

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА БИЛИАРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Равил Шамилович Шаймарданов¹, Руслан Фирдусович Губаев²,
Ильдар Илдусович Хамзин², Ильмир Ильдарович Нуриев^{2*}

¹Казанская государственная медицинская академия, г. Казань, Россия;

²Городская клиническая больница №7, г. Казань, Россия

Поступила 04.07.2016; принята в печать 26.07.2016.

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2016-828

Цель. Изучить эффективность панкреато- и билиодигестивных шунтирующих операций в сочетании с резекцией и без резекции головки поджелудочной железы в хирургическом лечении синдрома билиарной гипертензии при хроническом панкреатите.

Методы. Приведён анализ хирургического лечения 87 больных хроническим панкреатитом, осложнённым нарушением проходимости желчевыводящих путей. У 78 пациентов стриктуры носили тубулярный характер и имели протяжённость 2–4 см, у 9 пациентов стриктуры имели форму «крысиного хвоста» и протяжённость 5–7 см.

Результаты. У 37 пациентов сформированы различные варианты билиодигестивных анастомозов без вмешательства на поджелудочной железе. Неудовлетворительные результаты после холедоходуоденального анастомоза при хроническом панкреатите в отдалённом периоде зарегистрированы у 3 из 8 опрошенных пациентов. Оптимальным вариантом билиодигестивного шунтирования при хроническом панкреатите с синдромом билиарной гипертензии служит гепатикоюноанастомоз. У 13 пациентов выполнены различные вмешательства на желчевыводящих путях в сочетании с резекцией головки поджелудочной железы по Фрею. При обструктивных формах хронического панкреатита с выраженной панкреатической гипертензией у 13 пациентов выполнена панкреатовирзунгостомия без резекции головки поджелудочной железы. В отдалённые сроки после этих операций у 7 из 10 опрошенных больных явления билиарной гипертензии полностью не разрешились. Лучшие результаты получены при сочетании дренирующих панкреатических протоки вмешательств с резекцией головки поджелудочной железы по Фрею.

Вывод. При тубулярных стриктурах холедоха панкреатогенного генеза, когда на первый план выступают симптомы билиарной гипертензии, методом выбора хирургического лечения служит гепатикоюноанастомоз; дуоденосохраняющие резекции головки поджелудочной железы при хроническом панкреатите, осложнённом билиарной гипертензией, необходимо сочетать с дренирующими желчевыводящие пути операциями.

Ключевые слова: хронический панкреатит, билиарная гипертензия, механическая желтуха, резекция головки поджелудочной железы, билиодигестивные анастомозы.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF BILIARY HYPERTENSION SYNDROME IN CHRONIC PANCREATITIS

R.S. Shaymardanov¹, R.F. Gubaev², I.I. Khamzin², I.I. Nuriev²

¹Kazan state medical academy, Kazan, Russia;

²City clinical hospital №7, Kazan, Russia

Aim. To study the efficacy and pancreatic and biliodigestive bypass surgeries combined with or without resection of the pancreatic head in the surgical treatment of biliary hypertension syndrome in chronic pancreatitis.

Methods. The analysis of surgical treatment of 87 patients with chronic pancreatitis complicated with biliary tract obstruction was performed. In 78 patients the strictures were tubular and had a length of 2–4 cm, 9 patients had «rat's tail» shaped strictures and a length of 5–7 cm.

Results. In 37 patients various biliodigestive anastomoses without intervention on the pancreas were performed. Unsatisfactory results of choledochoduodenal anastomosis in chronic pancreatitis in long-term follow-up were reported in 3 of 8 interviewed patients. The optimal variant of biliodigestive bypass in chronic pancreatitis with biliary hypertension syndrome is hepaticojunal anastomosis. In 13 patients different interventions on biliary tract in combination with resection of pancreatic head by Frey were performed. In 13 patients with obstructive forms of chronic pancreatitis with severe pancreatic hypertension pancreaticojejunostomy without resection of the pancreatic head was performed. In the long-term follow up after these surgeries in 7 out of 10 patients the signs of biliary hypertension did not completely resolve. The best results were obtained by using draining pancreatic duct interventions with pancreatic head resection by Frey.

Conclusion. In tubular pancreatogenic strictures of the common bile duct when the symptoms of biliary hypertension are severe, the method of choice is hepaticojunal anastomosis; duodenum preserving resection of pancreatic head in chronic pancreatitis complicated with biliary hypertension should be combined with bile duct draining operations.

Keywords: chronic pancreatitis, biliary hypertension, obstructive jaundice, pancreatic head resection, biliodigestive anastomoses.

