РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЗЕКЦИИ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Пропп А.Р., Полуэктов В.Л., Вьюшков Д.М., Никулина С.А.
Областная клиническая больница, г. Омск.
Омская государственная медицинская академия, кафедра факультетской хирургии с курсом урологии

УДК: 616.37-002-036.12-089.87

Резюме

Статья посвящена проблеме хирургического лечения хронического панкреатита с преимущественным поражением головки. Анализированы показания и непосредственные результаты 58 резекций головки поджелудочной железы с летальностью 1,7% и послеоперационными осложнениями у 10,3%. Панкреатодуоденальная резекция выполнена 37 пациентам. Показанием к операции в более половине случаев была невозможность исключения рака. Резекция головки поджелудочной железы с сохранением двенадцатиперстной кишки выполнена в варианте по Frey 16 и в Бернском варианте операции Beger – 5 пациентам. Подобные операции позволяют не только удалить воспалительные массы головки поджелудочной железы, но и устранить все осложнения хронического панкреатита. Субтотальная резекция головки поджелудочной железы является оптимальным методом хирургического лечения хронического панкреатита, но требует изучения отдаленных результатов.

Ключевые слова: ХП – хронический панкреатит, ПДР – панкреатодуоденальная резекция.

RESULTS OF RESECTION OF THE PANCREATIC HEAD IN CHRONIC PANCREATITIS

Propp A.R., Poluectov V.L., Vjushcov D.M., Niculina S.A.

Article is devoted a problem of surgical treatment of a chronic pancreatitis with primary defeat of a head. Analyzed the indications and immediate results of 58 resections of the pancreatic head with a mortality rate 1,7% and postoperative complications in 10,3%. Pancreaticoduodenectomy is executed to 37 patients. The impossibility of an exception of a cancer was the indication to operation in more half of cases. Resection of pancreatic head with preservation of the duodenum is made in the form of Frey 16 and in the Bernese version operations Beger – 5 patients. These operations can not only remove the inflammatory mass of pancreatic head, but also to remove all the complications of chronic pancreatitis. Subtotal resection of the pancreatic head as one of the best methods of surgical treatment of chronic pancreatitis requires the study of long-term results.

Keywords: chronic pancreatitis, pancreaticoduodenectomy.

Введение

Методы хирургического лечения хронического панкреатита (ХП) за последние десятилетия претерпевают эволюционные изменения в сторону органосохраняемости [7, 8, 9, 10, 13]. Впервые панкреатодуоденальная резекция (ПДР) при ХП была выполнена в 1941 г. В.Н. Шамовым [2]. Период повышенного радикализма в хирургическом лечении ХП с поражением головки поджелудочной железы (ПДР и тотальная дуоденопанкреатэктомия) занял несколько десятилетий [1]. Основным показанием к ПДР при ХП являлась невозможность исключения рака головки поджелудочной железы. Длительное время стандартная (1943 г., Whipple operation – PDE) и пилоросохраняющая ПДР (1978 г., Traverso-Longmiyer operation – pylorus preserving pancreaticoduodenectomy – PPPD) являлись основными методами хирургического лечения «головчатого» панкреатита [5, 11].

Резекция головки поджелудочной железы по Beger (1972 г., duodenum preserving pancreas head resection – DPPHR) и частичная резекция по Frey с продольной панкреатоеюностомией (1987 г., Frey's longitudinal pancreaticojejeunostomy combined with local pancreatic head excision – LPJ-LPHE) позволили устранить осложнения ХП без резекции двенадцатиперстной кишки [3, 4, 6, 15].

