

РЕЗЕКЦИЯ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ИНДУРАТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА С ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**В.И. МАЛЯРЧУК, А.Е. КЛИМОВ, В.А. ИВАНОВ,
В.Ю. МАЛЮГА, В.А. КУЛАБУХОВ**

Кафедра хирургии Российского университета дружбы народов.
Ул. Вавилова, д. 61, Москва, Россия, 117292.

Статья посвящена актуальной проблеме хирургического лечения больных, страдающих хроническим индуративным панкреатитом с преимущественным поражением головки поджелудочной железы. Рассмотрены основные патологические процессы, происходящие в области головки поджелудочной железы. Приведена методика хирургических операций, выполняемых при данном поражении.

Ключевые слова: хронический панкреатит, индуративный, псевдотуморозный панкреатит, резекция головки поджелудочной железы.

Актуальность.

Проблема хирургического лечения хронического панкреатита является достаточно актуальной. Особенно остро стоит вопрос при лечении хронического панкреатита с преимущественным поражением головки поджелудочной железы. Хирургические вмешательства при преимущественном поражении головки поджелудочной железы очень сложны, и в большинстве случаев выполняется панкреатодуоденальная резекция.

Число выполняемых операций при хроническом панкреатите держится примерно на одном уровне в течение многих лет. По данным М.И. Кузина и М.В. Данилова (1985), за 20 лет было выполнено около 2000 операций при различных формах хронического панкреатита, однако 250 операций выполнено непосредственно на поджелудочной железе. По данным Ю.А. Нестеренко (1997) за 15 лет было выполнено 78 хирургических вмешательств на поджелудочной железе. При этом резекционные вмешательства были ограничены дистальной, субтотальной резекцией поджелудочной железы, и в редких случаях, по строгим показаниям, выполнялась панкреатодуоденальная резекция.

Существует достаточно много классификаций хронического панкреатита: Марсельская 1983, 1984, Кембриджская 1987, Марсельско-Римская 1988. Все эти классификации включают в себя определение острого панкреатита, хронического панкреатита с некоторой детализацией патологического процесса. Выделяется рецидивирующее течение, кисты поджелудочной железы, или этиологические причины хронического панкреатита: наличие калькулеза, момента обструкции панкреатического протока с развитием воспалительной реакции.

Существуют и многочисленные классификации только для хронического панкреатита, учитывающие срок заболевания, типы повреждения главного панкреатического протока, выявленные на основе данных ультразвуковой томографии, РХПГ, эндоскопической ультразвуковой томографии, данных компьютерной и магнитнорезонансной томографии.

По нашему мнению существенным дополнением к различным классификациям является выделение Н. Beger (1990) головчатого панкреатита (в нашей стране синонимами такого определения являются индуративный, псевдотуморозный) и выделение его этиологических причин: прием алкоголя, аденоматоз или полипы большого дуоденального сосочка и устья главного панкреатического протока, дистопия ткани поджелудочной железы в зоне большого дуоденального сосочка. В связи с этим становится понятным выделение головчатого панкреатита в особую группу. Более того, именно эти формы панкреатита могут быть излечены прямым хирургическим вмешательством на головке поджелудочной железы и большом дуоденальном сосочке. Хирургическому лечению подлежат 40% больных с такой формой хронического панкреатита. Причем доля операций с резекцией головки поджелудочной железы неуклонно растет. (Данилов М.В. 1995; Буриев И.М. 2000; Шалимов А.А. 2000). Наибольшим опытом применения резекции го-

ловки поджелудочной железы обладает Н. Beger (1990), который сообщил о выполнении им за период с 1972 по 1987 г. 128 подобных операций при так называемом головчатом хроническом панкреатите с непосредственной летальностью 0,8%.

Диагностическими критериями хронического головчатого панкреатита являются: головка поджелудочной железы более 4 см в диаметре, механическая желтуха, дуодено-стеноз.

Материалы и методы.

