

## ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БИЛИАРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

<sup>1</sup> УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup> УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска

---

Целью нашего исследования было оценить целесообразность индивидуального подхода при выполнении различных видов дренирующих операций, у пациентов, страдающих хроническим панкреатитом (ХП) с расширением интрапанкреатической части общего желчного протока (ИЧ ОЖП). По нескольким критериям без рандомизации проведен проспективный анализ результатов обследования и выполнения различных вариантов операций у 44 пациентов, которые были оперированы в связи с наличием стеноза ИЧ ОЖП на фоне ХП с января 2007 г. по декабрь 2011 г. На выбор адекватного хирургического пособия при стенозе ИЧ ОЖП на фоне ХП влияет локализация основного патологического очага в ПЖ, вероятность малигнизации процесса.

**Ключевые слова:** хронический панкреатит, стеноз интрапанкреатической части общего желчного протока, хирургическое лечение.

**S.M. Rashchynski<sup>1,2</sup>, S.I. Tretyak<sup>1</sup>, N.T. Rashchynskay<sup>2</sup>**

### **RESULTS OF THE SURGICAL TREATMENT BILIARY TRACT OBSTRUCTION IN CHRONIC PANCREATITIS**

The purpose of our research was to estimate expediency of an individual approach in performance of various kinds operations, at the patients, suffering from chronic pancreatitis (CP) with common bile duct stricture (CBDS). It was performed prospective research by several criteria without randomization. We have analyzed results of the surgical treatment at 44 patients suffering from CP with CBDS on the basis of the surgical hepatology department in Minsk from January, 2007 till December 2011. Surgical approach in treatment of CP must be strictly individual and should depend on the localization of the basic pathological process and associated pathologies.

**Keys words:** chronic pancreatitis, common bile duct stricture, surgical treatment.

---

**Х**ронический панкреатит (ХП) в морфологическом плане всегда характеризуется наличием необратимых изменений паренхимы поджелудочной железы (ПЖ) с замещением ее фиброзной тканью [1, 6]. Кроме интрапанкреатических изменений в ткани ПЖ, которые приводят к развитию болевого синдрома, у 3-50% пациентов [5, 10, 11] в клинической картине прогрессирующего ХП появляется различной степени выраженности синдром стеноза интрапанкреатической части общего желчного протока (ИЧ ОЖП). В первую очередь его характер определяется тем, что только у 85% людей ИЧ ОЖП окружена тканью паренхимы головки ПЖ на протяжении от 15 до 60 мм [3]. Таким образом, у части пациентов этот синдром проявляется только длительным повышением щелочной фосфатазы и аланинаминотрансферазы без других лабораторных признаков механической желтухи или порой стойким увеличением диаметра ОЖП. В подавляющем числе наблюдений желтуха носит периодический характер, что связано с эпизодами обострения ХП, особенно на фоне кальцификации паренхимы или наличием псевдокист в головке ПЖ. В редких наблюдениях желтуха сопровождается клиникой холангита (до 10%) или в 7,3% случаях является проявлением цирроза печени [8]. Широкая вариабельность клинических проявлений стеноза ИЧ ОЖП зависит от смыслового подхода авторов к описанию этого синдрома и характера анализируемой группы пациентов [3, 12]. В группе больных, оперированных по поводу различных осложнений ХП, она достигает максимального значения [5].

### Цели исследования:

1. Определить характер клинических проявлений и диагностических критериев, соблюдение которых в каждом конкретном случае позволит улучшить качество жизни после выполнения хирургических вмешательств у пациентов со стенозом ИЧ ОЖП на фоне ХП.

2. Оценить целесообразность индивидуального подхода при выполнении различных видов дренирующих операций, у пациентов, страдающих ХП с расширением ИЧ ОЖП.

### Материалы и методы

По нескольким критериям без рандомизации проведен проспективный анализ результатов обследования и выполнения различных вариантов операций у 44 пациентов, которые были оперированы в связи с наличием стеноза ИЧ ОЖП на фоне ХП с января 2007 г. по декабрь 2011 г. включительно на базе отделения хирургической гепатологии.

