CLINICAL CASE

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

УДК 616.37-002+616-089.873.4+616.37-089.86

КОГДА БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ НЕОБХОДИМО НАПРАВЛЯТЬ К ХИРУРГУ? (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

© Валерий Ремирович Гольцов[1,2], Владимир Валерьевич Невельский[1], Алексей Владимирович Пьяных[1]

[1] Клиническая больница «РЖД-Медицина». 195271, Санкт-Петербург, пр. Мечникова, д. 27.

[2] Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8.

Контактная информация: Валерий Ремирович Гольцов — д.м.н., профессор, руководитель центра хирургии печени и поджелудочной железы частного учреждения здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина»; профессор кафедры факультетской хирургии. E-mail: govare@yandex.ru

РЕЗЮМЕ: В последние годы были разработаны новые методики оперативного лечения больных хроническим панкреатитом — операции Beger-Frey. Клиническое наблюдение представляет запущенный случай заболевания хроническим калькулёзным панкреатитом с вирсунгоэктазией и вирсунголитиазом, который больше 10-ти лет лечился консервативно. Больному была произведена субтотальная резекция головки поджелудочной железы по методике Frey. Стойкий положительный эффект наблюдался в течение 4-х лет после операции. Вывод: при выявлении у больного хроническим панкреатитом фиброзно-изменённой головки поджелудочной железы, вирсунгоэктазии более 5 мм на фоне стойкого болевого синдрома необходимо направлять его на оперативное лечение.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: хронический панкреатит, операция Frey, Beger, вирсунгоэктазия.

WHEN A PATIENT WITH CHRONIC PANCREATITIS NEED TO GO TO A SURGEON? (CLINICAL CASE)

© Valery R. Goltsov[1,2], Vladimir V. Nevelsky[1], Alexey V. Pyanykh[1]

[1] Clinical hospital “Russian Railways-Medicine”. 195271, St. Petersburg, Mechnikov pr., 27

[2] St. Petersburg State Medical University named after I.P. Pavlov. 197022, St. Petersburg, L’va Tolstogo street, 6–8

Contact information: Valery R. Goltsov — Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Center for Surgery of the Liver and Pancreas of the Private Health Care Institution “Clinical Hospital “Russian Railways-Medicine”; Professor, Department of Surgery Faculty. E-mail: govare@yandex.ru

SUMMARY: In recent years, new methods of surgical treatment of patients with chronic pancreatitis have been developed — the Beger-Frey operation. Clinical observation is an advanced case of chronic calculous pancreatitis with virsungoectasia and virsungolithiasis, which has been treated conservatively for more than 10 years. The patient underwent subtotal resection of the head of the pancreas using the Frey method. A persistent positive effect was observed for 4 years

after the operation. Conclusion: If a patient with chronic pancreatitis has a fibrotic-altered head of the pancreas, virsungoectasia of more than 5 mm against the background of persistent pain syndrome, it is necessary to refer him to surgical treatment.

KEY WORDS: chronic pancreatitis, Frey operation, Beger, virsungoectasia.

ВВЕДЕНИЕ

Во врачебной среде давно укоренилось стойкое мнение, что хронический панкреатит (ХП) — это исключительно терапевтическая проблема, и хирургам в этой нише делать нечего. Тем не менее, последние несколько десятилетий хирургическая общественность широко обсуждает возможности минимально инвазивного и традиционного лечения больных с заболеваниями поджелудочной железы (ПЖ). Хирургическая панкреатология, как отдельное направление так называемой «HBP» — гепатопанкреатобилиарной зоны, активно развивается, разрабатываются и предлагаются всё новые оперативные вмешательства при онкологических и воспалительных заболеваниях ПЖ.

