



А.В. Клименко, В.Н. Клименко, А.А. Стешенко

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ: ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ И КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Запорожский государственный медицинский университет

Ключевые слова: хронический панкреатит, протоковая гипертензия, показания к операции, оценка отдаленных результатов.

Прооперированы 122 больных хроническим панкреатитом. В критическом плане рассмотрены негативные последствия длительного консервативного лечения хронического панкреатита, отчасти обусловленные недостатками существующих классификаций анализируемого заболевания. Предлагается алгоритм детализированного обследования больных хроническим панкреатитом, конкретизированные показания к хирургическому лечению и критерии оценки отдаленных результатов оперативных вмешательств, объективизирующие качество жизни пациентов.

Хронічний панкреатит: показання до операції і критерії оцінки віддалених результатів

А.В. Клименко, В.М. Клименко, А.О. Стешенко

Прооперовано 122 хворих на хронічний панкреатит. У критичному плані розглянуто негативні наслідки тривалого консервативного лікування хронічного панкреатиту, певною мірою зумовлені недоліками існуючих класифікацій аналізованого захворювання. Запропоновано алгоритм деталізованого обстеження хворих на хронічний панкреатит, конкретизовано показники до хірургічного лікування та критерії оцінки віддалених результатів оперативних втручань, що об'єктивізують якість життя пацієнтів.

Ключові слова: хронічний панкреатит, протокова гіпертензія, показання до операції, оцінка віддалених результатів.

Chronic pancreatitis: indications for surgery and long-term outcome evaluation criteria

A.V. Klimenko, V.N. Klimenko, A.A. Steshenko

122 patients with complicated chronic pancreatitis were operated on. This article presents the critical analysis of negative consequences of chronic pancreatitis conservative therapy. They are conditioned in some degree by imperfection of current classifications of CP. We propose special diagnostic algorithm paying precise attention to surgery indications and assessment criteria of long-term results of surgical treatment that objectify patients' life quality assessment.

Key words: chronic pancreatitis, ductal hypertension, surgery indications, long-term results assessment.

Показания к операции у больных хроническим панкреатитом (ХП) – сложный интегративный процесс, затрагивающий, прежде всего, динамику предшествующего консервативного лечения с определением его эффективности и, кроме того, отражающий еще и степень субъективного подхода в решении такого важного изменения в лечении, поскольку многие аспекты этой проблемы носят яркий дискуссионный характер [1,4].

Существующие критерии показаний к хирургическому лечению в подавляющем большинстве относятся к разряду абсолютных: тяжелый болевой синдром, резко выраженное расширение вирсунгова протока, наличие в нем конкрементов, образование стриктур, кистозная трансформация паренхимы, обструктивный стеноз двенадцатиперстной кишки, механическая желтуха из-за сдавления интрапанкреатической части холедоха увеличенной головкой поджелудочной железы («inflammatory mass») и др. [8–10]. Не вызывает сомнений, что оперативные вмешательства по абсолютным показаниям у больных хроническим панкреатитом, как правило, выполняются на фоне заведомо декомпенсированных форм функционального состояния поджелудочной железы, прежде всего, экзокринной функции [2,5]. С учетом этого, дискуссионными остаются вопросы разработки показаний к операции на более ранних стадиях заболевания и создания универсальной оценочной шкалы отдаленных результатов хирургического или консервативного методов лечения ХП, позволяющей ответить на вопрос, на основе каких критериев можно разграничить хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные результаты, чтобы сравнивать,

например, разные способы оперативных вмешательств (паренхимосохраняющие, резекционные, дренирующие, эндоскопические и др.) либо методов терапевтического воздействия [3,6,7].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Уточнить показания к хирургическому лечению больных хроническим панкреатитом на основе ведущего фактора патогенеза этой нозологии с разработкой обобщающих критериев оценки отдаленных результатов.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Прооперированы 122 больных хроническим панкреатитом, среди них 103 (84,4%) мужчины и 19 (15,6%) женщин, средний возраст пациентов составил 45 лет. Алкогольная этиология ХП определена у 79 (64,8%), ХП после перенесенного острого панкреатита (панкреонекроза) – у 29 (23,8%), билиарный генез – у 6 (4,9%), идиопатический – у 8 (6,6%). При исследовании пациентов на гиперпаратиреоз (сывороточный ионизированный кальций, паратгормон) ни одного случая гиперпаратиреозной этиологии ХП не зафиксировано. Увеличение диаметра вирсунгова протока следующее: 4–8 мм – у 65 (53,3%), 8–12 и более – у 57 (46,7%). По формам ХП (классификация А.А. Шалимова и соавт., 1997) распределение следующее: псевдотуморозный – у 39 (31,9%), калькулезный – у 40 (32,8%), фиброзно-кистозный – у 17 (13,9%), фиброзно-дегенеративный с вовлечением смежных органов и нарушением их функции – у 26 (21,4%).

