

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ, ОСЛОЖНЕННЫЙ БИЛИАРНОЙ И ДУОДЕНАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ

В. Нужный, доктор медицинских наук, профессор,

Г. Барванян, кандидат медицинских наук,

А. Дмитрук

Коми филиал ГБОУ ВПО «Кировская государственная
медицинская академия», Сыктывкар

E-mail: ana9099588@yandex.ru

Изучены отдаленные результаты и качество жизни после резецирующих и дренирующих операций при хроническом панкреатите, осложненном билиарной и дуоденальной обструкцией. Показаны преимущества резецирующих операций и уточнены показания к выбору метода хирургического вмешательства.

Ключевые слова: гастроэнтерология, хронический панкреатит, билиарная и дуоденальная обструкция, резецирующие и дренирующие операции, качество жизни.

Механическая желтуха и нарушение проходимости двенадцатиперстной кишки (ДПК) – тяжелые осложнения хронического панкреатита (ХП) [1]. Стеноз холедоха при ХП развивается в 6–18%, нарушение проходимости ДПК – в 1–2% случаев [2, 3]. Для устранения нарушений оттока желчи и (или) дуоденального пассажа применяют дренирующие и резецирующие операции. Одним из инструментов оценки эффективности примененных оперативных пособий при ХП считают изучение в отдаленном периоде качества жизни (КЖ), которое зависит от вида выполненного хирургического вмешательства [4].

Нами проанализированы отдаленные результаты с изучением КЖ при различных вариантах хирургического лечения.

Больные ХП (n=57), осложненным билиарной гипертензией и (или) нарушением дуоденальной проходимости, оперированные в 2004–2014 гг. в хирургическом отделении Коми республиканской больницы (Сыктывкар), были разделены на 3 группы. В 1-й группе (n=20) были выполнены резецирующие операции: 16 панкреатодуоденальных резекций и 4 дуоденум-сохраняющие резекции головки поджелудочной железы (ПЖ). Во 2-й группе (n=15) произведены комбинированные дренирующие операции: декомпрессии желчных путей и панкреатической протоковой системы – у 8, желчных путей и ДПК – у 4, желчных путей, ДПК и протоковой системы ПЖ – у 3 больных. В 3-й группе (n=22) применены изолированные дренирующие операции: в 21 случае – изолированная декомпрессия желчных путей и в 1 – операция исключения ДПК из пассажа пищи.

В отдаленном периоде изучены случаи повторных госпитализаций и вмешательств. КЖ пациентов изучали по опроснику MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form) и специальному опроснику для гастроэнтерологических больных GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale). Для статистического анализа использованы непараметрический U-критерий Манна–Уитни и простой регрессионный анализ. Статистически значимыми различия считали при $p < 0,05$. Статистическая обработка проводилась с использованием Biostat 5.8 (2009).

У 3 пациентов 2-й группы и 7 обследованных 3-й группы, выписанных с диагнозом ХП, подтвержденного интраоперационной биопсией, результаты оказались ложноотрицательными и диагноз ХП заменен на «рак ПЖ». В каждой из этих групп по 2 наблюдения были расценены как «пропущенный» рак — случаи, когда на момент первичного вмешательства можно было выполнить панкреатодуоденальную резекцию. Все пациенты с ложноотрицательными результатами биопсии умерли от прогрессирования опухолевого процесса. Трём больным с ХП после резецирующих операций в отдаленном периоде выполнены вмешательства по поводу инфильтрата брюшной полости, кишечной непроходимости и прорыва панкреатогенного абсцесса хвоста ПЖ в брюшную полость; из них 1 больной с аутоиммунным панкреатитом умер через 4 года после первичной операции. Один пациент 3-й группы оперирован через 9 мес по поводу острого панкреатита, ферментативного перитонита. Двое больных ХП умерли от причин, не связанных с заболеванием ПЖ. Пациенты, у которых диагноз ХП изменился на злокачественное заболевание, из исследования КЖ исключены. Результаты сравнительного анализа шкал опросников SF-36 и GSRS представлены на рис. 1, 2.

Высокие результаты шкал опросника SF-36 указывают на более высокий уровень КЖ. Значимые различия получены по шкалам PF и BP с лучшим КЖ в первых 2 группах. Показатели шкалы RE было значимо выше в 1-й группе, чем в 2 других. Значения шкалы VT в 1-й группе оказались значимо выше, чем в 3-й группе.