Данная тенденция наметилась совсем недавно. Эра хирургической панкреатологии началась в конце XX века, когда помимо онкологических пациентов хирурги начали активно оперировать больных ХП. В 1972 г. известный немецкий панкреатолог Hans Günther Beger описал технику выполнения резекции головки ПЖ с сохранением двенадцатиперстной кишки (ДПК). Суть операции заключалась в том, что удалялась практически полностью (субтотально) фиброзно-изменённая головка ПЖ с обнажением воротной вены и её притоков. Дистально ПЖ полностью пересекалась на уровне перешейка, проксимально — у ДПК сохранялась полоска ткани головки ПЖ толщиной 5–8 мм, чтобы не нарушить кровоснабжение ДПК. В дальнейшем накладывалось два панкреатоеюноанастомоза на отключённой по Ру петле кишки: «конец-в-бок» с телом ПЖ и «бок-в-бок» с оставшейся частью головки ПЖ. При вирсунгоэктазии более 5 мм главный панкреатический проток (ГПП) раскрывался на протяжении всего расширенного участка и включался в дистальный анастомоз [2, 3, 4, 5]. В послеоперационном периоде болевой синдром редуцировался на длительный срок (более 5-ти лет наблюдения) более чем у 80% больных, а трудовая реабилитация достигала 70%. С этого времени количество операций на ПЖ у больных ХП стало увеличиваться практически с каждым днём. В 1985 г. американский хирург Chales Frederick Frey предложил свою модификацию субтотальной дуоденум-сохраняющей резекции головки ПЖ. По сравнению с операцией Beger, этот вариант был более простым: ПЖ полностью не пересекается и не отделяется от воротной вены, удаляется передняя часть фиброзно-изменённой головки ПЖ до вскрытия ГПП. Реконструкция производится по аналогии с операцией Beger, при расширении ГПП дополнительно накладывается продольный панкреатоэнтероанастомоз (ППЭА) [6]. Долговременный обезболивающий эффект и уровень трудовой реабилитации данной предложенной методики был сопоставим с операцией Beger. По мере накопления репрезентативного материала и получения отдалённых результатов оперативного лечения вышеперечисленные авторы пришли к необходимости модифицировать свои методики. Операция Beger является очень сложно выполнимой с точки зрения оперативной техники: приходилось работать на весьма ограниченном участке операционного поля размером в несколько сантиметров на крупных венозных стволах (воротная вена с притоками), удалять практически полностью головку ПЖ, накладывать два панкреатоеюноанастомоза и др. Всё это приводило к высокому риску развития послеоперационных осложнений. По этой причине группа авторов в 2000 г. модифицировала операцию Beger, уменьшив объём резекции головки ПЖ: полного пересечения не выполняется, оставляется задняя полоска ПЖ без прямого контакта с воротной веной. Данная методика получила название «бернский вариант операции Beger» [7]. Приблизительно в то же время, а именно в 2003 г., Ch. Frey предложил усовершенствовать свою методику, т.е. расширить объём резекции головки ПЖ, так как всё чаще стали появляться случаи рецидива болевого синдрома в отдалённом периоде. Ch. Frey связывал это с малым объёмом резецируемой части головки ПЖ, поэтому и пришёл практически к тому же выводу, что и авторы «бернского варианта операции Beger»: необходимо удалять достаточно фиброзной ткани для того, чтобы снизить риск рецидива болевого синдрома, с одной стороны, и оставлять достаточно ткани головки ПЖ, чтобы

снизить риск контакта с воротной веной и тем самым избежать ранних послеоперационных осложнений, с другой стороны [8]. Получается, что две группы учёных предложили практически одно и то же решение: фиброзно-изменённые ткани ПЖ необходимо удалить, сохраняя заднюю стенку ПЖ и формируя таким образом какое-то подобие «ложки» или «капюшона» из оставшейся части головки ПЖ. В настоящее время это самая распространённая методика операции на головке ПЖ при ХП [1].

