

Современные проблемы хирургии панкреатита

М. В. Данилов,
В.П. Глабай,
И.М. Буриев,
Р.Я. Темирсултанов

Кафедра хирургии
факультета
последипломного
профессионального
образования (зав. —
академик РАМН
В.Д. Федоров) ММА
им. И.М. Сеченова,
Москва

Представлен опыт 1042 оперативных вмешательств по поводу различных форм панкреатита. Первичный хронический панкреатит явился показанием к хирургическому лечению у 480 пациентов и в 253 случаях сопровождался вируснолитиазом. Показаниями к большинству операций при холангиогенном (у 157 пациентов) и посттравматическом (у 167 пациентов) панкреатите явились осложнения основного заболевания.

Выбор метода операции зависел от выявленных изменений паренхимы и протоковой системы поджелудочной железы. Показания к хирургическому лечению хронического панкреатита устанавливали путем специальных методов исследования. С целью диагностики применяли как неинвазивные (УЗИ, КТ), так и эндоскопические и пункционные методы, а так же интраоперационное УЗИ и цитоморфологическое исследование. При дифференциальной диагностике рака и панкреатита эффективно использовали онкомаркер СА-19-9.

Накоплен опыт 500 операций по поводу разнообразных кистозных поражений поджелудочной железы. У 40 больных выявлены кистозные опухоли (19 доброкачественных и 21 злокачественная). 39 больных кистами были подвергнуты пункционным способам лечения, однако стойкое излечение достигнуто лишь в отдельных случаях, где не было сообщения кист и протоков поджелудочной железы. Неудовлетворительными оказались также результаты у 3 из 5 больных, подвергнутых наложению эндоскопического цистогастроанастомоза.

Основным способом лечения кист остаются наружное (122) или внутреннее дренирование (234). Дистальные резекции поджелудочной железы (76) оказались эффективными при соответствующей локализации кисты и трудновыполнимой дренирующей операции.

Modern Problems of Pancreatitis Surgery

M.V. Danilov,
V.P. Glabai,
I.M. Buriev,
and
R.Ya. Temirsultanov

Department of
Surgery Postgraduate
Professional
Education Faculty
(Director -
Academician
RAMSci. V.D.
Fedorov) Sechenov
Medical Academy,
Moscow

Experience of 1042 operations on different forms of pancreatitis is presented. Primary chronic pancreatitis indicated surgical treatment in 480 patients, in 253 cases pancreaticolithiasis was found. Complications of the main disease became indications for surgical interference in most cases of cholangiogenic (157) and posttraumatic (167) pancreatitis.

Method of operation depended on the revealed changes both in parenchyma and pancreatic ducts.

Special examinations determined indications for surgical treatment of chronic pancreatitis. Both non-invasive methods (US, CT) endoscopic and punctural as well as intreoperative US and cytomorphological examinations was applied. In differential diagnosis of cancer and pancreatitis CA-19-9 antigen was effectively used.

The authors have an experience of 500 operations done for various cystic lesions of the pancreas. Cystic tumors (19 benign, 21 malignant) were detected among the cysts in 40 patients. In 39 patients the cysts were treated by puncture, though stable recovery was achieved only in some of the cases, in the absence of communication between the cysts and pancreatic ducts. The results were also poor in 3 out of the 5 patients in whom endoscopic cystogastroanastomoses were created.

The main method of cysts treatment is still external (122) and internal (234) drainage. Distal resections of the pancreas (76) proved to be effective, given proper localization of the cyst and the hard-to-perform drainage operation.

В настоящее время можно считать общепризнанным фактом, что основная масса больных разнообразными формами хронического панкреатита (ХП) при неосложненном течении этого заболевания подлежит консервативному лечению. Вместе с тем, увеличивающаяся распространенность панкреатита, постоянное нарастание числа больных с осложненными формами и тяжести этих осложнений заставляет все чаще прибегать к хирургическому лечению. В связи с этим представляются актуальными задачи: 1) дать объективную оценку предложенных разнообразных способов хирургических вмешательств, как традиционных, так и "закрытых" бескровных, 2) четко определить показания к оперативному лечению хронического панкреатита и его осложнений, 3) наметить дальнейшие перспективы хирургии неопухолевых поражений поджелудочной железы (ПЖ).