В 20 случаях, когда патологический процесс сопровождался увеличением головки ПЖ, была выполнена локальная неанатомическая резекция головки ПЖ в одном из вариантов операции Фрея (ОФ) с дополнительным билиодигестивным анастомозом. Пилоросохраняющий вариант панкреатодуоденальной резекции (ППДР) был произведен у 3 больных (из-за отсутствия возможности исключить злокачественный процесс в головке ПЖ). У 21 пациента с целью коррекции стеноза ИЧ ОЖП был наложен супрадуоденальный холедоходуоденостомоз (ХДА). При выполнении реконструктивного этапа операции мы придерживались следующих принципов: наложение панкреатодигестивного, билиодигестивного, меж-

кишечного анастомозов по принципу «однорядного непрерывного шва монофиламентной нитью без натяжения тканей».

До операции протокол обследования включал ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ ОБП – скрининг-методика для обоснования необходимости выполнения других методов исследования), фиброгастродуоденоскопию с осмотром зоны большого дуоденального соска. Во всех случаях с целью оценки характера изменений паренхимы ПЖ и главного панкреатического протока (ГПП) ПЖ была выполнена спиральная компьютерная томография органов брюшной полости (СКТ ОБП) на аппарате GE “Light Speed Pro16” по стандартной методике с внутривенным болюсным усилением (толщина среза 2,5 мм). В сложных диагностических случаях (синдром холестаза, расширение ГПП ПЖ, уточнения характера связи псевдокист ПЖ с ГПП) протокол исследования дополнен магнитной резонансной томографией (МРТ ХПГ – у 4 больных).

Результаты выполнения различных вариантов операций были проанализированы по характеру послеоперационных осложнений и наличию летальных исходов в течение 30 дней с момента проведения операции. С целью оценки качества жизни оперированных больных проведен анализ показателей русифицированной версии опросника SF-36 v.2™. [2]. Опрос пациентов был проведен накануне хирургического вмешательства и после выписки из стационара (учтены данные анкет, полученных при опросе через 10 – 12 месяцев после выполнения операций). Полученные данные обрабатывались с использованием пакета программ Statistica 6.0 для Windows XP с применением непараметрического критерия Уилкоксона (сравнение анализируемых показателей в группе до и после лечения).

### Результаты и обсуждение

В период с 2007 – 2011 гг. на базе отделения хирургической гепатологии было оперировано 582 пациента по поводу различных осложнений ХП. Из них у 44 (7,56%) пациентов были выполнены различного вида реконструктивные операции на желчевыводящих протоках. Среди них было 25 мужчин и 19 женщин. Средний возраст пациентов – ME [25%-75%] = 55,5 [37,0-61,2] лет. У 23 (52,3%) больных удалось установить связь развития ХП с употреблением алкогольных напитков и табакокурением. Во всех этих случаях патологический процесс сопровождался преимущественным поражением ткани головки ПЖ с кальцификацией паренхимы или наличием камней в ГПП ПЖ.

Клиническая картина заболевания в описываемой нами группе пациентов была представлена следующими симптомами. Наиболее частым из них была боль различной степени интенсивности и постоянства, которая имела место у 41 (93,2%) больного. Синдром холестаза различной степени выраженности присутствовал во всех случаях, симптомы хронической дуоденальной непроходимости были отмечены у 10 (22,7%) пациентов. Клиническая характеристика всех пациентов, которым в последующем были выполнены различного объема оперативные вмешательства, представлена в таблице 1.