Хронический панкреатит - это полиэтиологическое хроническое воспаление поджелудочной железы, характеризующееся некрозом ацинарных клеток в результате их самопереваривания с развитием воспалительной реакции, разрастанием соединительной ткани и склерозом. Это следствие воспалительно-дегенеративных процессов в паренхиме поджелудочной железы, заключительной стадией которых является фиброз железы с почти полной утратой ее функции. Изменения захватывают все участки тканей, в том числе и протоки, приводя к их стенозу и полной обтурации (Гришин И.Н., 1993). Морфологические изменения при этом выглядят как деформация просвета протоков поджелудочной железы с образованием камней панкреатического протока, сгущение секрета, гнойные полости, отложения извести в паренхиме поджелудочной железы.

В течение последнего года наблюдалось 4 больных с хроническим индуративным панкреатитом с преимущественным поражением головки поджелудочной железы. Все пациенты были мужского пола. Средний возраст больных составил 40,5 лет (трудоспособный возраст). У всех больных отмечен в анамнезе перенесенный панкреонекроз, по поводу которого больные длительное время лечились стационарно. В связи с выраженной клинической картиной хронического панкреатита, трудно купирующимся болевым синдромом, явлениями механической желтухи у 1 больного, пациенты были госпитализированы в клинику для обследования и хирургического лечения.

Показания к оперативному вмешательству выставлялись по результатам обследования, принятого в нашей клинике, состоящего из ультразвуковой томографии (УЗТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ).

Прямыми ультразвуковыми критериями хронического головчатого панкреатита мы считаем визуализацию увеличенной головки поджелудочной железы более чем на 4 см, неоднородную ее экоструктуру, наличие кальцинатов в паренхиме головки поджелудочной железы, признаки блокады главного панкреатического протока, такие как наличие в нем конкрементов. Косвенными признаками хронического головчатого панкреатита, подтверждающими основной патологический процесс, являются панкреатикозктазия, наличие инфильтративно-жидкостных включений в сальниковой сумке, холангиозктазия, гепатомегалия, наличие псевдокист поджелудочной железы (рис. 1).



Рис.1 Ультразвуковые томограммы при хроническом панкреатите

Диагноз, устанавливаемый при ультразвуковой томографии, подтверждался данными магнитно-резонансной томографии. Исследование выполнялось в нескольких режимах, исследовались поперечные срезы, дающие объективную информацию о состоянии ткани головки поджелудочной железы, о состоянии главного панкреатического протока, пор-

тальной венозной системы. В дальнейшем оценивались сагиттальные срезы, дающие наиболее полную картину состояния желчевыводящих путей и протоков поджелудочной железы, оценивалось их взаимоотношение (рис. 2).

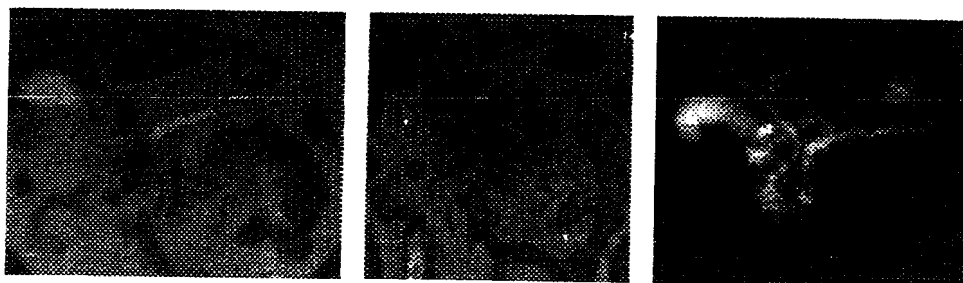


Рис. 2. Магнитно-резонансные томограммы при хроническом панкреатите

Исследование протоковых систем во время МРТ выполняется бесконтрастным способом. Сопоставление клинических данных, полученных при УЗТ и МРТ, позволяет с высокой точностью установить диагноз хронического индуративного панкреатита с поражением головки поджелудочной железы и установить показания для оперативного лечения.