Показания к хирургическому лечению в значительной мере определяются клинической формой панкреатита. Так, латентная форма ХП, проявляющаяся преимущественно симптомами внешне - и внутрисекреторной панкреатической недостаточности) редко может быть скорректирована хирургическим путем. Более обоснованными показания к операции представляются при так называемом псевдотуморозном иктерогенном панкреатите, при "болевогой" форме заболевания и в особенности при рецидивирующем панкреатите, протекающим с чередованием периодов относительного благополучия и возникновения рецидивов острого панкреатита, вплоть до развития панкреонекроза и его гнойно-септических и прочих осложнений. Рассматривая, как и Д.С. Саркисов с соавт. (1985), панкреатит как во многих случаях фазовое заболевание с рецидивирующим течением, мы не стремимся противопоставить тактику хирургического лечения панкреатита в межприступном периоде и в фазе острого, в том числе, некротического панкреатита, тем более, что далеко не всегда удается четко установить, в какой конкретно фазе поражения поджелудочной железы развились осложнения, требующие оперативного лечения. Во многих случаях хирургическое лечение, впервые предпринятое в острой фазе панкреатита, приходится продолжать в течение последующих месяцев и даже лет в стадии поздних осложнений заболевания и при появлении симптомов хронического панкреатита. С другой стороны у целого ряда пациентов, ранее оперированных по поводу ХП, в последующем развиваются эпизоды панкреонекроза, что требует выполнения экстренных и срочных оперативных вмешательств.

Согласно нашему опыту, клинические и инструментальные методы обследования больных не решают в достаточной мере задачи дифференциальной и топической диагностики очаговых и диффузных поражений ПЖ и на этой основе - выбора оптимального способа операции. Для решения этих задач основное значение приобретает инструментальная диагностика, возможности которой с течением времени постепенно изменяются. Так, если в 60-е годы основное внимание уделялось непрямым способам рентгеноконтрастного исследования желудочно-кишечного тракта, информативность которых оказалась ограниченной, то уже в 70-е годы были внедрены в практику гораздо более информативные диагностические методы, в частности, фиброгастроуденоскопия и эндоскопическая ретроградная панкреатикохолангиография, различные способы ангиографии, панкреатосцинтиграфия. В последующем были выявлены существенные недостатки этих методов, такие как высокая стоимость и техническая сложность исследований; значительная лучевая нагрузка, особенно при радионуклидном исследовании, опасность осложнений при выполнении эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (панкреонекроза, нагноения панкреатических кист, гнойного холангита), что заставляет ограничить применение инвазивных исследований лишь специальными показаниями.

В последние годы мы придаем ведущее значение малоинвазивным методам исследования - УЗИ и компьютерной томографии, позволяющим получить наиболее полное представление о состоянии паренхимы и протоков ПЖ, печени, желчных путей, парапанкреатической клетчатки, регионарных лимфоузлов, а также выявлять осложнения заболевания и перенесенных операций. Нами были разработаны алгоритмы инструментальной диагностики при подозрении на механическую желтуху, хронический панкреатит, опухоли панкреатодуоденальной зоны. В последние годы с целью дифференциальной диагностики рака и индуративного панкреатита нами используется количественный иммунорадиометрический метод измерения СА-19-9 антигена, а также

интраоперационное УЗИ с целью поиска очагов в поджелудочной железе и для тонкоигольной аспирационной биопсии.

Накопленный нами опыт 1042 операций на ПЖ при хроническом панкреатите, в том числе 168 повторных и реконструктивных вмешательств, дает возможность оценить обоснованность выбора различных способов операций на основе анализа их непосредственных и отдаленных результатов. Наиболее часто (у 480 больных) весь набор разнообразных операций на ПЖ и ее протоках применялся при так называемом первичном, обычно алкогольном панкреатите, который в 253 случаях сопровождался панкреато- и панкреатиколитиазом. Операции на ПЖ у больных холангиогенным (157), посттравматическим (67) панкреатитом выполняли в большинстве случаев по поводу осложнений панкреатита - псевдокист и разнообразных свищей ПЖ и других органов, гнойно-септических осложнений и др.

