

С. И. Третьяк¹, С. М. Ращинский^{1,2}, Н. Т. Ращинская²,
Н. В. Рябова¹, Е. А. Боровик²

ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕЗЕКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»²

Целью нашего исследования было оценка долгосрочной перспективы и целесообразность индивидуального подхода при выполнении резекционно-дренирующих операций (РДО), у пациентов, страдающих от различных осложнений хронического панкреатита (ХП). Проспективный отбор пациентов по нескольким критериям без рандомизации был произведен на основании результатов УЗИ ОБП, СКТ ОБП и МРТ ХПГ. С января 2008 г. по декабрь 2012 г. РДО были выполнены у 183 пациентов. Полученные долгосрочные трехлетние результаты после выполнения различных видов РДО позволяют утверждать, что хирургический подход в лечении ХП должен быть индивидуализирован, исходя из особенностей анатомии гепатопанкреатодуоденальной зоны, статуса питания, характера и причины боли.

Ключевые слова: хронический панкреатит, хирургическое лечение хронического панкреатита, оценка качества жизни.

**S. I. Tretyak, S. M. Rashchynski, N. T. Rashchynskaya,
N. V. Rabava, E. A. Borovik**

AN ASSESSMENT OF THE LONG-TERM RESULTS THE RESECTION WITH DRAINAGE OPERATIONS FOR PATIENTS, SUFFERING FROM CHRONIC PANCREATITIS

The objectives of the our prospective research were to compare the long-term the resection with drainage operations (RDO) in patients suffering from chronic pancreatitis (CP), in management of pain syndrome and quality of life provided by these kinds of surgical procedures. Preoperative their workup for imaging pancreas included US pancreas, high-quality thin-cut CT and MRCP. From January, 2008 till December, 2012 RDO has been performed at 183 patients. Surgical approach in treatment of CP must be strictly individual and should depend on the particularities of the hepatopancreatoduodenal area anatomy, nutrition status, character and causes of pain.

Key words: chronic pancreatitis, surgical treatment of the chronic pancreatitis, quality of life.

Частота общей заболеваемости хроническим панкреатитом (ХП) с широким спектром клинических проявлений и патоморфологических изменений в настоя-

щее время достигает 26,4–32,9 на 100 000 населения [1, 12, 13]. В морфологическом плане ХП всегда характеризуется наличием необратимых изменений паренхимы под-

желудочной железы (ПЖ) с замещением ее фиброзной тканью [1, 13].

Разработка единых подходов в лечении осложнений ХП и оценка их результатов имеет большое социально-экономическое значение, так как около одной четверти этих пациентов становятся инвалидами, продолжительность их жизни сокращается на 10–20 лет с увеличением смертности в этот период от различных причин в 3,6 раза, а на амбулаторное лечение этой категории пациентов в странах Западной Европы и США расходуется до 17 000 \$ в год [10, 12, 13]. Необходимость хирургического вмешательства возникает у 30–50% пациентов, страдающих ХП [11, 13]. В настоящее время однозначно доказано преимущество различных видов резекционно-дренирующих хирургических вмешательств над эндоскопическими малоинвазивными вариантами их исполнения, которые применяются для коррекции различных осложнений ХП [8, 11]. Цель хирургического лечения – улучшение качества жизни пациентов. Поэтому любое оперативное пособие должно быть по возможности простым в исполнении, обеспечивать длительный эффект купирования болевого синдрома и различных осложнений ХП, способствовать нормализации трофического статуса пациентов, иметь небольшое количество послеоперационных осложнений и летальных исходов, а так же существенно не влиять на экзокринную и эндокринную функцию ПЖ. В связи с этим, в настоящее время, в арсенале резекционно-дренирующих операций (РДО) используются, как операции с минимальным объемом резекции только тканей, пораженных фиброзом (ложных постнекротических кист ПЖ), так и методики хирургических вмешательств, сочетающие в себе принципы резекции и дренирования пораженных участков ткани ПЖ с предпочтительным сохранением двенадцатиперстной кишки [11, 12]. По поводу оценки долгосрочной перспективы (более 3–5 лет) результатов выполнения РДО, у пациентов, страдающих от различных осложнений ХП, имеются немногочисленные аналитические обзоры [7, 8, 10, 11].

Цель исследования:

Оценить долгосрочную перспективу и целесообразность индивидуального подхода при выполнении РДО, у пациентов, страдающих от различных осложнений ХП.

