

ВЫБОР ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

*¹Шулейко А.Ч., Воробей А.В., ^{2,1}Боровик Е.А., ¹Старостин А.М.,
¹Дыбов О.Г., ¹Чернявский А.Н.*

*¹ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Минск, Республика Беларусь*

*²УЗ «Минская областная клиническая больница», Минск, Республика
Беларусь*

Введение: Проблема планового хирургического лечения хронического панкреатита (ХП) является высокоактуальной из-за неуклонного роста заболеваемости. Хроническая интенсивная некурабельная боль в животе является доминирующим симптомом хронического панкреатита. Ведущие теории патогенеза объясняют ее гипертензией в магистральных панкреатических протоках и нейроиммунным воспалением в головке поджелудочной железы (ПЖ). В соответствии с этим, предложены дренирующие и резекционно-дренирующие операции, которые сегодня наиболее популярны. Несмотря на отработанную технику основных операций при хроническом панкреатите, остаются высокими уровни послеоперационных осложнений, летальности, повторных вмешательств. Нет единого подхода к способам желчеотведения при возникновении билиарной гипертензии и ликвидации хронических нарушений дуоденальной проходимости, сохраняется высокий риск кровотечений из ложа поджелудочной железы в просвет панкреатоюноанастомоза и несостоятельности его швов.

Цель. повысить качество хирургического лечения пациентов с хроническим панкреатитом за счет уточнения патогенеза, индивидуализации хирургической тактики и внедрения современных технологий.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 710 пациентов с хроническим панкреатитом в период с 2010 по 2022 годы в Республиканском центре хирургической гастроэнтерологии и колопроктологии на базе УЗ «Минская областная клиническая больница». Из них 78 резекционных (в т.ч. 34 ПДР), дренирующих (Partington – Rochelle, панкреатогастростомия) – 143, резекционно-дренирующих (Frey, Vern) – 376, шунтирующих при билиарной и дуоденальной обструкции – 97, вирсунгэктомия 16. Сформировано 672 панкреатоюноанастомозов, 187 билиодигестивных соустья (88 интрапанкреатических и 99 экстрапанкреатических ГЕА и ХДА). Дренирование полости ПЕА и петли по Ру применили в 103 случаях. 84 операции выполнили с применением лазерного излучения. Для ликвидации периферической панкреатической гипертензии в левом секторе ПЖ была разработана и внедрена (n=82) в клинику операция «цилиндрической вирсунгэктомии» (патент № 20367 Республики Беларусь).

Основой диагностической программы были компьютерная томография, ангиография бассейна чревного ствола, перфузионная магнитно-резонансная томография. Интраоперационно определяли насыщение тканей ПЖ кислородом и давление в протоковой системе ПЖ. Проводили ИГХ ткани ПЖ, а также ИФА крови для оценки уровня молекулярно-биологических маркеров воспаления и фиброза, Энергетический и кислородный статусы ткани ПЖ оценивали по содержанию гликогена

Результаты и обсуждение. По данным электронной микроскопии ПЖ, прямой интраоперационной оксиметрии и манометрии, перфузионной МРТ и гистохимической оценки уровня гликогена в ткани ПЖ при ХП доказано, что в ПЖ прогрессирует гипоксия, обусловленная нарушениями микроциркуляции, которые вызваны прогрессированием фиброза и повышенным внутрипротоковым давлением. Достоверная корреляция снижения уровня насыщения ткани ПЖ кислородом с выраженностью фиброза открывает новую ветвь патогенеза рубцового перерождения ПЖ при ХП: «фиброз > гипоксия > прогрессирование фиброза > прогрессирование протоковой гипертензии > усугубление гипоксии > стойкая абдоминалгия > и т.д.».

Ранее доказано о существовании панкреатической гипертензии в Вирсунговом протоке, что можно обозначить как магистральная протоковая гипертензия (МПГ). По результатам электронно-микроскопического, морфологического и морфометрического исследований периферических отделов паренхимы ПЖ выявлены две причины нарушения оттока панкреатического сока из периферических протоков: их рубцовые стриктуры и стенозирование и периферические панкреатолиты. Такие патологические процессы обуславливают возникновение и прогрессирование периферической протоковой гипертензии (ППГ), которая является новым этиологическим фактором стойкой абдоминалгии.

С учетом вышеприведенной классификации предложен дифференцированный подход к выбору объема операции при ХП в зависимости от локализации процесса в правом или(и) левом секторе и вида панкреатической гипертензии: 1) При МПГ в головке ПЖ - локальная передняя резекция головки в объеме операции Frey; 2) При периферической и комбинированной ПГ в головке ПЖ - субтотальная резекция головки в объеме операции Beger или Bern; 3) При МПГ в теле и хвосте ПЖ - Partington – Rochelle; 4) Периферическая и комбинированная ППГ в теле и хвосте ПЖ - вирсунгэктомия; 5) При сочетании патологии в различных анатомических отделах ПЖ необходимо последовательное выполнение соответствующих этапов операций; 6) При рецидивах абдоминалгии после дренирующих вмешательств показано снятие ПЕА, резекция головки ПЖ в соответствии с п.п. 1-2, вирсунгэктомия или V-образное иссечение тела ПЖ по типу Izbicki, повторное формирование ПЕА.

Послеоперационные осложнения развились 18,8% наблюдений. Осложнения со стороны брюшной полости составили 49,5% от всех. После

выполненных операций открылось 24 дуоденальное или тонкокишечное кровотечение. Неинтенсивные кровотечения из зоны ПЕА (n=5) и некроза медиальной стенки ДПК (n=4) остановлены консервативно. В 15 наблюдениях интенсивных кровотечений выполнено 12 релапаротомий (57,1%) с проведением гемостаза кровоточащей поверхности ПЖ и реконструкцией ПЕА; дважды гемостаз достигнут рентгеноэндоваскулярно, в одном случае выполнен успешный ДБЭ - лазерный гемостаз. Релапаротомии выполнены у 43 пациентов (6,1%). После операций умерли 4 пациента (0,6%). В целом после операций во всей группе наблюдения средний балл боли по шкале «Pain Score Izbicki» был достоверно снижен с 7,8 до 1,8 [1,0;3,0] (Wilcoxon 4,63; p=0,0001).

Для профилактики развития осложнений и улучшения результатов лечения наиболее значимыми являются: индивидуализированный выбор операции, ликвидация всех осложнений в ходе одной операции, дренирование полости ПЕА и петли по Ру, внедрение двухбаллонной энтероскопии, программы «хирургии укоренного выздоровления» (ERAS), рентгеноэндоваскулярной и лазерной хирургии.

Выводы. внедрение патогенетической индивидуализированной хирургической тактики и современных технологий позволило улучшить результаты хирургического лечения пациентов с хроническим панкреатитом.