В 2003 году G. Farkas представил результаты 30 операций в объеме дуоденумсохраняющей резекции головки поджелудочной железы в объеме субтотальной. По данным G. Farkas, увеличение головки поджелудочной железы за счет воспалительной массы имеет место у 20-30% пациентов с ХП [12]. Показанием к хирургическому лечению кроме болевого синдрома являются обтурация главного панкреатического протока, стриктура общего желчного протока и стеноз двенадцатиперстной кишки. Целью хирургического лечения ХП по G. Farkas является: устранение болевого синдрома и осложнений со стороны соседних с поджелудочной железой органов, сохранение ее эндокринной и экзокринной функций с расчетом на улучшение качества жизни. Операция Фаркаша заключается в широкой резекции головки поджелудочной железы с удалением воспалительной массы и декомпрессии органов, включая интрапанкреатический сегмент общего желчного протока (при наличии желтухи). Операция включает в себя мобилизацию двенадцатиперстной кишки по Кохеру и головки поджелудочной железы без пересечения ее над воротной веной, лигирование панкреатодуоденальных артерии и вены, субтотальную резекцию головки поджелудочной железы с оставлением 10 мм ткани поджелудочной железы по заднему ее краю в ширину и ободка 5–10 мм вдоль двенадцатиперстной кишки. Оставшаяся часть поджелудочной железы анастомозируется с петлей тощей кишки по Ру. Представленные ближайшие (средняя длительность операции 175 мин., отсутствие осложнений и летальности, средний койко-день 8±5) и отдаленные результаты операции Фаркаша (через 10 месяцев – уменьшение боли, увеличение веса на 8–9 кг, улучшение экзокринной функции поджелудочной железы) позволяют считать данный метод хирургического лечения ХП перспективным [12]. Основным преимуществом операции Фаркаша (практически аналогичны описываемые в литературе Бернский вариант

операции Beger, 2000г. и расширенная операция по Frey, 2003 г.) является возможность радиального удаления воспалительной массы головки поджелудочной железы с резекцией ее в объеме субтотальной и восстановлением проходимости главного панкреатического, общего желчного протоков и двенадцатиперстной кишки [12, 14, 16].

Материалы и методы

В объеме резекции головки поджелудочной железы по поводу ХП, по материалам двух клиник г.Омска (Областной онкологический диспансер и Областная клиническая больница), оперировано 58 пациентов: 49 мужчин и 9 женщин. Возраст оперированных колебался от 31 до 70 лет и в среднем составил 43,8 года. 36,2% пациентов были ранее оперированы на органах панкреатобилиарной системы в объеме: 17 наружных дренирований кисты поджелудочной железы (из них у двух – по поводу травмы, у двух – в сочетании с билиодигестивным анастомозом, у одного – с холецистэктомией), двух билиодигестивных анастомозов по поводу механической желтухи, двух холецистэктомий (из них у одного – с дренированием общего желчного протока, у одного – с папиллосфинктеротомией). На момент поступления в клинику 47 пациентов (81%) имели осложнения. Механическая желтуха встретилась у 30 пациентов, дуоденальный стеноз – у 14, наружный желчный свищ – у одного, панкреатические свищи – у четырех (из них смешанный панкреатогастральный – у одного), цистоартериальная фистула – у одного, нагноение кисты – у двух и перфорация кисты хвоста поджелудочной железы с образованием поддиафрагмального абсцесса – у одного пациента. В ряде случаев имело место сочетание осложнений: у 9 пациентов механическая желтуха сочеталась с дуоденальным стенозом, у 6 имела место сегментарная портальная гипертензия со сдавлением (± стеноз) селезеночной вены, расширением варикозных вен и асцитом.

ПДР была выполнена 37 пациентам (из них 10 – в пилоросохраняющем варианте), резекция головки поджелудочной железы с сохранением двенадцатиперстной кишки – 21. Во всех случаях ПДР выполнялась при наличии псевдоопухолевого узла в головке поджелудочной железы. Показаниями к ПДР были:

1. Невозможность исключения неопластического процесса в головке поджелудочной железы (n=20);
2. Имеющиеся выраженные фиброзные изменения в головке поджелудочной железы при наличии сочетания нескольких осложнений со стороны соседних органов (n=12, в том числе механической желтухи и дуоденостеноза – у 8, механической желтухи и сегментарной портальной гипертензии – у четырех);
3. Цистоартериальная фистула с кровотечением из кисты головки поджелудочной железы (n=1);
4. Неэффективность ранее выполненных паллиативных вмешательств (n=4). В данную группу вошли 2 пациента с наличием второго на момент поступления в клинику осложнения (дуоденостеноз) после ранее паллиативного устранения первого (билиодигестивный анастомоз по поводу механической желтухи) и 2 – с наличием свищей после неэффективного наружного дренирования (один наружный желчный и один панкреатический свищи головки поджелудочной железы).