Материалы и методы

По нескольким критериям без рандомизации проведен проспективный анализ отдаленных результатов (более трех лет) выполнения различных вариантов РДО у 183 пациентов, оперированных в период с января 2008 г. по декабрь 2012 г. на базе отделения хирургической гепатологии УЗ «ГК БСМП» г. Минска по поводу различных осложнений ХП. Объем и характер оперативных вмешательств, проведенных в клинике, представлен в таблице 1.

Для верификации диагноза ХП и его осложнений мы придерживались следующего алгоритма: ультразвуковое исследование органов брюшной полости, как скрининг-методика для обоснования необходимости выполнения других методов исследования; спиральная компьютерная томография органов брюшной полости на аппарате GE «Light Speed Pro¹⁶», по стандартной методике болюсного введения контрастного йодсодержащего препарата с шагом 2,5 мм и/или магнитная резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным введением 20 мл «Омнискана» в режимах T1 и T2, выполненная на магнитно-резонансном томографе «Siemens Symphony»; 1,5 Тл; 30 мТл/м с четырехэлементной катушкой для всего тела. После выполнения вышеперечисленных исследований у 183 пациентов, включенных в группу проспективного исследования, были установлены следующие критерии для выполнения различных хирургических вмешательств по принципам РДО:

Таблица 1. Характер оперативных вмешательств

Вид операции	Абсолютное количество (процент)
ОФ	67 (36,6%)
ПЦЕА	60 (32,8%)
ППДР	31 (16,9%)
ППЕ	25 (13,7%)
Всего	183 (100%)

Примечания: ОФ – локальная неанатомическая резекция головки поджелудочной железы по принципам, описанным в одном из вариантов С. F. Frey; ПЦЕА – панкреатоцистоеюностомия с использованием принципа мобилизации петли тощей кишки по Ру; ППДР – пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция; ППЕ – продольная панкреатикоюностомия по принципам, описанным R. F. Partington и R. E. L. Rochelle с использованием принципа мобилизации петли тощей кишки по Ру.

– наличие рецидивирующего болевого синдрома, требующего госпитализации в стационар или приема различных анальгетиков на амбулаторном этапе в течение последних 6 месяцев;

– наличие ложных постнекротических кист ПЖ (ЛПК ПЖ) с плотными фиброзными оболочками (срок заболевания более 6–8 недель) на фоне ХП, которые по классификации, предложенной A. D'Egidio and M. Schein [9] относятся ко II или III типам;

– наличие осложнений со стороны близлежащих органов и тканей (стеноз интрапанкреатической части общего желчного протока, стеноз двенадцатиперстной кишки, внутренние панкреатодигестивные или панкреатоперитонеальные или плевральные свищи).

Критериями, на основании которых пациенты исключались из групп наблюдения, были:

– наличие признаков ЛПК ПЖ на фоне острого панкреатита (тип I – D'Egidio A. and Schein M.);

– наличие признаков абсцедирования ЛПК ПЖ;

– наличие морфологически подтвержденного злокачественного поражения ПЖ, имитировавшего различные осложнения ХП.

Клиническая характеристика пациентов, вошедших в группы исследования, приведена в таблице 2.

Результаты выполнения различных вариантов операций были проанализированы по характеру послеоперационных осложнений, наличию летальных исходов в течение 30 дней с момента их проведения, а так же по показателям, характеризующим качество жизни пациентов после выписки из стационара (12 месяцев). Для оценки использовали данные анкет русифицированной версии опросника оценки качества жизни SF-36 v.2TM [2]. Наличие версии опросника на языке анкетлируемых дает более объективную информацию в связи с лучшим пониманием ими смысла вопросов. Динамику показателей, характеризующих физический и психоэмоциональный компонент качества жизни, в течение трех и более лет мы проследили посредством анализа непараметрического критерия расчета медианы (Me) с границами между 25-м и 75-м percentилями и рангового критерия Уилкоксона. Полученные результаты наблюдений были обработаны с использованием пакета программ Statistica 10.0 для Windows 7. Различия сравниваемых показателей оценивались, как статистически значимые при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Анализ результатов выполнения приведенных вариантов хирургических операций в ближайшем послеоперационном периоде и динамика показателей качества жизни пациентов в течение 12 месяцев были опубликованы в печати [3–5].

