, 2005. – 504 с.
7. Хронический панкреатит: современные концепции патогенеза, диагностика и лечение / А.А. Шалимов [и др.] – Киев: Здоровье, 2000. – 256 с.
8. Beger Hans G. The Pancreas / Hans G. Beger. et al., 2000. – Vol. 1. – 885 p.
9. Bradly E.L. The natural history of pancreatic pseudocysts: A unified concept of management / E.L. Bradly, J.L. Clements // Amer. J. Surg. – 1979. – Vol. 137, № 1. – P. 135–141.
10. Büchler M.W. Acute pancreatitis: Novel concepts in biology and therapy / M.W. Büchler, P. Maltertheiner - Berlin; Vienna: Blackwell Wissen-Schafts-Verlag, 1999. – 549 p.
11. Greenlee H.B. Role of surgery for chronic pancreatitis, its complications / H.B. Greenlee // Ann. Surg., – 1983. – P. 15:283.
12. Howard J.M. Surgical treatment of chronic pancreatitis in surgical diseases of the pancreas / J.M. Howard. – Philadelphia, 1987. – 564 p.
13. Levy P. Chronic Pancreatitis Incidence, Prevalence and Complications in France in 2003 / P. Levy [et al.] // 36th European Pancreatic Club (EPC) Meeting. Pancreatology 2004; 4:129–212.
14. Prinz R.A. Pancreatic drainage in 100 patients with intractable pain of chronic pancreatitis / R.A. Prinz, H.B. Greenlee // Ann. Surg., – 1981. – P. 194:313.
15. Williams K.J. Pancreatic pseudocysts: Recommendations for operative and nonoperative management / K.J. Williams, T.C. Fabian // Amer. Surg., – 1992. – Vol. 58, № 3. – P. 199–205.

Контактная информация

Пропп А.Р.
Омск, ул. Ленина, 12
Тел.: +7 (3812) 23-32-89