Частичная резекция головки поджелудочной железы по Frey с продольной панкреатоеюностомией была выполнена 16 пациентам. Показанием к операции было наличие воспалительной опухоли головки поджелудочной железы, являющейся причиной обструкции и кистозного расширения главного панкреатического протока. В четырех случаях частичная резекция головки поджелудочной железы была выполнена с глубоким иссечением рубцово-воспалительной ткани головки и крючковидного отростка при механической желтухе. Из них у двух пациентов операция выполнена со вскрытием терминального отдела общего желчного протока и созданием общего панкреатобилиодигестивного соустья.

Первая субтотальная резекция головки поджелудочной железы в Бернском варианте операции Beger в нашей клинике была выполнена в 2010 году проф. В.И. Егоровым (Москва, ин-т. Хирургии им. А.В. Вишневского). Среди пяти оперированных в объеме субтотальной резекции головки поджелудочной железы пациентов мужчин было четыре и женщина – одна. У четырех пациентов в анамнезе было 9 ранее перенесенных операций (у трех – по поводу острого панкреатита и у одного – по поводу рубцовой стриктуры общего желчного протока и механической желтухи). У трех пациентов имелись недавно перенесенные гнойные осложнения ХП. После резекционного этапа операционное поле выглядит в виде корытообразного углубления, дном которого является оставшаяся в виде рубцово-фиброзного каркаса задняя пластинка поджелудочной железы (см. рисунок). Объем удаляемой ткани зависел от размеров головки поджелудочной железы и составлял в среднем 2–3×4–5 см. На восстановительном этапе четырем пациентам с наличием стриктур и конкрементов в области хвостовой части поджелудочной железы выполнена продольная панкреатоеюностомия, одному – с отсутствием стриктур и равномерным расширением главного панкреатического протока до 1 см – терминолатеральная панкреатоеюностомия. В большинстве случаев во время операции применялся «Тахокомб».

Результаты

Повторно по поводу послеоперационных осложнений оперировано 6 пациентов (10,3%). Из них после ПДР оперировано: два – по поводу несостоятельности панкреатикоеюностомы и один – по поводу непроходимости гастроэнтероанастомоза на уровне отводящей петли. После резекции головки поджелудочной железы с сохранением двенадцатиперстной кишки повторно оперировано: два – по поводу гемоперитонеума и один – по поводу несостоятельности панкреатикоеюностомы.

Завершение резекционного этапа субтотальной резекции головки поджелудочной железы

Летальный исход от тромбоэмболии легочной артерии был у 1-ой (1,7%) пациентки на 32-й день после ПДР.

Обсуждение

Низкие показатели летальности и послеоперационных осложнений хирургического лечения ХП с преимущественным поражением головки поджелудочной железы коррелируют с данными большинства литературных публикаций. Резекция головки поджелудочной железы является сложным хирургическим вмешательством, требующим прецизионной техники. Для предупреждения осложнений в виде гемоперитонеума необходим более тщательный гемостаз, а также использование «Тахокомба». Доля послеоперационных осложнений после резекции головки поджелудочной железы, связанных с несостоятельностью панкреатодигестивного соустья, относительно невысока (5,2%) и равномерно распределена среди всех методов без и с сохранением двенадцатиперстной кишки Исключением считается ПДР, при которой травматизм и соответственно процент послеоперационных осложнений выше. Операция по Frey по сравнению с ПДР является менее травматичной. Частичную резекцию головки поджелудочной железы по Frey следует рассматривать в качестве резекционного дополнения дренирующей операции (продольной панкреатоеюностомии), устраняющей внутрипротоковую гипертензию после ревизии главного панкреатического протока на всем протяжении. По объему удаляемой паренхимы резекция головки поджелудочной железы с сохранением двенадцатиперстной кишки может быть частичной и субтотальной. Необходимым условием хирургического вмешательства является адекватное устранение всех имеющихся осложнений в виде компрессии соседних органов. Субтотальная резекция головки поджелудочной железы является одним из оптимальных методов хирургического лечения ХП, отдаленные результаты которого требуют долгосрочного анализа.