Оригинальные научные публикации

Таблица 2. Клиническая характеристика оперированных пациентов

Проанализированные показатели	Абсолютное число и (проценты)
Количество больных	183 (100%)
Пол (муж. / жен.)	166 / 17 (90,7% и 9,3%)
Возраст (годы, Me [25%; 75%])	43,1 [35,5; 51,0]
Длительность заболевания (месяцы, Me [25%; 75%])	32,8 [14,0; 52,0]
Этиология (алкоголь, табак)	173 (94,5%)
Наличие боли в течение последних 6 месяцев	183 (100%)
Увеличение головки ПЖ	35–50 мм = 85 (46,5%)
	51–80 мм = 91 (49,7%)
	> 80 мм = 7 (3,8%)
Кальцификация ткани или наличие камней протоках ПЖ	170 (92,9%)
Псевдокисты ПЖ (интрапанкреатической и перипанкреатической локализации > 20 мм)	110 (60,1%)
Подпеченочная форма портальной гипертензии	103 (56,2%)
Стеноз ДПК различной степени компенсации	48 (26,3%)
Стеноз общего желчного протока	79 (43,2%)
Псевдоаневризмы ПЖ (Вирсунгоррагия)	15 (8,2%)
Потеря массы тела > 10% (необходима нутритивная поддержка)	129 (70,4%)
Морфологические изменения (Согласно Кембриджской классификации [6])	Стадия IV = 106 (57,9%)
	Стадия V = 77 (42,1%)
Сахарный диабет (специфический инсулиннуждающийся)	18 (9,8%)

Примечания: ПЖ – поджелудочная железа; ДПК – двенадцатиперстная кишка; Me [25%; 75%] Me – медиана; 25% – значение 25-го перцентиля; 75% – значение 75-го перцентиля.

Таблица 3. Сравнение физического и психоэмоционального компонента качества жизни пациентов в указанный период в группах наблюдения согласно анкетам SF-36 v.2™

Показатели	Me [25%; 75%]		
	12 месяцев	36 и более месяцев	уровень, p
Физический компонент здоровья (ОФ) (PF\RP\BP\GH\ = PHs)	46,6 [41,8; 50,7]	44,6 [40,8; 50,2]	p>0,05
Психологический компонент здоровья (ОФ) (VT\SF\RE\MH\ = MHs)	51,5 [46,2; 54,8]	51,0 [44,2; 55,5]	p>0,05
Физический компонент здоровья (ПЦЕА) (PF\RP\BP\GH\ = PHs)	46 [44,4; 48,3]	48,8 [44,4; 57,5]	p>0,05
Психологический компонент здоровья (ПЦЕА) (VT\SF\RE\MH\ = MHs)	55 [46,7; 57,2]	54,5 [46,7; 58,5]	p>0,05
Физический компонент здоровья (ППДР) (PF\RP\BP\GH\ = PHs)	43,2 [44,6; 49,4]	43,0 [44,0; 49,4]	p>0,05
Психологический компонент здоровья (ППДР) (VT\SF\RE\MH\ = MHs)	53,1 [49,6; 53,8]	53,2 [49,6; 54,8]	p>0,05
Физический компонент здоровья (ППЕ) (PF\RP\BP\GH\ = PHs)	43,8 [41,4; 46,8]	49,8 [42,4; 54,8]	p < 0,05
Психологический компонент здоровья (ППЕ) (VT\SF\RE\MH\ = MHs)	54,6 [51,1; 55,2]	54,5 [49,1; 55,3]	p>0,05

Примечания: PF\RP\BP\GH\PHs\VT\SF\RE\MH\MHs – сокращения в английской аббревиатуре, оцениваемых показателей качества жизни. p – степень достоверности для критерия Уилкоксона. Me [25%; 75%] Me – медиана; 25% – значение 25-го перцентиля; 75% – значение 75-го перцентиля.

Для оценки изменений качества жизни пациентов в период 3-х лет и более, нами была проанализирована динамика показателей русифицированного опросника SF-36 v.2™ [2]. Анализ анкет был проведен у 142 (77,6%) больных. Сорок один человек из оперированных пациентов в период наблюдения более одного года не ответили на вопросы анкеты по почтовому отправлению или не явились для контрольного обследования в стационаре. Результаты оценки качества жизни (согласно показателям анкет опросника SF-36 v.2™), полученные в группах оперированных пациентов в контрольных точках наблюдения 12 и ≥36 месяцев представлены в таблице 3.

При сравнении данных (табл. 3), полученных в результате опроса, у оперированных пациентов было выявлено улучшение суммарных показателей физического компонента качества жизни, характеризующих изменения в качестве их жизнедеятельности только в группе пациентов, где было произведено ППЕ. В остальных трех группах хотя и были отмечены изменения суммарных показателей физического

и психоэмоционального компонента качества жизни, но их колебания статистически недостоверны по критерию Уилкоксона. Новые случаи специфической формы инсулиннуждающегося сахарного диабета были отмечены у 6 пациентов (ОФ – 1, ПЦЕА – 3, ППДР – 1, ППЕ – 1), хотя они существенно не повлияли на показатели качества жизни, согласно данным русифицированного опросника SF-36 v.2™.