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Больной Ч., 68 лет, поступил в клинику 09.08.2016 г. с диагнозом «хронический калькулёзный панкреатит». Жалобы при поступлении на постоянные ноющие боли в эпигастрии, тошноту, слабость, недомогание. Из анамнеза известно, что впервые диагноз ХП был поставлен в 2005 г. во время выполнения УЗИ, когда обнаружили кисту головки ПЖ диаметром 5 мм. В 2007 г. состоялась первая госпитализация в ЦРБ по месту жительства с диагнозом «хронический панкреатит, обострение». Во время госпитализации была выполнена компьютерная томография (КТ), на которой выявлены: увеличение головки ПЖ до 4,0 см; конкремент в ГПП и вирсунгоэктазия 6–7 мм. С 2007 г. по 2016 г. — неоднократные госпитализации в ЦРБ по месту жительства с диагнозом «хронический панкреатит, обострение». В течение всего времени в больнице исправно выполнялась КТ брюшной полости, краткие результаты которых приводятся ниже:

— 2007 г.: вирсунгоэктазия на протяжении всей ПЖ: 6–7 мм, единичный «пристеночный» конкремент в головке ПЖ;
— 2012 г.: вирсунгоэктазия — 5 мм + конкремент в головке ПЖ — 7 мм;
— 2013 г.: вирсунгоэктазия — 10 мм + конкремент в головке ПЖ — 6 мм;
— 2015 г.: вирсунгоэктазия — 13 мм + конкремент в головке ПЖ — 6 мм;
— 2016 г.: вирсунгоэктазия — 12–20 мм + конкремент в головке ПЖ — 8 мм.

Продолжалось консервативное лечение. Последние два года (2014–2016 гг.) больной постоянно принимал анальгетики и спазмолитики 2–3 раза в сутки: пенталгин, спазмалгин, но-шпа (4–6 таблеток на приём), кеторол, анальгин и др. За этот период ежегодно происходили по 2 госпитализации в ЦРБ по месту жительства. Похудел за последний год на 12–13 кг, качество жизни было крайне низким. Из клинико-лабораторных показателей обращали на себя внимание: астеническое телосложение, пульс 68 в мин, аритмичный (по ЭКГ — экстрасистолы), амилаза крови 229 ед/л (нормальное значение — до 100 ед/л), гипергликемия (уровень глюкозы 7,4–8,3 ммоль/л).

На КТ от 12.08.2016: увеличенная фиброзно-изменённая головка ПЖ, вирсунгоэктазия — 13 мм, конкремент в головке ПЖ — 12 мм (рис. 1).

Больному поставлен диагноз: «Хронический калькулёзный псевдотуморозный головчатый панкреатит, панкреатическая протоковая гипертензия (вирсунгоэктазия — 13 мм), вирсунголит (12 мм), стриктура проксимального отдела ГПП. Стойкий болевой синдром». 17.08.2016 была выполнена операция: субтотальная резекция головки ПЖ с наложением продольного панкреатоеюноанастомоза по Ру, т.е. операция Frey в модификации 2003 г. (рис. 2).

В послеоперационном периоде болевой синдром купировался на 2–3 сутки после операции без приёма анальгетиков и спазмолитиков, послеоперационная рана зажила первичным натяжением, гипергликемия купирована к исходу недели без медикаментозной коррекции, экстрасистолы по данным контрольной ЭКГ перед выпиской не регистрировались. Пациент был выписан в удовлетворительном состоянии 31.08.2016 на 14-е сутки после операции.

Для того чтобы объективно оценить эффективность применяемого оперативного лечения, были определены показатели физического и психического здоровья больного шкале «SF-36 Health Status Survey» до операции, сразу после оперативного лечения, в ближайший (через 6 месяцев) и отдалённый (через 4 года) послеоперационный период (табл. 1).

До оперативного лечения показатели физического и психического здоровья были на самом низком уровне, сразу после операции уровень комфорта жизни оценивался больным практически на самом высоком уровне. Через 6 месяцев и 4 года показатели практически не изменились, но несколько снизились; скорее всего, эйфория, возникшая сразу после операции, прошла, а адаптация к нормальной жизни, да и возраст 72 года, скорректировали несколько гиперболизированные ранние показатели.