Разнообразие клинической картины осложнений ХП в группе наблюдения потребовало дифференцированного подхода к хирургическому лечению этих 44 пациентов. Так, прежде всего локализация патологического процесса в ткани головки ПЖ, который в 23 случаях сопровождался увеличением ее размеров (у 10 больных за счет формирования псевдокист в головке ПЖ) порой в сочетании с кальцификацией и вируснолитиазом (табл.1) потребовал выполнения резекционно-дренирующих вариантов оперативных вмешательств на ПЖ. У 20 пациентов их объем ограничился локальной неанатомической резекцией ткани ПЖ в одном из вариантов ОФ с дополнительным билидигестивным анастомозом. У 2 больных (размеры головки ПЖ в пределах 40 мм, кальцификация ее ткани, отсутствие нарушения пассажа по ДПК) ОФ была дополнена супрадуоденальным ХДА. У 10 пациентов с замещением ткани головки ПЖ полостями псевдокист был сформирован анастомоз интрапанкреатической части ОЖП с фиброзной оболочкой кисты по принципу «открытой двери» [9]. В 8 случаях ОФ была дополнена наложением холедохоюноанастомоза «бок-в-бок» с использованием единой петли тощей кишки для формирования панкреатодигестивного и билиодигестивного соустья. В случаях (3 пациента), когда проведенные исследования не позволили исключить злокачественный процесс в ПЖ на фоне ХП, была произведена ППДР. В этой группе, состоявшей из 23 больных, в ближайшем послеоперационном периоде у 2 пациентов были зафиксированы поверхностные нагноения послеоперационной раны. Летальных исходов после выполнения всех видов резекционно-дренирующих операций на ПЖ не было.

При анализе данных, полученных после выполнения УЗИ ОБП, СКТ ОБП, МРТ-ХПГ, у 21 пациента с целью коррекции стеноза ИЧ ОЖП был наложен супрадуоденальный ХДА. Во всех случаях стеноз ИЧ ОЖП не сопровождался увеличением головки ПЖ с клиническими симптомами хронической дуоденальной непроходимости. У 8 больных до оперативного вмешательства был выявлен множественный холедохолитиаз. В ближайшем послеоперационном периоде только в одном случае имело место нагноение раны у пациентки с инсулиннуждающейся формой сахарного диабета.

Для сравнения результатов лечения через 10 – 12 месяцев после операции проанализированы показатели русифицированного опросника оценки качества жизни SF-36 v.2™ [2], изменения которых позволяют оценить динамику качества жизни у пациентов после выполнения различного вида оперативных вмешательств. Анализ анкет был проведен у 35 больных (79,5%). Девять пациентов не ответили на вопросы анкеты по почтовому отправлению или не явились для контрольного обследования в стационар. Результаты оценки качества жизни, полученные в группе наблюдения накануне хирургического вмешательства и после операции, представлены в таблице 2.

При сравнении показателей анкет SF-36 v.2™ у оперированных пациентов выявлено улучшение качества жизни по всем сравниваемым показателям (р

Таблица 1. Клиническая характеристика пациентов.

Клинические и диагностические показатели	Абсолютное число и (проценты)
Количество больных	44 (100%)
Пол (муж. / жен.)	25 / 19 (56,8% и 43,2%)
Возраст (годы, Ме [25%; 75%])	55,5 [37,0-61,2]
Длительность заболевания (месяцы, Ме [25%; 75%])	13 [1,1; 34]
Этиология (алкоголь, табак)	23 (52,3%)
Наличие боли в животе	41 (93,2%)
Потеря массы тела > 10%	26 (59,0%)
Размеры головки ПЖ	30-35 мм = 21 (47,7%)
	51-80 мм = 23 (52,3%)
Кальцификация ПЖ	23 (52,3%)
Псевдокисты ПЖ (интрапанкреатической и перипанкреатической локализации > 20 мм)*	10 (22,7%)
Подпеченочная форма портальной гипертензии	12 (27,3%)
Вируснолитиаз	13 (29,5%)
Стеноз ДПК различной степени компенсации	10 (22,7%)
Стеноз общего желчного протока	44 (100%)
Морфологические изменения (Согласно Кембриджской классификации [4]) **	Стадия IV = 19 (43,2%)
	Стадия V = 4 (9,1%)
Сахарный диабет (специфический инсулиннуждающийся)	4 (9,1%)