Летальные исходы в долгосрочном периоде были зарегистрированы в четырех случаях. Причем от прогрессирования кардиоваскулярной патологии в период более двух лет умерли двое пациентов из группы ОФ и один мужчина, который был оперирован по поводу ложных кист ПЖ (группа ПЦЕА). Один пациент (группа ОФ) умер от прогрессирования рака поджелудочной железы через полтора года после первичной операции (онкологический диагноз верифицирован только через 13 месяцев).

Необходимость выполнения повторных хирургических вмешательств возникла у 12 пациентов, которые продолжали периодически употреблять алкоголь, что приводило

к обострению процесса и проявилось в 11 случаях перипанкреатическими скоплениями жидкости (ПСЖ) без явной связи с панкреатическими протоками или в связи с механической желтухой у одного больного из группы пациентов, где была выполнена ОФ. Лечение ПСЖ на фоне обострения ХП (ОФ – 2, ПЦЕА – 4, ППДР – 1, ППЕ – 4) было выполнено путем наружного дренирования под контролем ультразвукового аппарата, что привело в последующем к полному купированию симптомов обострения ХП. В случае механической желтухи был наложен холедохоюноанастомоз с использованием петли тощей кишки, мобилизованной по Ру во время выполненной ранее ОФ.

В плане профессиональной реабилитации не отмечено прогрессирования степени инвалидности пациентов ни в одной из групп наблюдения, за исключением вышеперечисленных случаев летального исхода.

В отличие от результатов нашего исследования, показывающего целесообразность как можно более раннего хирургического лечения до декомпенсации трофического статуса и назначения наркотических анальгетиков для купирования болевого синдрома, в публикациях зарубежных авторов отмечается высокая летальность (16–36%) в группах долгосрочного наблюдения после выполнения различных вариантов РДО [7, 8, 10]. В плане перспективы улучшения качества жизни и компенсации трофической недостаточности всегда нужно учитывать, что в зарубежных наблюдениях около 25–35% пациентов официально не один год получают наркотические анальгетики, по назначению терапевта, прежде чем попасть на прием к хирургу [6, 10, 12, 13]. Этот факт имеет основополагающее значение и в низких цифрах (до 10–12%) профессиональной и социальной реабилитации этой группы пациентов, страдающих ХП [7, 8, 12].

Анализ опыта хирургического лечения различных осложнений ХП в подавляющем числе исследований касается результатов немногочисленных рандомизированных исследований на протяжении одного или двух лет [9, 11–13].

В плане оценки долгосрочной перспективы более 5–10 лет имеется только три рандомизированных исследования, посвященных сравнению результатов выполнения классического варианта ОФ и операции Бегера [7] или одной из них с ППДР [10, 11], а так же различных вариантов РДО (чаще ППЕ) с эндоскопическими вариантами оперативных вмешательств [8].

В отношении ОФ и операции Бегера [7] нет разницы в долгосрочной перспективе купирования боли при ХП, лечении различных осложнений со стороны близлежащих органов, компенсации трофической недостаточности, последующих нарушений экзокринной и эндокринной функции ПЖ. Однако в связи с тем, что при выполнении операции Бегера наблюдается большее количество послеоперационных осложнений, авторами исследования делаются выводы о целесообразности выполнения того вида хирургического вмешательства, которым в большей мере владеют хирурги того или иного центра, специализирующегося в лечении ХП. При сравнении результатов различных методик проксимальной резекции головки ПЖ с сохранением двенадцатиперстной кишки с ППДР [10, 11] авторами исследований показано, что оба вида хирургического вмешательства достоверно улучшают качество жизни и уменьшают интенсивность болевого синдрома у пациентов, страдающих от различных осложнений ХП. При наличии равных условий предпочтение следует отдавать органосохраняющим методикам, как более безопасным операциям по результатам в раннем послеоперационном периоде.

Согласно результатам исследования Cahen D. L. et al. [8] после выполнения классических вариантов РДО у 34% пациентов сохраняется полное купирование болевого синдро-

ма по сравнению с 15%, которое имеет место у больных после эндоскопических методик его коррекции. К тому же более чем у половины пациентов после эндоскопической литэкстакции камней из протоков ПЖ с последующим их стентированием в течение 1–1,5 лет появилась необходимость в выполнении хирургического вмешательства в виде РДО. Эта особенность наблюдалась у 80% пациентов с увеличением головки ПЖ более 40 мм [8].

Кроме того, наличие ХП является независимым фактором риска развития рака ПЖ, встречающегося у 1,1–5,0% пациентов, страдающих ХП в течение 5–10 лет [7, 10–13].