В заключение хотелось бы отметить два факта. Во-первых, показатель интенсивности

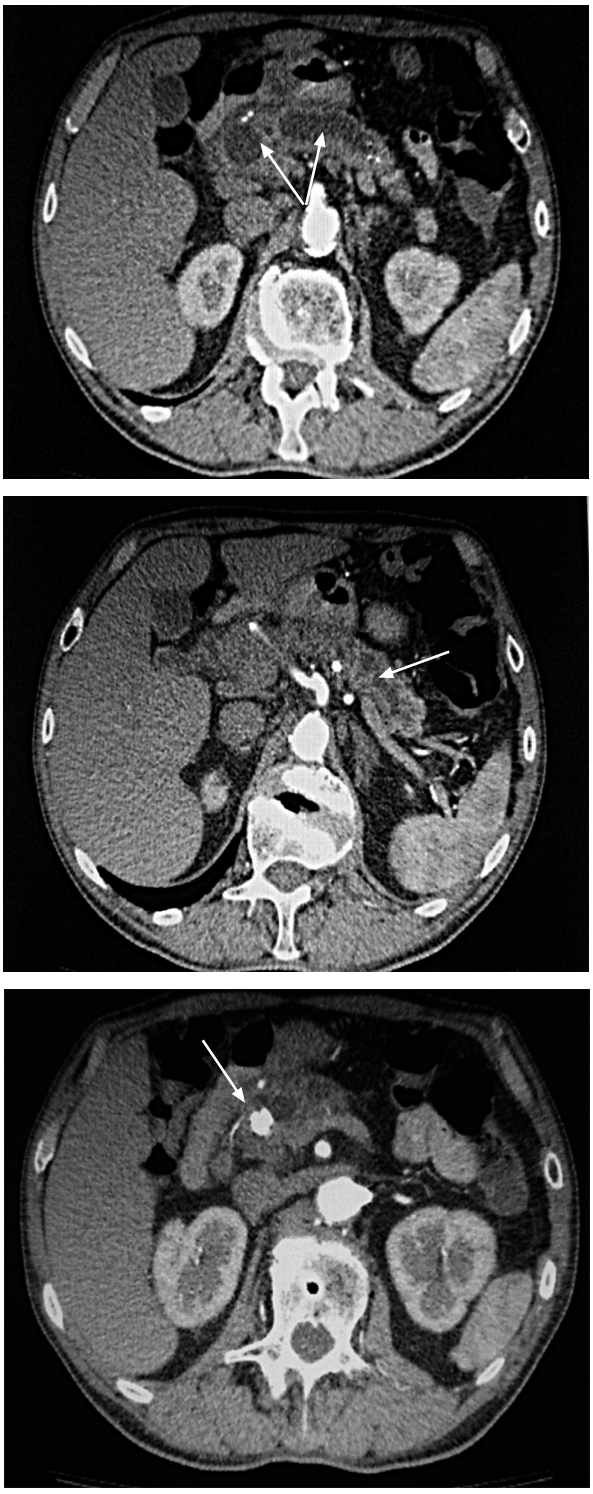


Рис. 1. Расширенный ГПП и конкремент в проксимальном отделе ГПП (показано стрелками)