ПЖ – поджелудочная железа; ДПК – двенадцатиперстная кишка;

Ме [25%; 75%] Ме - медиана. 25% - значение 25-го перцентиля; 75% - значение 75-го перцентиля;

\* – изолированные интрапанкреатические кисты в головке ПЖ – 8; сочетание интрапанкреатической кисты в головке ПЖ и перипанкреатической кисты – 2;

\*\* – в 21 случае, когда был наложен холедоходуоденоанастомоз, морфологическое исследование ткани ПЖ не проводилось.

Таблица 2. Сравнение качества жизни пациентов до и после оперативного лечения согласно опроснику SF-36 v.2tm

Показатели	Различные варианты билиодигестивных анастомозов (N = 35) Me [25%-75%]		
	До операции	После операции	Уровень, p
Физическое функционирование (PF)	(26,5) [22,5-30]	(72,5) [70-75]	p<0,01
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	(0) [0-0]	(75) [62,5-75]	p<0,01
Интенсивность боли (BP)	(20) [12-24]	(100) [84-100]	p<0,01
Общее состояние здоровья (GH)	(32) [25-35]	(54,5) [52-62]	p<0,01
Жизненная активность (VT)	(22) [10-28]	(65) [60-75]	p<0,01
Социальное функционирование (SF)	(25) [12,5-25]	(81,3) [75-87,5]	p<0,01
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	(0) [0-0]	(100) [66,7-100]	p<0,01
Психическое здоровье (MH)	(22) [20-28]	(76) [72-84]	p<0,01
Физический компонент здоровья (PF\RP\BP\GH\=PHs)	(27,7) [25,0-30,6]	(45,5) [42,5-49,0]	p<0,01
Психологический компонент здоровья (VT\SF\RE\MH\=MHs)	(22,2) [22,1-29,5]	(54,5) [51,1-58,2]	p<0,01

PF\RP\BP\GH\PHs\VT\SF\RE\MH\MHs – сокращения в английской аббревиатуре, оцениваемых показателей;  
p – Степень достоверности для критерия Уилкоксона;  
Me [25%-75%] Me – медиана. 25% - значение 25-го百分иля. 75% - значение 75-го百分иля.

< 0,01). Полученные данные подтверждают целесообразность и эффективность выполнения различного вида билиодигестивных анастомозов, у больных страдающих стенозом ИЧ ОЖП на фоне ХП.

По данным литературы, клинические проявления стеноза ИЧ ОЖП могут варьировать в широких пределах от бессимптомного расширения ОЖП до сепсиса на фоне клиники холангита [3, 8, 10, 11]. Эти особенности клинической картины вызывают неоднозначное отношение к хирургическому подходу в лечении этих пациентов. Так Kalvaria I. и соавт. [10] на основании результатов ретроспективного анализа 25 случаев считают, что хирургическое лечение целесообразно лишь в случаях холедохолитиаза, так как в других случаях желтуха самопроизвольно разрешилась в течение одного месяца на фоне консервативной терапии. Однако, по нашему мнению, ретроспективный характер наблюдений не позволяет сделать таких однозначных выводов. На основании результатов нашего исследования и обзора публикаций [3, 7, 8] можно сформулировать следующие показания к хирургическому лечению, пациентов страдающих стенозом ИЧ ОЖП: клиническая картина холангита, обусловленная стриктурой ОЖП и/или холедохолитиазом; механическая желтуха на фоне ХП, не поддающаяся консервативной терапии в течение 1 месяца; наличие повышения щелочной фосфатазы более чем в три раза, которое сохраняется более одного месяца на фоне расширения ОЖП («синдром скрытого холестаза»); отсутствие возможности достоверно исключить злокачественную природу поражения ПЖ на фоне ХП.