Хронический панкреатит (ХП) — хроническое рецидивирующее заболевание поджелудочной железы (ПЖ), приводящее к прогрессирующей атрофии железистой ткани

органа, замещению соединительной тканью клеточных элементов паренхимы, поражению протоков, болевому синдрому и потере экзо- и эндокринной функций железы.

В России заболеваемость ХП составляет от 25 до 35, а в западных странах — около

10 случаев на 100 тыс. населения в год [2, 3].

Одно из осложнений ХП — нарушение проходимости внепечёчных желчевыводящих путей (ЖВП) за счёт сдавления холедоха рубцово-трансформированной тканью и кистами ПЖ [8].

Протяжённость стриктуры обычно составляет от 2 до 4 см и имеет тубулярную форму (тубулярная стриктура). При больших кистах головки ПЖ и псевдокистах протяжённость стриктуры доходит до 5–7 см, приобретая форму «крысиного хвоста». Просвет протока может быть сужен до 1–2 мм. При псевдотуморозных ХП развивается выраженная деформация суженных участков.

Билиарная гипертензия при ХП наблюдается у 30–35% больных и не всегда сопровождается механической желтухой [1, 4]. Механическая желтуха возникает у 15% больных ХП [4, 9]. При неразрешённой билиарной гипертензии у 12–42% больных ХП развивается билиарный цирроз печени [4, 5]. Именно поэтому хирургическая коррекция проходимости ЖВП и разрешение синдрома билиарной гипертензии у больных ХП является актуальной проблемой хирургии.

Выбор объекта и способа хирургического вмешательства для восстановления проходимости ЖВП при ХП — непростая задача.

Некоторые авторы [5, 6] считают, что лечебные мероприятия в первую очередь должны быть направлены на устранение патологического процесса в головке ПЖ, приводящего к сдавлению жёлчного протока, путём внутреннего или наружного дренирования панкреатических протоков и кист ПЖ. По их мнению, после достижения декомпрессии восстанавливается желчеотток и отпадает необходимость шунтирования ЖВП.

Однако другие авторы [3, 4] указывают, что при декомпрессии панкреатических протоков и псевдокист в 50% случаев и более проходимость ЖВП не восстанавливается. При операциях, выполняемых на фоне механической желтухи и холангита, корригирующие операции на ПЖ не всегда приводят к нормализации желчеоттока. В таких случаях операции на ПЖ следует дополнять одним из вариантов билиодигестивных анастомозов [7, 10].

Существует три варианта билиодигестивных анастомозов: холецистоюноанастомозы, холедоходуоденоанастомозы

(ХДА) и холедохоюноанастомозы, или гепатикоюноанастомозы.

По данным ряда авторов [3], после холецистодигестивных анастомозов у 40% пациентов возникает необходимость реконструктивных операций, поэтому холецистодигестивные анастомозы при ХП формируют крайне редко. Некоторые авторы [2] отдают предпочтение ХДА как наиболее простому для технического исполнения. Однако при ХП формирование ХДА может быть затруднено в связи с малой подвижностью двенадцатиперстной кишки из-за увеличенных размеров головки ПЖ. Кроме того, в подобных ситуациях нарушается моторико-эвакуационная функция двенадцатиперстной кишки, что становится причиной рефлюкс-холангитов после ХДА [3]. Наиболее выгоден в функциональном отношении при ХП гепатикоюноанастомоз на выключенной по Ру петле тощей кишки (Ру-петля).

В настоящее время основным показанием для хирургического лечения при ХП считают ничем не купируемый абдоминальный болевой синдром, а методом выбора — дуоденосохраняющие резекции головки ПЖ по Фрею или Бегеру [7, 9, 10]. При сочетании болевого синдрома с нарушением проходимости дистального отдела холедоха с синдромом билиарной гипертензии возникает необходимость выполнения дренирующих операций на ЖВП. Есть мнение, что после резекции головки ПЖ можно ограничиться временным наружным отведением жёлчи, рассчитывая на восстановление проходимости холедоха [3].

В литературе также существуют предложения в подобных ситуациях выполнять различные сложные реконструктивные вмешательства [6, 10], но конкретные рекомендации по выбору варианта оперативного вмешательства при ХП в зависимости от характера нарушения проходимости ЖВП не сформулированы.

Цель работы — изучить эффективность панкреато- и билиодигестивных шунтирующих операций в сочетании с резекцией и без резекции головки ПЖ в хирургическом лечении синдрома билиарной гипертензии при ХП.