Заключение

Воспалительная опухоль головки поджелудочной железы при ХП – причина не только обтурации главного панкреатического протока, но и осложнений со стороны соседних с поджелудочной железой органов, что является показанием к ее резекции. Резекция головки поджелудочной железы с сохранением двенадцатиперстной кишки имеет преимущество перед более травматичной ПДР. Объем удаляемой части головки поджелудочной железы зависит от выраженности фиброзно-склеротических изменений, наличия и характера осложнений со стороны соседних органов. Субтотальная резекция головки поджелудочной железы позволяет полноценно устранить все осложнения ХП и является операцией выбора. Необходимо изучение отдаленных результатов данного метода. Единственное неоспоримое показание к ПДР – это невозможность исключения рака.

Литература

1. Данилов М.В. Хирургия поджелудочной железы / М.В. Данилов, В.Д. Федоров. – М.: Медицина, 1995. – 512 с.
2. Хронический панкреатит: современные концепции патогенеза, диагностика и лечение / А.А. Шалимов и др. – Киев: «Здоровье», 2000. – 256 с.
3. Beger H.G. Duodenum-preserving resection of the head of the pancreas in severe chronic pancreatitis. Early and late results. / H.G. Beger et al. // Ann. Surg. 1989. 209: 273–279.
4. Beger H.G. Duodenumpreserving head resection in chronic pancreatitis changes the natural course of the disease: a single-center 26-year experience / H.G. Beger et al. // Ann. Surg. 1999. 230: P. 512–519.
5. Braasch J.W. Pylorus-preserving pancreatoduo¬denectomy-technical aspects / J.W. Braasch, M. Gagner // Arch. Chir. 1991. 376. №1. – P. 50–58.
6. Buchler M.W. Duodenum preserving resection of the head of the pancreas: a standard procedure in chronic pancreatitis / M.W. Buchler et al. // Chirurg. 1997. 68. –P. 364–371.
7. Cameron J. 145 consecutive pancreaticoduodenectomies without mortality / J. Cameron et al. // Ann. Surg. 1993. 217: 5: P. 430–438.
8. DeAngelis C. Histological study of alcoholic, nonalcoholic, obstructive band chronic pancreatitis / C. DeAngelis et al. // Pancreas. 1992. Vol. 7. P. 193.
9. Debas H.T. Gastrointestinal surgery: pathophysiology and management / H.T. Debas – Springer-Verlag New York. 2004. – 391 p.
10. Diseases of the Pancreas: Current Surgical Therapy / H.G. Beger et al. – Germany, 2008. – 949 p.
11. Eddes E.H. Effect of duodenum-preserving resection of the head of the pancreas on endocrine and exocrine pancreatic function in patients, with chronic pancreatitis / E.H. Eddes et al. // Am. J. Surg. 1997. 174: 387–92.
12. Farkas G. Organ-preserving pancreatic head resection in chronic pancreatitis / G. Farkas et al. // British Journal of Surgery. 2003. Vol.90. P. 29–32.
13. Forsmark Chris E. Pancreatitis and Its Complications (Clinical gastroenterology) / Chris E. Forsmark – Printed in the United States of America. New Jersey. 2004. – 338 p.
14. Frey C.F. Comparison of local resection of the head of the pancreas combined with longitudinal pancreaticojejunostomy (Frey procedure) and duodenum-preserving resection of the pancreatic head (Beger procedure) / C.F. Frey, K.L. Mayer // World J. Surg. 2003. 27: 11: 1217–1230.
15. Frey C.F. Description and rationale of a new operation for chronic pancreatitis / C.F. Frey, G.J. Smith // Pancreas. 1987. 2: 701–706.
16. Gloor B. Beger and Frey Procedure in Patients with Chronic Pancreatitis / B. Gloor, H. Friess, W. Uhl // Dig. Surg. 2001. 18: 21–25.

Контактная информация

Пропп Александр Робертович
644033, г. Омск, ул. Волховстроя, 94-83
Тел.: +8 (3812) 211447,
e-mai: par1108@mail.ru