При лечении первичного ХП еще в 60-е годы нами была выяснена малая эффективность таких непрямых вмешательств, как наложение билио-дигестивного анастомоза, трансдуоденальная папиллосфинктеротомия, маргинальная невротомия ПЖ. Поэтому в последующем предпочтение отдавали внутреннему дренированию протоков ПЖ, сохраняющему функционирующую экзокринную и эндокринную ее паренхиму. При значительном расширении главного панкреатического протока, равномерном или лакунообразном по типу "цепи озер", оптимальным считали наложение продольного панкреатоеюноанастомоза, выполнявшегося как в сочетании с дистальной резекцией ПЖ, так и без нее (153 больных). При соблюдении ряда технических деталей выполнения данной операции: создании максимально широкого соустья со вскрытием всех лакун и затеков по ходу главного панкреатического протока (ГПП) и его основных ветвей, использовании однорядного шва анастомоза и изолированной петли тощей кишки, наложение продольного панкреатоеюноанастомоза оказывается малотравматичным и простым по технике оперативным вмешательством, сопровождающимся невысокой летальностью (3.7%) и обеспечивающим ликвидацию болевого синдрома в отдаленные сроки после операции при условии сохранения проходимости соустья. Напротив, выполнение заведомо узкого продольного или терминологически анастомоза ведет к рубцеванию и облитерации соустья в ближайшие сроки после операции и к рецидиву симптомов панкреатита. Тщательное изучение отдаленных результатов операций на ПЖ, анализ характера повторных оперативных вмешательств показали, что после внутреннего дренирования ГПП далеко не во всех случаях удается сохранить проходимость соустья и избежать рецидива болей, нередко развиваются также поздние инфекционные и другие осложнения.

Операции внутреннего дренирования протоковой системы ПЖ оказались неэффективными в случаях панкреатита, не сопровождающегося выраженным расширением ГПП и его ветвей, где патологические изменения затрагивают главным образом паренхиму головки железы, приводят к развитию тубулярного стеноза холедоха с желтухой, дуоденального стеноза, что клинически и макроскопически напоминает опухоль головки ПЖ - "псевдотуморозный панкреатит". Наложение продольного панкреатоеюноанастомоза при этом технически затруднено из-за глубокого расположения главного панкреатического протока, одновременно требуется также наложение билиодигестивного, а в ряде случаев и гастроэнтероанастомоза. В подобной ситуации, как указывает и D. Carter (1990), гораздо более обоснованным и эффективным оказывается выполнение панкреатодуоденальной резекции (ПДР), при которой обеспечивается не только удаление основного патологического очага, но и оптимальная декомпрессия панкреатических и желчных протоков, а также желудка. Отдаленные результаты ПДР при ХП у 29 оперированных оказались вполне благоприятными с минимальным числом рецидивов.

Дистальные резекции ПЖ, выполненные в качестве изолированного вмешательства у 169 больных, сопровождались благоприятными результатами лишь в сравнительно редких случаях регионарного "левостороннего" ХП, как правило, посттравматического, либо при постнекротических и гнойных поздних осложнениях панкреатита. В остальных случаях возникала опасность рецидива панкреатита и развития осложнений (перитонита, парапанкреатита, панкреатических свищей), связанных с недостаточностью культи железы. При первичном ХП этой опасности уда-

валось избегать при завершении дистальной резекции железы наложением продольного панкреатоюноанастомоза (у 45 больных). Применение при ХП расширенных (80% и более) и субтотальной дистальных резекций (у 25 больных) помимо закономерно развивавшегося тяжелого сахарного диабета часто сопровождалось гнойно-септическими осложнениями. Попытки выполнения тотальной дуоденопанкреатэктомии при ХП и его последствиях осложнялось особенно тяжелыми метаболическими расстройствами. Это заставляло заменять расширенные резекции и экстирпацию ПЖ при панкреатите более эффективными и безопасными органосберегающими вмешательствами. Не оправдались надежды и на применение тотальной окклюзии (пломбировки) протоков ПЖ как метода лечения ХП в качестве альтернативы обширным резекциям железы; опыт 8 повторных операций после этой процедуры свидетельствует о возникновении после нее особенно грубых морфологических изменений ткани ПЖ.