За период с 2011 по 2015 гг. в Казанском городском центре гепатопанкреатобилиарной хирургии на базе хирургического отделения №1 ГАУЗ Городская клиническая больница №7 г. Казани оперированы 87 больных ХП, осложнённым нарушением проходимости панкреатической части холедоха.

Виды и количество оперативных вмешательств при хроническом панкреатите, осложнённом нарушением проходимости холедоха

Название операции	Количество операций
Наложение ХДА	11
Наложение гепатикоеноаноанастомоза	26
Панкреатовирзунгоеностомия (операция Пьюстау)	13
Резекция головки ПЖ по Фрею	22
Резекция головки ПЖ по Бегеру	2
Операция Фрея + гепатикоеноностомия	7
Операция Фрея + резекция панкреатической части холедоха	3
Операция Фрея + иссечение рубцовых тканей вокруг панкреатической части холедоха	3
Всего операций	87

Примечание: ХДА — холедоходуоденоанастомоз; ПЖ — поджелудочная железа.

В своей работе мы пользуемся Марсельско-Римской классификацией ХП (1988) как наиболее удобной в практической работе. Согласно этой классификации различают:

- хронический кальцифицирующий панкреатит;
- хронический фиброзно-индуративный или воспалительный панкреатит;
- хронический обструктивный панкреатит;
- хронические кисты и псевдокисты ПЖ (кистозный панкреатит).

Необходимо отметить, что обычно имеет место сочетание нескольких форм ХП, например кальцифицирующего и кистозного, обструктивного, калькулёзного и других форм ХП.

Тубулярные стриктуры были выявлены у 78 пациентов с фиброзно-индуративным ХП. Почти у всех больных этой группы присутствовали калькулёзные или кистозные поражения ПЖ, то есть сочетание нескольких клинических форм ХП. Основной причиной нарушения проходимости были тубулярные стриктуры протяжённостью от 2 до 4 см.

У 7 пациентов протяжённость стриктуры составляла от 5 до 7 см, стриктура имела вид «крысиного хвоста» за счёт сдавления псевдокистами не только панкреатической части холедоха, но и вышележащих его отделов.

У 13 пациентов стриктуры холедоха осложнились механической желтухой. 4 больным из этой группы с целью предварительной декомпрессии ЖВП была наложена холецистостома под ультразвуковым контролем, 9 больным проведено эндоскопическое билиодуоденальное стентирование пластиковыми стентами. При механической желтухе для временной декомпрессии мы отдаём предпочтение внутреннему

дренированию ЖВП путём стентирования перед наружным отведением жёлчи.

При диагностике непроходимости ЖВП при ХП мы использовали лучевые и эндоскопические методы исследований: ультразвуковое исследование (УЗИ), эндоскопическое УЗИ, магнитно-резонансную томографию-холангиографию, компьютерную томографию и эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию. При этом мы отдаём предпочтение магнитно-резонансной томографии-холангиографии и эндоскопическому УЗИ как методам наиболее информативным и безопасным. УЗИ органов брюшной полости применяем как скрининговый метод.

Количество и объём оперативных вмешательств отражены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, ХДА при тубулярных стриктурах панкреатогенного генеза за 5 лет наложен у 11 больных. При этом 5 из них — в 2011 г., а остальные 6 — в последующие 4 года. За последние 2 года (2014, 2015) ХДА применили только у 2 больных, ранее перенёсших резекцию желудка по Бильрот-II.

В настоящее время мы отказались от формирования ХДА при ХП как от операции внутреннего дренирования. Это связано с тем, что при ХП, как правило, возникает нарушение моторико-эвакуационной функции двенадцатиперстной кишки, что становится причиной рефлюкс-холангитов у больных, перенёсших наложение ХДА.

В нашей клинике в настоящее время методом выбора внутреннего дренирования ЖВП при ХП служит гепатикоеноаноанастомоз, который был использован у 26 больных. При этом протяжённость мобилизованной по Ру петле тощей кишки составляет не меньше 50–60 см.

При ХП основным показанием к хирургическому лечению, кроме нарушения проходимости ЖВП, является ничем не купируемый болевой синдром. Методом выбора при этом служит дуоденосохраняющая резекция головки ПЖ по Фрею и Бегеру.

За последние 5 лет нами выполнено 22 резекции по Фрею и 2 операции по Бегеру с формированием панкреатодигестивных анастомозов. В этих ситуациях всегда имеет место нарушение проходимости панкреатической части холедоха, выраженное в той или иной степени, и возникает необходимость его коррекции.