У всех больных отмечен абдоминальный болевой синдром и различные проявления экзокринной недостаточности поджелудочной железы, эндокринные нарушения обнаружены у 79 (64,8%).



Больным выполнена компьютерная томография, ультразвуковые исследования, включая доплерографию ветвей чревного ствола и портальной вены, эндоскопические исследования, включая эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию; определяли эндогенный инсулин, С-пептид, гликозилированный гемоглобин, онкомаркер СА 19-9, панкреатическую эластазу-1 кала; гистохимическими и иммуногистохимическими методами в интраоперационно взятых срезах поджелудочной железы из области головки, тела и хвоста определяли распространенность фиброза, коллаген I, III, IV типов, α -SMA-позитивные звездчатые клетки. В отдаленном периоде результаты лечения оценивали по разработанным в клинике критериям, а также с использованием международных опросников MOS SF-36 и EORTC QLQ-C30 STO22, оценивающих качество жизни пациентов.

У 64 (52,5%) пациентов (основная группа) произведена разработанная и защищенная патентом Украины паренхимосохраняющая операция: продольная тотальная панкреатодуоденостомия с продольной панкреатикоюнодуоденостомией по Ру. У 58 (47,5%) больных (группа сравнения) применяли резекционные операции (пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция, операции Бегера и Фрея).

Статистическая обработка результатов произведена с использованием приложения Microsoft Excel 2010.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По данным анализа, хирургическое лечение ХП проводится при различных осложненных формах и, как правило, с уже имеющимися к моменту операции выраженными нарушениями экзокринной и/или эндокринной функций на фоне тяжелого болевого синдрома. На современном этапе от хирургического лечения ХП требуется не только эффективное устранение возникших осложнений, но и строгое сохранение имеющегося к моменту операции функционального резерва поджелудочной железы (экзокринная, эндокринная функции). Кроме того, хирургическое лечение должно определяться низкой летальностью и минимальной частотой послеоперационных осложнений.

К сожалению, такой подход во многом только декларируется и пока еще фактически не имеет практического воплощения, если рассматривать проблему с позиций позднего направления больных для хирургического лечения в виде запущенных декомпенсированных форм и выполнения им на этом фоне практически «операций отчаяния».

Результаты многочисленных исследований, представленных на последних Европейских панкреатологических форумах (ЕРС 2009–2012) и мировых конгрессах по гепатопанкреатобилиарной хирургии (ИПРВА 2010, 2012), указывают на доминирующую роль протоковой гипертензии в развитии всех неблагоприятных последствий клинического течения ХП. Полное устранение протоковой гипертензии играет решающую роль в сохранении остающегося перед операцией пула ацинарно-клеточной массы поджелудочной железы (ПЖ), определяющей степень выраженности экзокринной недостаточности (от легкой до тяжелой). Исходя из этого, не вызывает сомнений, что показания к хирургическому лечению и современные оперативные вмешательства у больных ХП должны быть строго обоснованными и органосберегающего типа, не допускать даже минимальной потери части органа.

В проведенной работе показания к операции у больных ХП рассматривали с позиций хирургического видения проблемы, потому что выраженный консерватизм, который отмечают в гастроэнтерологии, за редким исключением допускает возможность своевременного хирургического лечения. Вместе с тем, неправильные показания и особенно неадекватный выбор способа операции зачастую влекут за собой неэффективность, а порой и ухудшение состояния больного после хирургического лечения, усиливая скептицизм гастроэнтерологов.

Современные классификации ХП, включая последнюю из них – M-ANNHEIM (2007), имеют расплывчатый и неконкретный характер показаний к хирургическому лечению, представляя, скорее, свод пожеланий, необязательных для исполнения. Происходит это из-за отсутствия в классификациях стержневого пункта, вокруг которого строилась бы программа того или иного вида лечения (консервативное, хирургическое). Такой стержневой основой в классификации должна быть оценка степени выраженности панкреатической протоковой гипертензии и определение этиологии ХП.