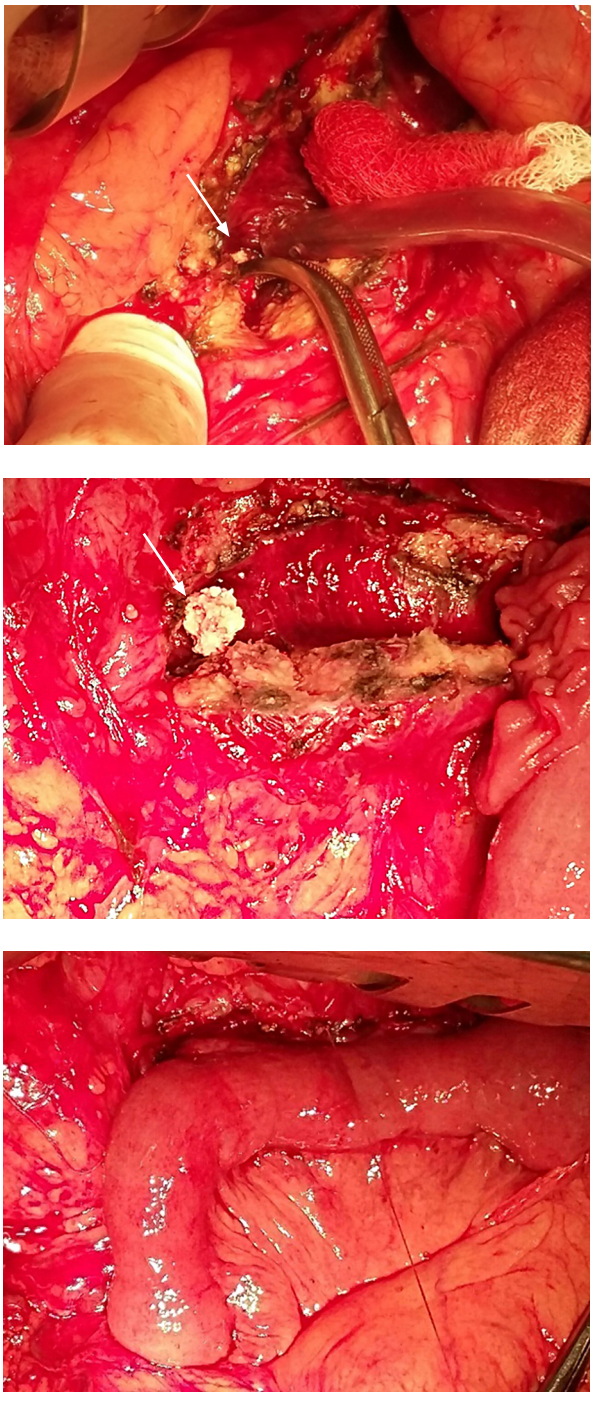


Рис. 2. Этапы операции Frey: зажим заведен в раскрытый расширенный ГПП и захвачен конкремент в проксимальном отделе ГПП; конкремент выведен во вскрытый расширенный ГПП (показано стрелками); наложен ППЭА.

боли с уровня «22» до операции поднялся до «74» после вмешательства и на одном уровне оставался всё время наблюдения (4 года), то есть операция была выполнена по показаниям, адекватно и привела к стойкому обезболивающему эффекту. Во-вторых, при очередном опросе больному был задан, на наш взгляд, совершенно справедливый и обоснованный вопрос о том, соблюдает ли он диету и исключил ли он из своего рациона алкоголь? На что наш больной выразил искреннее изумление и мгновенный ответ, сорвавшийся с его губ, нас, честно говоря, потряс: «А зачем? Я же здоров!».

Таблица 1

Результаты оценки качества жизни пациента с использованием опросника «SF-36 Health Status Survey»

Шкалы	До операции	Сразу после операции	Через 6 месяцев	Через 4 года
Показатели физического компонента здоровья (Physical health — PH)				
Физическое функционирование (Physical Functioning — PF), отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья.	20	95	80	75
Ролевое функционирование, о**бусловленное физическим состоянием** (Role-Physical Functioning — RP) — влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента.	0	100	50	50
Интенсивность боли (Bodily pain — BP) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента.	22	74	74	74
Общее состояние здоровья (General Health — GH) — оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже бал по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья.	25	77	65	68
Показатели психологического компонента здоровья (Mental Health — MH)				
Жизненная активность (Vitality — VT) подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности.	5	85	80	75
Социальное функционирование (Social Functioning — SF), определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.	25	100	62,5	60
Ролевое функционирование, о**бусловленное эмоциональным состоянием** (Role-Emotional — RE) предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.). Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.	33	100	100	100
Психическое здоровье (Mental Health — MH), характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.	0	88	76	76

ВЫВОДЫ:

1. В настоящее время хирургическая активность в отношении больных ХП растёт в геометрической прогрессии. За последние несколько лет нами выполнено более ста реконструктивных операций на ПЖ. Приведенный клинический пример является

одним из самых ярких случаев в нашей практике.