Не существует единого подхода и к типу хирургического вмешательства. Большинство исследователей отрицает целесообразность холецистодигестивного анастомоза в любом его варианте в связи с тем, что симптомы заболевания рецидивируют в течение 6 – 12 месяцев наблюдения у 23 – 55% пациентов [3, 12]. Если патологический процесс, который вызывает стеноз ИЧ ОЖП, сопровождается увеличением головки ПЖ, порой в сочетании с хронической дуоденальной непроходимостью, целесообразно выполнение ОФ с холедохоеюностомией или ППДР [3, 7, 12]. Правильность сочетания резекционно-дренирующих операций на головке ПЖ с различными вариантами билиодигестивного анастомоза подтверждает улучшение качества жизни у 23 больных в нашем исследовании, которым хирургическое вмешательство выполнено согласно этим принципам.

В случаях отсутствия нарушения пассажа по двенадцатиперстной кишке вполне приемлемым является ХДА, так как неудовлетворительные результаты его применения зарегистрированы не более чем у 2,5% пациентов [5, 10]. Целесообразность его применения подтверждают и результаты нашего проспективного исследования.

#### Выводы

1. На выбор адекватного хирургического пособия при стенозе ИЧ ОЖП на фоне ХП влияет локализация основного патологического очага в ПЖ, вероятность малигнизации процесса.

2. В случаях, когда первичный источник патологического процесса локализуется в головке подже-



лудочной железы целесообразно сочетание резекционно-дренирующих оперативных вмешательств (ОФ или ППДР) на головке ПЖ с различными вариантами билиодигестивных анастомозов.

3. Коррекция стеноза ИЧ ОЖП в виде супрадуоденального ХДА достоверно улучшает качество жизни в группе пациентов, у которых отсутствуют признаки хронической дуоденальной непроходимости.

### Литература

1. *Маев, И.В., Кучерявый Ю.А.* Болезни поджелудочной железы: практическое руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 736 с.
2. *Новик, А.А., Ионова Т. И.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М., ОЛМА-ПРЕСС; 2002: 314с.
3. *Abdallah, A.A., Krige J.E., Bornman P.C.* Biliary tract obstruction in chronic pancreatitis. *HPB (Oxford)* 2007; 9(6): 421–428.
4. *Axon, A.T., Classen M., Cotton P.B., et al.* Pancreatography in chronic pancreatitis: inter-national definitions. *Gut* 1984; 25: 1107–1112.
5. *Beger, H.G., Schlosser W., Friess H.M., Büchler M.W.* Duodenum-preserving head resection in chronic pancreatitis changes the

natural course of the disease. A single-centre experience. *Ann Surg* 1999; 230:512–523.

6. *Etemad, B., Whitcomb D.C.* Chronic pancreatitis: diagnosis, classification, and new genetic developments. *Gastroenterology* 2001; 120:682–707.

7. *Frey, C.F., Andersen D.K.* Surgery of chronic pancreatitis. *Am J Surg* 2007; 194:53–60.

8. *Frey C.F., Suzuki M., Isaji S.* Treatment of chronic pancreatitis by obstruction of the bile duct or duodenum. *World J Surg* 1990; 14: 59–69.

9. *Gloor, B., Friess H., Uhl W., Büchler M.W.* A modified technique of the Beger and Frey procedure in patients with chronic pancreatitis. *Dig Surg* 2001; 18(1): 21–25.

10. *Kalvaria, I, Bornman P, Marks I, et al.* The spectrum and natural history of common bile duct stenosis in chronic alcohol induced pancreatitis. *Ann Surg* 1989; 210: 608 – 613.

11. *Petrozza, J, Dutta S.* The variable appearance of distal common bile duct stenosis in chronic pancreatitis. *J Clin Gastroenterol* 1985;7: 447 – 450.

12. *Vijungco, J.D., Prinz R.A.* Management of biliary and duodenal complications of chronic pancreatitis. *World J Surg.* 2003; 27(11): 1258–1270.

Поступила 14.04.2013 г.