Ультразвуковая томография в наших наблюдениях служит и дифференциально-диагностическим методом исключения онкологического поражения в головке поджелудочной железы. На кафедре хирургии разработаны специальные методики ультразвуковой диагностики опухолевых поражений головки поджелудочной железы, позволяющие с точностью до 98% установить правильный диагноз (В.А. Иванов 2000г.)

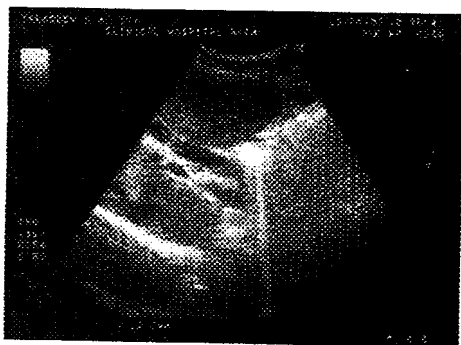


Рис. 3. Протез в просвете общего желчного протока.

Один больной в наших наблюдениях поступал с явлениями механической желтухи. С целью купирования желтухи больному был установлен протез в общий желчный проток (рис. 3), что позволило нормализовать биохимические показатели крови. Но на 3-м месяце после установки протеза отмечена его миграция в проксимальном направлении и нарастание явлений желтухи, что, наряду с клинической картиной: сохраняющиеся боли, гастростаз, — послужило показанием для оперативного лечения.

Резекция головки поджелудочной железы выполняется для устранения участка кальцинозно-измененной ткани железы либо стеноза или полной окклюзии дистальных отделов главного панкреатического протока вместе с фиброзно-измененной железой.

Хирургическое лечение при хроническом головчатом панкреатите в нашей клинике выполняется в двух вариантах: с резекцией головки поджелудочной железы, при которой остается капсула по задней поверхности поджелудочной железы, и с полной резекцией головки поджелудочной железы, при которой головка поджелудочной железы резецируется полностью.

В первом обнажается головка поджелудочной железы и подкова двенадцатиперстной кишки. По периметру надсекается капсула по передней поверхности головки поджелудочной железы и по границе предполагаемой резекции на уровне перешейка или тела

железы. После надсечения капсулы головка поджелудочной железы вытискивается со стороны подковы двенадцатиперстной кишки, преимущественно начиная с области крючковидного отростка. Главная задача при этом выделить из ткани головки поджелудочной железы дистальный отдел главного панкреатического протока и интрапанкреатический отдел общего желчного протока. Главный панкреатический проток пересекается и прошивается у двенадцатиперстной кишки атравматическими швами. После визуализации общего желчного протока и отделения ткани головки поджелудочной железы от последнего выполняется отсечение ткани поджелудочной железы в пределах здоровых тканей. При этом выделяется проксимальный отдел главного панкреатического протока. Капсула задней поверхности поджелудочной железы при этом сохраняется.

В дальнейшем через мезоколон проводится петля тонкой кишки, выполняется энтеротомия и формируется панкреатозэнтероанастомоз непрерывным атравматическим рассасывающимся швом по периметру удаленной головки поджелудочной железы. Обязательным моментом операции является формирование наружной панкреатикостомы (рис. 4).

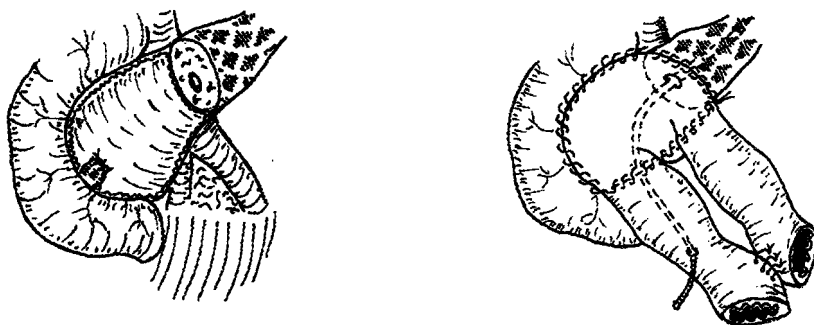


Рис. 4. Схема первого варианта резекции головки поджелудочной железы

Во втором случае выполняется резекция головки поджелудочной железы с иссечением капсулы (рис. 5). Таким образом, во время операции создается ситуация с полным поперечным пересечением поджелудочной железы. Реконструктивный этап в этих случаях сводится к формированию прецизионного панкреатикозэнтероанастомоза с наружной панкреатикостомой на одной части кишечной петли (как при панкреатодуоденальной резекции), остаток капсулы по периметру вшивается в энтеротомическое отверстие на другой ветке кишечной петли.