2. При выявлении у больного ХП фиброзно-изменённой головки ПЖ, вирсунгоэктазии более 5 мм на фоне стойкого болевого синдрома необходимо направлять его на оперативное лечение.
3. Операции на поджелудочной железе надо выполнять в клиниках, специализированных на лечении заболеваний органов гепатопанкреатобилиарной зоны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егоров В.И., Вишневский В.А., Щастный А.Т., Шевченко Т.В., Жаворонкова О.И., Петров Р.В., Полторацкий М.В., Мелехина О.В. Резекция головки поджелудочной железы при хроническом панкреатите. Как делать и как называть? (аналитический обзор). Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2009; 8: 57–66.
2. Beger H.G., Buchler M.W., Bittner R. et al. Duodenum-preserving resection of the head of the pancreas in severe chronic pancreatitis. Early and late results. Ann Surg. 1989; 209: 273–9.
3. Beger H.G., Krautzberger W., Gogler H. Resection of the head of the pancreas (cephalic pancreatectomy) with conservation of the duodenum in chronic pancreatitis, tumours of the head of the pancreas and compression of the common bile duct. Chirurgie. 1981; 107: 597–606.
4. Beger H.G., Schlosser W., Friess H.M., Buchler M.W. Duodenumpreserving head resection in chronic pancreatitis changes the natural course of the disease: a single-center 26-year experience. Ann Surg. 1999; 230: 512–9.
5. Buchler M.W., Baer H.U., Seiler C. et al. Duodenum preserving resection of the head of the pancreas: a standard procedure in chronic pancreatitis. Chirurg. 1997; 68: 364–71.
6. Frey C.F., Smith G.J. Description and rationale of a new operation for chronic pancreatitis. Pancreas. 1987; 2: 701–6.
7. Gloor B., Friess H., Uhl W., Buchler M.W. A Modified Technique of the Beger and Frey Procedure in Patients with Chronic Pancreatitis. Dig Surg. 2001; 18: 21–5.
8. Frey C.F., Mayer K.L. Comparison of local resection of the head of the pancreas combined with longitudinal pancreaticojejunostomy (Frey procedure) and duodenum-preserving resection of the pancreatic head (Beger procedure). World J Surg. 2003; 11: 1217–30.

REFERENCES

1. Egorov V.I., Vishnevskij V.A., Shhastnyj A.T., Shevchenko T.V., Zhavoronkova O.I., Petrov R.V., Poltorackij M.V., Melehina O.V. Rezekcija golovki podzheludochnoj zhelezy pri hronicheskom pankreatite. Kak delat' i kak nazyvat'? (analiticheskij obzor) [Pancreatic caput resection in chronic pancreatitis. How to do and what to call? (analytical review)]. Hirurgija. Zhurnal im. N.I. Pirogova. 2009; 8: 57–66. (in Russian)
2. Beger H.G., Buchler M.W., Bittner R. et al. Duodenum-preserving resection of the head of the pancreas in severe chronic pancreatitis. Early and late results. Ann Surg. 1989; 209: 273–9.
3. Beger H.G., Krautzberger W., Gogler H. Resection of the head of the pancreas (cephalic pancreatectomy) with conservation of the duodenum in chronic pancreatitis, tumours of the head of the pancreas and compression of the common bile duct. Chirurgie. 1981; 107: 597–606.
4. Beger H.G., Schlosser W., Friess H.M., Buchler M.W. Duodenumpreserving head resection in chronic pancreatitis changes the natural course of the disease: a single-center 26-year experience. Ann Surg. 1999; 230: 512–9.
5. Buchler M.W., Baer H.U., Seiler C. et al. Duodenum preserving resection of the head of the pancreas: a standard procedure in chronic pancreatitis. Chirurg. 1997; 68: 364–71.
6. Frey C.F., Smith G.J. Description and rationale of a new operation for chronic pancreatitis. Pancreas. 1987; 2: 701–6.
7. Gloor B., Friess H., Uhl W., Buchler M.W. A Modified Technique of the Beger and Frey Procedure in Patients with Chronic Pancreatitis. Dig Surg. 2001; 18: 21–5.
8. Frey C.F., Mayer K.L. Comparison of local resection of the head of the pancreas combined with longitudinal pancreaticojejunostomy (Frey procedure) and duodenum-preserving resection of the pancreatic head (Beger procedure). World J Surg. 2003; 11: 1217–30.