В отличие от опросника SF-36, более высокие значения шкал опросника GSRS соответствуют более выраженным симптомам и худшему КЖ. Показатели шкалы AP были значимо ниже в первых 2 группах, чем в 3-й. Влияние отдельных шкал опросника GSRS на шкалу суммарного измерения изучено проведением простого регрессионного анализа (см. таблицу).

В ходе простого регрессионного анализа выявлено, что на шкалу суммарного измерения в 1-й группе оказывают значимое влияние все шкалы, кроме AP ($F=0,98$; $p=0,34$) и CS ($F=0,27$; $p=0,61$). В большей степени на шкалу суммарного измерения влияют DS (58%), IS (50%) и RS (50%). Во 2-й группе на шкалу суммарного измерения оказывают значимое влияние DS ($F=15,85$; $p=0,002$) и IS ($F=45,15$; $p<0,0001$), причем в большей степени IS (80%), чем DS (59%). В 3-й группе все шкалы оказывают значимое влияние на шкалу суммарного измерения, причем в большей степени — AP (82%).

Все виды вмешательств надежно устраняют билиарную и дуоденальную обструкцию при ХП. Во всех 3 группах не было рецидивов механической желтухи и (или) повторного нарушения пассажа пищи по ДПК. В 1-й и 2-й группах по опросникам SF-36 и GSRS получены хорошие показатели абдоминального болевого синдрома. Результаты свидетельствуют о том, что оба вида вмешательств достаточно эффективны в отношении купирования болевого синдрома при ХП по сравнению с изолированной декомпрессией желчных путей ($p=0,001$; $p=0,004$). Устранение болевого синдрома после резецирующей операции обусловлено резекцией патологически