Касаясь проблем лечения панкреатита в его острой фазе, следует признать, что применение медикаментозных и физических способов угнетения секреции панкреатических ферментов далеко не во всех случаях позволяет предотвратить или ограничить развитие некроза ПЖ и его осложнений, в связи с чем приходится вынужденно переходить к хирургическим методам лечения. Как и большинство современных авторов, мы избегаем широко прибегать к лапаротомии в ранней стадии острого панкреатита ОП, поскольку уточнение диагноза и оценка тяжести заболевания могут быть достигнуты с помощью лапароскопического исследования, а удаление выпота из брюшной полости эффективно осуществлено путем ее лапароскопического дренирования.

Основные показания к операции при панкреонекрозе возникают в стадии гнойных осложнений. При этом ряд хирургов предлагает применять чрескожные пункции и дренирование гнойных очагов под контролем УЗИ, как альтернативу лапаротомии. Наш опыт хирургического лечения 218 больных панкреонекрозом дает основания подчеркнуть принципиальные различия хирургической тактики при ограниченных гнойных очагах (абсцессы, свежие нагноившиеся кисты поджелудочной железы) и неограниченных гнойных процессах в железе и парапанкреатической клетчатке.

Так, при ограниченных панкреатических и парапанкреатических гнойниках (абсцессах, нагноившихся псевдокистах) стремились выполнить адекватное дренирование гнойного очага, предварительно выявленного и локализованного с помощью УЗИ или КТ. В 52 наблюдениях для вскрытия и дренирования этих очагов был использован лапаротомный доступ, у 23 дополненный - левосторонней люмботомией. 12 больных были подвергнуты вмешательствам под контролем УЗИ, в том числе, у 4 использованы повторные пункции, а у 8 - катетеризация гнойников. Результаты чрескожных вмешательств были относительно благоприятными: летальные исходы отмечены в 2 наблюдениях; у 3 пациентов в связи с их неэффективностью пришлось прибегнуть к лапаротомии. Открытое наружное дренирование панкреатических гнойников оказалось эффективным у 51 больного; лишь у 7 пришлось прибегнуть к повторным операциям; умерли 17 больных.

Иными были тактика и исходы оперативного лечения диффузного гнойного панкреатита и парапанкреатита. Операции выполняли в сроки от 7 до 16 дней с начала заболевания как в стадии некроза и нагноения, так и секвестрации. Поскольку процесс секвестрации проходил неравномерно в различных отделах ПЖ и парапанкреатической клетчатки, в большинстве случаев не удавалось ограничиваться одной лапаротомией, а требовались повторные вмешательства, при которых проводили этапное удаление секвестрированной ткани, вскрытие и дополнительное дренирование гнойных затеков. Травматичность повторных лапаротомий заставила нас заменить их при лечении диффузного гнойного панкреатита и парапанкреатита методом лапаростомии.

Мы используем менее травматичный и более удобный для дренирования поперечный или двух-подреберный разрез с пересечением обеих прямых мышц живота. После удаления секвестрированных тканей и гноя рану выполняли марлевыми тампонами с мазью "Левасин", "Левомеколь" и закрывали редкими провизорными легко развязывающимися швами через все слои брюшной стенки. Этапную ревизию и санацию брюшной полости выполняли каждые 2-3 дня (в зависимости от степени интоксикации) вначале в условиях интубационного, а затем внутривенного наркоза. По окончании открытого лечения, обычно требовавшего от 3 до 6 этапных ревизий брюшной полости,

при очищенной, гранулирующей ране швы окончательно завязывали, обычно добиваясь первичного заживления раны.

Накопленный нами опыт 500 операций по поводу разнообразных кистозных поражений ПЖ заставляет рекомендовать дифференцированный подход к выбору метода хирургического лечения в зависимости от особенностей их морфологии и этиологии. При этом необходимо учитывать и возможность опухолевого характера кистозного поражения ПЖ. Среди больных с предполагаемыми псевдокистами нами были выявлены и подверглись оперативному лечению 41 больной с кистозными опухолями (19 доброкачественными, 22 злокачественными), 15 из которых ранее подвергались от 1 до 3 операций наружного или внутреннего дренирования кистозных образований с рецидивами в ближайшие месяцы после операции. Опухолевый генез кисты можно было заподозрить при выявлении ее многокамерности, утолщения и неравномерной толщины стенки, густого, неоднородного, слизистого, кровянистого, крошковидного ее содержимого; при обнаружении таких признаков необходимо срочное морфологическое исследование стенки и содержимого кисты.