С учетом этого, любой этиологический вариант ХП с протоковой гипертензией (предлагаемая концепция) должен потенциально относиться к «хирургическому» типу. На основе проведенного анализа предлагается алгоритм направленности диагностического и лечебного процесса. К общепринятой международной классификации TIGAR-O (2001), основанной на исчерпывающей информации об этиологических аспектах ХП, необходимо к каждому ее этиологическому разделу добавить тезис: а) без протоковой гипертензии; б) с протоковой гипертензией. Именно такой подход изначально дисциплинирует врача и строго протоколно заставляет выполнить весь необходимый (скрининговый) объем диагностических методов для доказательства: есть или нет панкреатическая протоковая гипертензия.

Таким образом, этиологические варианты ХП без протоковой гипертензии полностью относятся к компетенции врача-гастроэнтеролога (панкреатолога), при этом скрининговый объем исследований должен включать стандартные УЗИ и КТ органов брюшной полости с акцентом на ПЖ, ФГДС с детальным осмотром большого дуоденального сосочка, рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки с барием, определение панкреатической эластазы-1 в кале и гликемический профиль. Сложные и инвазивные методы на этом этапе не показаны, однако если в дальнейшем наблюдаются прогрессирующие негативные изменения клинических проявлений ХП, то назначение этих исследований необходимо координировать совместно с хирургом.

В то же время, все варианты ХП с признаками протоковой гипертензии, определяемые на основе скринингового объема исследований, требуют обязательного совместного с хирургом назначения дальнейших сложных и инвазивных методов диагностики, включающих при необходимости ЭРХПГ, МРХПГ, эндоУЗИ с биопсией ПЖ, исследование онкомаркера СА 19-9, паратгормона, липидограммы, эндогенного инсулина, С-пептида, IgG, проведение генетической экспертизы (при возможности). Задачей такого расширенного исследования («хирургический» скрининг) является определение (поиск) анатомо-морфологических изменений ПЖ.



Увеличение в диаметре главного панкреатического протока (ГПП) является веским доказательством протоковой гипертензии, но этот исключительно ценный феномен необходимо рассматривать только вместе с другими вышеперечисленными критериями, увязывая их с данными о степени экзокринной и эндокринной недостаточности (есть или нет?), наличием болевого синдрома. Расширение ГПП в сочетании с одним, а тем более двумя признаками (например, боль, экзо-, эндокринная недостаточность) является определяющим аргументом для хирургического лечения, при этом значимым считается расширение диаметра ГПП 5 мм и более (Марсельско-Кембриджская классификация критериев визуализации, 1996). Именно такой алгоритм действий исключает неоправданную инертность наблюдения за больным при наличии доказанных главных феноменов «хирургического» ХП (боль, расширение ГПП, начальные проявления экзо- и/или эндокринной недостаточности).

Определение объективных критериев эффективности хирургического лечения больных ХП в отдаленном периоде имеет первостепенное значение. В проведенной работе в виде непреложного факта констатировали, что невозможно вернуть утраченные функции ПЖ, если к моменту операции уже безвозвратно погибла значимая часть ацинарно-клеточной массы, определяющая эти функции. Задача хирурга в этой непростой клинической ситуации – устранить болевой синдром и возникшие формы осложнений ХП, совершенно не усугубляя имеющийся к моменту операции оставшийся функциональный резерв ПЖ (экзо-, эндокринная функции). Именно сохранение такого оставшегося функционального резерва ПЖ на фоне устранения абдоминальной боли является одним из основных критериев хорошего результата, и его требуется подтвердить в отдаленном периоде как документально (соответствующими методами исследования), так и с помощью независимой самооценки самого больного (качество жизни на основе специальных опросников (MOS SF-36, EORTC QLQ-C30 STO22)). Переформатирование критериев эффективности хирургического лечения является исключительно важным для прогресса лечения ХП в целом.

Исходя из этого, разработанные в клинике критерии эффективности хирургического лечения больных ХП в отдаленном периоде следующие:

- *хороший результат*: отсутствие абдоминального болевого синдрома, наблюдавшегося до операции; показатели экзокринной и/или эндокринной функций ПЖ такие как до операции или лучше; отсутствие осложнений ХП, послуживших показанием к первичной операции.