В плане влияния объема хирургического вмешательства на долгосрочную перспективу качества жизни не выявлена прямая зависимость появления панкреатогенного сахарного диабета от объема резекции ПЖ [7, 8, 10–12]. Хотя однозначно доказано, что двенадцатиперстная кишка непосредственно участвует в метаболизме глюкозы и ее сохранение во время хирургического вмешательства, способствует сохранению уровня метаболизма глюкозы [12, 13]. Сохранение ее во время проксимальной резекции головки ПЖ благотворно влияет и на экзокринную функцию ПЖ, так как в двенадцатиперстной кишке находится наибольшее количество клеток продуцирующих холецистокинин и секретин, которые играют главную роль в гуморальной регуляции секреции ферментов поджелудочной железой [1, 12, 13].

Таким образом, предложенный диагностический и лечебный алгоритм для пациентов, страдающих ХП, позволяет спланировать периоперационную нутритивную поддержку, оптимальное время выполнения, объем и характер последующего оперативного вмешательства у этой категории больных.

Полученные долгосрочные результаты (≥ 3 лет) после выполнения различных видов РДО позволяют утверждать, что хирургический подход в лечении ХП должен быть индивидуализирован, исходя из особенностей анатомии гепатопанкреатодуоденальной зоны, нутритивного статуса, характера и причины боли.

Необходимость выполнения повторных хирургических вмешательств у пациентов, страдающих от различных осложнений ХП, диктуется, прежде всего, прогрессированием хронического воспалительного процесса в ткани ПЖ и в близлежащих органах и тканях.

Литература

1. Маев, И. В. Болезни поджелудочной железы: практическое руководство / И. В. Маев, Ю. А. Кучерявый. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 736 с.
2. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2002. – 314 с.
3. Ращинский, С. М. Критерии отбора и оценка эффективности выполнения продольной панкреатикоюностомии (операция Partington – Rochelle) у пациентов, страдающих хроническим панкреатитом / С. М. Ращинский [и др.] // Медицинский журнал. – 2010. – № 3. – С. 22–25.
4. Ращинский, С. М. Результаты хирургического лечения ложных кист поджелудочной железы на фоне хронического панкреатита / С. М. Ращинский [и др.] // Новости хирургии. – 2011. – № 1. – С. 26–31.
5. Ращинский, С. М. Качество жизни пациентов с хроническим панкреатитом после выполнения операции Фрея и панкреатодуоденальной резекции / С. М. Ращинский, С. И. Третьяк // Вес. Нац. акад. наук Беларусі. Сер. мед. навук. – 2012. – № 2. – С. 21–28.
6. Axon, A. T. Pancreatography in chronic pancreatitis: international definitions / A. T. Axon [et al.] // Gut. – 1984. – Vol. 25. – P. 1107–1112.
7. Bachmann, K. Beger and Frey procedures for treatment of chronic pancreatitis: comparison of outcomes at 16-year follow-up /

❑ Оригинальные научные публикации

K. Bachmann [et al.] // J. Am. Coll. Surg. – 2014. – Vol. 219. – P. 208–216.

8. *Cahen, D. L.* Long-term outcomes of endoscopic vs surgical drainage of the pancreatic duct in patients with chronic pancreatitis / D. L. Cahen [et al.] // Gastroenterology. – 2011. – Vol. 141. – P. 1690–1695.

9. *D'Egidio, A.* Pancreatic pseudocysts: a proposed classification and its management implications / A. D'Egidio, M. Schein // Br. J. Surg. – 1991. – Vol. 78. – P. 981–984.

10. *Diener, M. K.* Duodenum-preserving pancreatic head resection versus pancreatoduodenectomy for surgical treatment of chronic pancreatitis (a systematic review and meta-analysis) / M. K. Diener [et al.] // Ann. Surg. – 2008. – Vol. 247. – P. 950–961.

11. *Frey, C. F.* The evolution of the surgical treatment of chronic pancreatitis / C. F. Frey, D. K. Andersen // Ann. Surg. – 2010. – Vol. 251. – P. 18–32.

12. *Huffman, L.* Chronic pancreatitis: recent advances and ongoing challenges / L. Huffman, B. McIntyre // Curr. Probl. Surg. – 2006. – Vol. 43. – P. 135–238.

13. *Witt, H.* Chronic pancreatitis: challenges and advances in pathogenesis, genetics, diagnosis, and therapy / H. Witt [et al.] // Gastroenterology. – 2007. – Vol. 132. – P. 1557–1573.

Поступила 26.06.2015 г.