Нами изучены результаты чрескожного пункционного и катетеризационного, а также эндоскопического лечения кист ПЖ, которые рассматриваются рядом хирургов в качестве альтернативы традиционным способам операций. Опыт наблюдений за 39 больными, подвергшимся пункциям и катетеризации панкреатических кист, свидетельствует о том, что стойкое выздоровление было достигнуто лишь в отдельных случаях. На этом основании мы сдержанно относимся к этому методу лечения особенно при наличии сообщения полостей кист с протоковой системой ПЖ. Его применение оправдано лишь при свежих, плохо сформированных, нагноившихся кистах, а также при их ранних рецидивах. Технически чрескожное дренирование осуществимо, в основном, при кистах дистального отдела железы, поскольку чрескожный доступ при кистах головки ПЖ обычно затруднен прилежащими органами. Расширение показаний к "бескровному" чрескожному методу лечения панкреатических псевдокист закономерно ведет к увеличению числа рецидивов и осложнений. Неудовлетворительными были результаты у 3 из 5 больных, подвергшихся наложению эндоскопического цистогастроанастомоза.

Основным способом хирургического лечения панкреатических псевдокист остаются их наружное (у 122 больных) и внутреннее дренирование (у 234). Мы не согласны с призывами к полному отказу от трансгастрального цистогастроанастомоза и с успехом использовали этот метод в 25 случае при крупных постнекротических псевдокистах, преимущественно головки железы, тесно сращенных с задней стенкой желудка. В этих условиях формирование анастомоза кисты с желудком технически просто и мало травматично, тогда как выполнение другого доступа к кисте затруднительно.

Наиболее распространенным остается наложение анастомоза кист с тощей кишкой (111 наблюдений), что наиболее эффективно у больных с псевдокистами, возникшими на фоне холангиогенного или постнекротического панкреатита, для которых обычно нехарактерно наличие гипертензии в системе главного панкреатического протока. Напротив, подобная операция, выполненная у больных первичным ХП, который сопровождается также дилатацией главного панкреатического протока и его ветвей, нередко приводит к рецидиву симптомов панкреатита, поэтому у 28 подобных больных использовали принципиально иную технику внутреннего дренирования - наложение широкого продольного панкреатоюноанастомоза с обязательным включением в соустье кисты.

Дистальные резекции ПЖ, примененные у 76 больных оказались эффективными при локализации кист, особенно рецидивных, в дистальном отделе железы, когда дренирующие вмешательства трудно выполнимы и часто сопровождаются рецидивами. Анализ приведенных данных, дает основание для рекомендации концентрировать больных осложненными формами панкреатита, нуждающихся в выполнении наиболее сложных, в особенности, реконструктивных операций на ПЖ в специализированных отделениях и центрах, где имеется возможность проведения углубленного инструментального исследования больных и выбора из большого арсенала разнообразных оперативных вмешательств наиболее патогенетически обоснованных, проведения этих операций в условиях совершенной анестезии и современной интенсивной терапии. Только

при соблюдении перечисленных условий можно рассчитывать на прогресс в сложной проблеме хирургии многообразных форм панкреатита.

Список литературы

1. *Нестеренко Ю.А., Лантев В.В.* Метод регионарной внутриартериальной терапии деструктивного панкреатита 5-фторурацилом. Методические рекомендации. М., 1984.
2. *Филин В.И.* Острые заболевания и повреждения поджелудочной железы. Л.: Медицина, 1982. 248 с.
3. *Шалимов С.А.* Острый панкреатит. Киев: Здоровье, 1991. 236 с.
4. *Bradley E.L.* Operative Management of Acute Pancreatitis: Ventral Open Packing // *Hepatogastroenterol.* 1991. V. 38. №2. P. 134-138.
5. *Carter D. C.* Pancreatico-Duodenectomy for Chronic Pancreatitis // *Aktuelle Pankreaschirurgie.* Springer Berlin-Heidelberg. 1990. P. 149-158.
6. *Gall F.P., Zerungible H., Gehhardt C., Schneider M.U.* Duodenal Pancreatectomy with Occlusion of the Pancre-atic Duct // *Hepatogastroenterol.* 1990. V. 37. № 6. P. 290-294.
7. *Rossi R L* Pancreatic Resections for Chronic Pancreati tis // *Hepatogastroenterol.* 1990. V. 37. №6. P. 277-282.