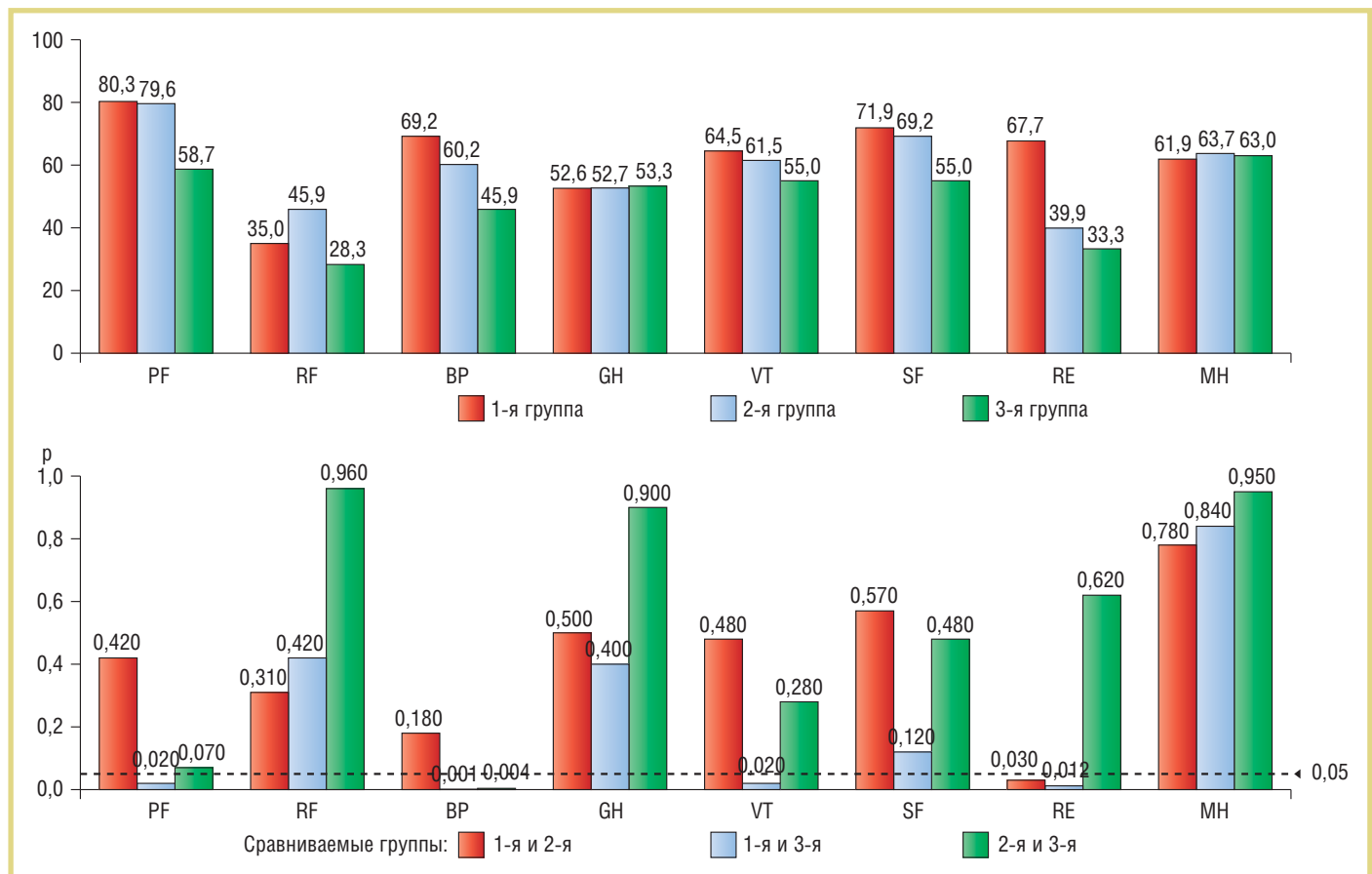


Рис. 1. Показатели КЖ по опроснику SF-36 и значения p. Шкалы: PF – физическое функционирование; RF – ролевое физическое функционирование; BP – интенсивность боли; GH – общее здоровье; VT – жизнеспособность; SF – социальное функционирование; RE – эмоциональное функционирование; MH – психическое здоровье