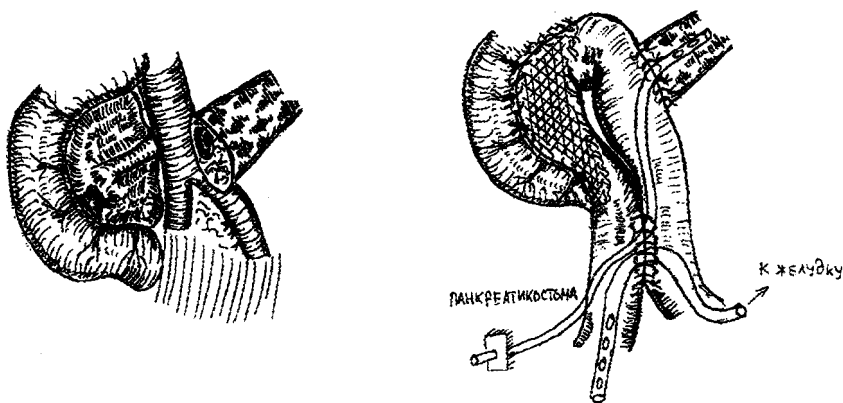


Рис. 5. Схема второго варианта резекции головки поджелудочной железы

Любой вид операции заканчивается формированием межкишечного анастомоза и проведением зонда в отводящую петлю тонкой кишки для энтерального питания в послеоперационном периоде.

Результаты.

По первому типу в нашей клинике оперировано 3 больных и по второму типу один больной. Послеоперационный период протекал благополучно. Все больные выписаны на амбулаторное долечивание.

В отдаленном периоде больные обследованы в сроки от 3 до 9 месяцев. Пациенты жалоб не предъявляют, все больные вернулись к прежней работе. Двое больных остаются на поддерживающей заместительной ферментной терапии.

Обсуждение и выводы.

Таким образом, хронический индуративный панкреатит с преимущественным поражением головки поджелудочной железы достаточно часто встречающееся заболевание, основной этиологической причиной которого является перенесенный ранее панкреонекроз. Основными клиническими проявлениями данного заболевания являются признаки механической желтухи, болевой синдром и симптомы дисфункции ферментной недостаточности.

Основными методами диагностики данного заболевания, помимо общеклинических исследований, являются УЗТ и МРТ. С целью дифференциальной диагностики хронического панкреатита и онкологического поражения головки поджелудочной железы разработаны специальные методики ультразвуковой томографии с осмотром большого дуоденального сосочка и дистального отдела холедоха.

Ферментная заместительная терапия малоэффективна в связи с тем, что в основе патогенеза заболевания лежит блок панкреатического протока с затруднением выделения панкреатического секрета.

Формирование панкреатикодигестивных анастомозов, как метод оперативного лечения, может дать временный положительный эффект, так как вскоре наступает облитерация анастомоза и распространение склеротического поражения поджелудочной железы не только в области головки, но и на всем протяжении железы, что ведет к еще большему нарастанию клинической симптоматики (ферментной недостаточности и болевому синдрому).

Единственно правильным решением, с нашей точки зрения, является радикальная операция, заключающаяся в удалении пораженных участков головки поджелудочной железы с формированием панкреатоэнтероанастомоза, что обуславливает свободное поступление панкреатического сока в просвет кишечника.