- *удовлетворительный результат*: отсутствует либо наблюдается абдоминальный болевой синдром постоянного или периодического характера, но значительно меньшей интенсивности, чем до операции; показатели экзокринной и/или эндокринной функций ПЖ хуже, чем до операции, но не требуется радикальный пересмотр корригирующей терапии (увеличение доз ферментных препаратов в 2 раза, переход на инсулинотерапию или увеличение доз инсулина); наблюдается рецидив осложнений ХП, но он носит мало-симптомный характер и не требует реоперации.

- *неудовлетворительный результат*: абдоминальный бо-

левой синдром рецидивировал или остался после операции практически такой же интенсивности; показатели экзокринной и/или эндокринной функции ПЖ значительно ухудшились, что требует радикального пересмотра корригирующей терапии в виде увеличения доз ферментных препаратов в 2 и более раза, перевода на инсулин или увеличения доз инсулина; наблюдается рецидив осложнений ХП, носящий симптомный характер и требующий проведения инвазивных вмешательств или реоперации.

По данным проведенного исследования, хорошие результаты в отдаленном периоде отмечены у 92,6% больных, которым выполняли паренхимосохраняющую операцию; удовлетворительные – у 4 (7,4%); неудовлетворительные результаты не отмечены. В то же время, после резекционных операций хорошие результаты признаны только у 53,1% больных, удовлетворительные – у 32,7% и неудовлетворительные – у 14,3%.

ВЫВОДЫ

Больным ХП необоснованно длительно проводят консервативное лечение, нередко ведущее к функциональной недостаточности (экзокринной, эндокринной).

Отсутствует должная преемственность между консервативным и хирургическим лечением.

Реструктурированная классификация TIGAR-O с дополнениями, определяющими направленность динамического и лечебного процесса при хроническом панкреатите, уточняет показания к хирургическому лечению.

Критерии оценки отдаленных результатов хирургического лечения ХП должны максимально объективно оценивать анатомические и функциональные изменения ПЖ, определяющие качество жизни больного.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Метаболическая панкреатология / Губергриц Н.Б., Казюлин А.Н. – Донецк: «Лебедь», 2011. – 514 с.
2. Резекция головки поджелудочной железы при хроническом панкреатите. Как делать и как называть? (аналитический обзор) / Егоров В.И., Вишневский В.А., Щастный А.Т. и др. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2009. – №8. – С. 57–66.
3. Hospitalization, frequency of interventions, and quality of life after endoscopic, surgical, or conservative treatment in patients with chronic pancreatitis / Rutter K, Ferlitsch A, Sautner T, Püspök A, Göttinger P, Gangl A, Schindl M. // World J Surg. – 2010. – Vol. 34 (11). – P. 2642–3647.
4. Хронический панкреатит: мифы и реальность. Современные аспекты фармакотерапии гастроэнтерологических заболеваний / Маев И.В., Кучерявый Ю.А., Москалева А.Б.; под ред. И.В. Маева. – М.: ИД «Бионика», 2012. – С. 220–229.
5. Хирургическое лечение хронического панкреатита / Копчак В.М., Копчак К.В., Перерва Л.А., Дувалко А.В. // Здоров'я України. – 2012. – №1 (7). – С. 18–19.
6. Surgical therapy of chronic pancreatitis: indications, techniques and results / Strobel O., Buchler M.W., Werner J. // Int. J. Surg. – 2009. – Vol. 7 (4). – P. 305–312.
7. Long-term quality of life after surgery for chronic pancreatitis / van Loo E.S., van Baal M.C., Goosen H.G., Ploeg K.J., Nieuwenhuijs V.B. // Br. J. Surg. – 2010. Vol. 97 (7). – P. 1079–1086.
8. Surgical treatment of chronic pancreatitis / Farkas G. // Magy Seb. – 2011. – Vol. 64 (2). – P. 63–68.
9. Diseases of the Pancreas / Beger H.G., Matsuno S., Cameron J.L. – Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2008. – 905 p.
10. Chronic pancreatitis, pseudotumors and other tumor-like lesions / Kloppel G. // Modern Pathology. – 2007. – Vol. 20. – P. 113–131.

Сведения об авторах:

Клименко А.В., к. мед. н., доцент каф. госпитальной хирургии ЗГМУ.

Клименко В.Н., д. мед. н., профессор, зав. каф. факультетской хирургии ЗГМУ.

Стешенко А.А., аспирант каф. факультетской хирургии ЗГМУ.