У 7 пациентов при кистозном ХП структура холедоха доходила от 5 до 7 см по типу «крысиного хвоста». В этих ситуациях, кроме панкреатодигестивного анастомоза, после резекции головки ПЖ мы дополнительно формировали гепатикоюноанастомоз, используя ту же Ру-петлю, с которой сформирован панкреатоеюноанастомоз. Для этого Ру-петлю мобилизуем длиннее, чем обычно, а расстояние между анастомозами составляет около 10 см.

У 3 пациентов, когда протяжённость декомпенсированной стриктуры ограничивалась головкой ПЖ, резекцию головки ПЖ по Фрею дополняли резекцией панкреатической части холедоха. При этом проксимальный сегмент резецированного холедоха адаптировали с задней стенкой резецированной головки ПЖ.

У 3 больных ХП с субкомпенсированным стенозом панкреатической части холедоха оперативное вмешательство дополняли иссечением рубцово-изменённых тканей вокруг холедоха до стенки последнего. Эту процедуру удобнее выполнять при проведении в холедох зонда. Для этого мы используем фторопластовый зонд, проведённый через холедохотомический доступ.

При обструктивных формах ХП с выраженной панкреатической гипертензией у 13 больных выполнена панкреатовирзунгоюноанастомия по Пьюстау без резекции головки ПЖ.

Серьёзных послеоперационных осложнений в виде несостоятельности билиодигестивных и панкреатодигестивных анастомозов, послеоперационных панкреатитов мы не наблюдали. Летальных случаев не было.

Отдалённые результаты изучены у 52 больных в течение 1–4 лет после операции. При этом 3 из 8 опрошенных пациентов после ХДА отмечали явление

рефлюкс-холангита в форме транзиторной гипертермии, боли и тяжести в правом подреберье.

Результаты у 19 опрошенных пациентов после гепатикоюноанастомозирования были хорошими. После резекции головки ПЖ по Фрею и Бегеру (опрошены 15 больных) только у 1 больного, оперированного в 2011 г., сохранялся болевой синдром. Причиной сохранившегося болевого синдрома мы сочли недостаточный объём резекции головки ПЖ. У остальных опрошенных болевого синдрома и явлений билиарной гипертензии не было.

Из 13 панкреатовирзунгодигестивных анастомозов отдалённые результаты изучены у 9 пациентов. У 6 из них болевой синдром сохранился, хотя в значительно меньшей степени, чем до операции. Этот факт ещё раз подтверждает тезис о том, что причиной болевого синдрома при ХП становится не столько панкреатическая гипертензия, сколько воспалительно-дегенеративные изменения в паренхиме ПЖ, больше локализованные в головке ПЖ, с вовлечением нервных структур железы.

ВЫВОДЫ

1. При тубулярных стриктурах холедоха панкреатогенного генеза, когда на первый план выступают симптомы билиарной гипертензии, методом выбора хирургического лечения служит формирование гепатикоюноанастомоза. В этих ситуациях от наложения холедоходуоденоанастомоза как метода билиодигестивного шунтирования необходимо отказаться.

2. Дуоденосохраняющие резекции головки поджелудочной железы при хроническом панкреатите, осложнённом билиарной гипертензией, необходимо сочетать с операциями, дренирующими желчевыводящие пути, такими как гепатикоюноанастомия, резекция панкреатической части холедоха или освобождение панкреатической части холедоха от рубцово-изменённых тканей, сдавливающих холедох.

3. При обструктивном хроническом панкреатите с выраженной панкреатической гипертензией только операции, дренирующие панкреатические протоки (по Пьюстау), не разрешают болевой синдром. Операцию Пьюстау необходимо сочетать с резекцией головки поджелудочной железы.

4. Операции на поджелудочной железе при хроническом панкреатите желательны

выполнять в специализированных центрах или клиниках, имеющих достаточный опыт таких операций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багненко С.Ф., Курьгин А.А., Рухляда Н.В., Смирнов А.Д. *Хронический панкреатит*. Руководство для врачей. СПб.: Питер. 2000; 116 с. [Bagnenko S.F., Kurygin A.A., Rukhlyada N.V., Smirnov A.D. *Khronicheskiy pankreatit*. *Rukovodstvo dlya vrachey*. (Chronic pancreatitis: guide for practitioners.) Saint Petersburg: Piter. 2000; 116 p. (In Russ.)]

2. Гальперин Э.И., Дюжева Т.Р., Ахаладзе Г.Г. Хронический панкреатит, резекционные и дренирующие вмешательства. *Хирургия*. 2006; (8): 4–9. [Gal'perin E.I., Dyuzheva T.R., Akhaladze G.G. Chronic pancreatitis, resection and draining interventions. *Khirurgiya*. 2006; (8): 4–9. (In Russ.)]