Литература

1. *Alikowska M., Gasiorowska A., Malecka-Panas E.* - Comparison of selected clinical data in patients with chronic pancreatitis hospitalized in 1981 - 1984 and 1990 - 1996. Dept of Digestive Tract Diseases and Metabolic Disorders, Medical University of Lodz, - Lodz, Poland. - November 1999. - P. A318.
2. *Beger H.G., Schlosser W.* - Duodenum-preserving pancreatic head resection the tissue sparing duct drainage procedure. Department of General and Visceral Surgery, University of Ulm, Germany. - Endoscopy - 2000; - 32(Suppl1). - E14.
3. *Chareton B., Foglia M., Gurrard O., Stasik C., Spiliopoulos G., Campion J.P., Launois B.* - Resection in Chronic Pancreatitis. A Retrospective Study with 154 Patients with Special Reference to 20 Years and 10 Years Survival. Department of Digestive Surgery, CHR Pontchaillou, Rue Henri Le Guilloux, 35033 Rennes, France. - 5th UEGW, - 2-6 November 1996, - Paris - P 45 1007.
4. *Chareton B., Foglia M., Gurrard O., Stasik C., Spiliopoulos G., Campion J.P., Launois B.* - Resection in Chronic Pancreatitis. A Retrospective Study with 154 Patients with Special Reference to 20 Years and 10 Years Survival. Department of Digestive Surgery, CHR Pontchaillou, Rue Henri Le Guilloux, 35033 Rennes, France. - 5th UEGW, - 2-6 November 1996, - Paris - P 45 1007.
5. *Warshaw A.L.* - Surgery for pain in chronic pancreatitis. Department of Surgery, Massachusetts General Hospital, Boston, United States, - p. A20 - November 1999.
6. *Бурцев И.М., Данилов М.В., Цвиркун В.В., Карапетян И.Р., Кармазановский Г.Г., Кунцевич Г.И., Гусева Е.Б., Саввина Т.В.* - "Хирургия органов гепатопанкреатобилиарной зоны". Материалы международной

конференции хирургов, посвященной 80-летию профессора Владимира Владимировича Виноградова, - 2000, - с. 79-80.

7. Данилов М.В., Федоров В.Д. - Хирургия поджелудочной железы. - Медицина, Москва, 1995.
8. Ионин В.П., Талипов Р.Т., Маркарян Р.Г., Борисов Б.Я. - Международная конференция "Новые технологии в диагностике и в хирургии органов билиопанкреатодуоденальной зоны". - Сборник трудов, - Москва 1995, - с. 79-80.
9. Красильников Д.М., Салмзянов Ш.С. - "Хирургия органов гепатопанкреатобилиарной зоны"- Материалы международной конференции хирургов, посвященной 80-летию профессора Владимира Владимировича Виноградова, - 2000, - с. 102-103.
10. Кузин М.И., Данилов М.В., Благовидов Д.Ф. Хронический панкреатит. - Медицина, Москва, 1985.
11. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. - Медицина, Москва, 1990.
12. Нестеренко Ю.А., Глабай В.П., Шаповальянц С.Г. Хронический панкреатит. - Россия, Москва, 1997.
13. Скуя Н.А. Заболевания поджелудочной железы. - Медицина, Москва, 1986.
14. Шалимов А.А., Копчак В.М., Тодуров И.М., Дронов А.И., Хомяк И.В. - "Хирургия органов гепатопанкреатобилиарной зоны"- Материалы международной конференции хирургов, посвященной 80-летию профессора Владимира Владимировича Виноградова, -2000, - с. 126 - 127.

PANCREATIC HEAD RESECTION AS A METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC INDURATIVE PANCREATITIS WITH PANCREATIC HEAD INVOLVMENT

**V.I. MALARCHUK, A.E. KLIMOV, V.A. IVANOV,
V.U. MALUGA, V.A. KULABUCHOV**

**Russian university of peoples friendship, department of general surgery
Vavilova str., 61, Moscow, Russia, 117292.**

This article is about actual problem of surgical treatment of patients with chronicle indurative pancreatites when pancreas head is involved. Main pathological processes in pancreatic head are described. Methods of surgical operations in such case are presented.