3. Данилов М.В., Говоров С.А., Зурабиани В.Г. Повторные и реконструктивные операции при осложнениях и рецидивах традиционных и минимально инвазивных хирургических вмешательств у пациентов с рецидивирующим панкреатитом. *Альманах ин-та хир. им. А.В. Вишневого*. 2011; (2): 11–12. [Danilov M.V., Govorov S.A., Zurabiani V.G. Repetitive and reconstructive surgery for complications and relapses after traditional and minimally invasive surgical interventions in patients with relapsing pancreatitis. *Al'manakh Instituta khirurgii imeni A.V. Vishnevskogo*. 2011; (2): 11–12. (In Russ.)]

4. Добров С.Д., Полякович А.С., Толстых Б.Н. Желчная гипертензия у больных хроническим панкреатитом. *Анн. хир. гепатол.* 2012; 17 (4): 35–40. [Dobrov S.D., Polyakovich A.S., Tolstykh B.N. Biliary hypertension in patients with chronic pancreatitis. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii*. 2012; 17 (4): 35–40. (In Russ.)]

5. Шастный А.Г., Петров Р.В., Егоров В.И. Результаты *duodenum*-сохраняющей резекции головки поджелудочной железы по Берегу при хроническом панкреатите. *Анн. хир. гепатол.* 2011; 16 (1): 72–78. [Shastnyy A.G., Petrov R.V., Egorov V.I. The results of duodenum preserving pancreatic head resection by Begger in chronic pancreatitis. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii*. 2011; 16 (1): 72–78. (In Russ.)]

6. Abdallah A.A., Krige Y.Y., Boruman P. Biliary tract obstruction in chronic pancreatitis. *HPB*. 2007; 9: 421–428.

7. Frey Ch.F., Suzuki M., Isagi S. Treatment of chronic pancreatitis by obstruction of the bile duct or duodenum. *Wed Y. Surg*. 1990; 14: 59–69.

8. Keck T., Marianovic Y., Fernandez-del Castilloc. The inflammatory pancreatic head mass: significant differences in the anatomic pathology of German and American patients with chronic pancreatitis determine very different surgical strategies. *Ann. surg*. 2009; 249 (1): 105–110.

9. Schlosser W., Schwarz B., Beger G.A. Surgical treatment of chronic pancreatitis main duct dilatation: long term results after resection and duct drainage. *HPB*. 2005; 7: 114–119.

10. Zi Yin, Jian Sun, Dong Yin, Jie Wang. Surgical treatment strategies in chronic pancreatitis. *Arch. Surg*. 2012; 147: 961.

УДК 616.33/34-005.1-072.1-089

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Игорь Сергеевич Малков^{1*}, Магомед Нухкадиевич Насруллаев¹,
Гузелия Рависевна Закирова¹, Ильдар Илдусович Хамзин²

¹Казанская государственная медицинская академия, г. Казань, Россия;

²Городская клиническая больница №7, г. Казань, Россия

Поступила 04.07.2016; принята в печать 26.07.2016.

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2016-832

Цель. Анализ результатов лечения больных с желудочно-кишечным кровотечением с использованием эндоскопических и хирургических методов гемостаза.

Методы. Проведён анализ результатов лечения 421 пациента с острым желудочно-кишечным кровотечением, находившегося на лечении в отделении неотложной хирургии ГАУЗ Городская клиническая больница №7 г. Казани.

Результаты. Эндоскопические методы гемостаза кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (аргоноплазменная коагуляция, комбинированный пролонгированный инфльтрационный гемостаз с применением 6% раствора полиглюкина с мафусолом, орошение раствором «Гемостаб», лигирование вен пищевода и установка стента Даниша) применены у 404 больных. Всем 421 больным параллельно проводили также консервативную терапию. При использовании указанных выше методов эндоскопического гемостаза у больных с кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта эффективность достигнута в 87,9% случаев. Она была наиболее высока при комбинированном применении различных эндоскопических методов. Рецидив острых кровотечений диагностирован у 30 (7,1%) больных. Большинство пациентов с рецидивом кровотечений страдали язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки (21 пациент). Всем 30 больным с рецидивом кровотечения выполнено хирургическое вмешательство с использованием авторской методики.

Вывод. Выявлена эффективность эндоскопических методов гемостаза при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, особенно при их комбинированном применении; необходим дифференцированный подход в использовании эндоскопических и хирургических методов гемостаза в зависимости от вида источника кровотечения и его интенсивности.