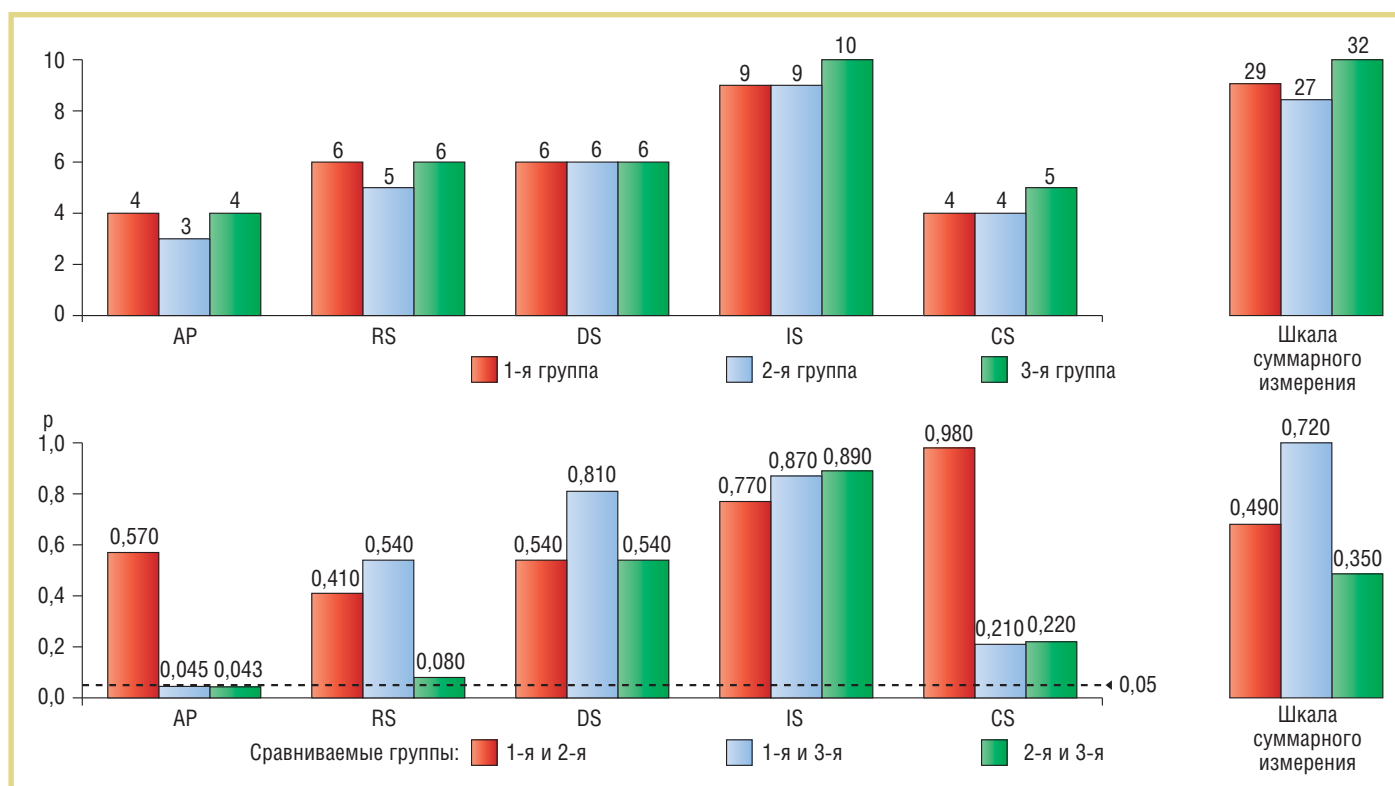


Рис. 2. Показатели КЖ по опроснику GRSR и значения p. Шкалы: AP – абдоминальная боль; RS – рефлюкс-синдром; DS – диарейный синдром; IS – диспепсический синдром; CS – синдром запоров

измененной головки, триггера болевого синдрома [1]. После комбинированных дренирующих операций уменьшение болевого синдрома связано с декомпрессией панкреатической протокой системы [5]. По данным опросника SF-36, в 3-й группе значимо ниже результаты по шкале PF, чем в двух первых группах (соответственно $p=0,02$; $p=0,07$). Также ниже показатель VT, чем в 1-й группе ($p=0,02$). Полученные результаты показывают, что у пациентов 3-й группы объем повседневной физической нагрузки ограничен состоянием здоровья, они быстрее утомляются. Значимо выше оказались в 1-й группе показатели шкалы RE, чем вопросника SF-36 по сравнению с 2-й и 3-й группами (соответственно $p=0,03$; $p=0,012$). Эмоциональное состояние меньше ограничивает повседневную активность у пациентов 1-й группы и не мешает выполнению работы и (или) обычным занятиям.

До выполнения резецирующей операции всех пациентов предупреждают об объеме вмешательства, вероятности злокачественного процесса в увеличенной головке ПЖ и возможном паллиативном характере вмешательства. Тревожное

ожидание результатов гистологии и последующие данные о доброкачественности процесса определяют в дальнейшем позитивный настрой у большинства пациентов. Диарейный синдром в 1-й группе, который по результатам регрессионного анализа значимо влияет на КЖ, обусловлен развитием внешнесекреторной недостаточности после удаления части железы. Диспепсический и рефлюкс-синдромы в этой группе служат проявлением нарушенных анатомо-физиологических связей между органами верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Диспепсический синдром во 2-й группе обусловлен оставлением патологического очага в головке ПЖ, который может способствовать прогрессированию хронического воспаления во всей железе [1] и нарушать функцию верхних отделов пищеварительного тракта. Превалирование болевого абдоминального синдрома в 3-й группе обусловлено наличием хронического воспаления в ПЖ и (или) неустраненной панкреатической гипертензией.

Определенные коррективы в решение об объеме вмешательства вносят трудности дифференциальной диагностики

Зависимость шкалы суммарного измерения от синдромов в группах (соответственно 1-я /2-я /3-я группы)

Шкала	Multiple R	Multiple R ²	β	F	p
AP	0,22/0,19/0,91	0,04/0,04/0,82	-0,22/-0,19/0,91	0,98/0,42/64,90*	0,34/0,53/<0,0001
RS	0,71/0,04/0,66	0,50/0,002/0,43	0,71/-0,04/0,65	19,44*/0,02/10,68*	0,003/0,88/0,01
DS	0,76/0,77/0,80	0,58/0,59/0,65	0,76/0,77/0,80	26,31*/15,85*25,39*	0,0001/0,0020/0,0002
IS	0,70/0,90/0,88	0,50/0,80/0,78	0,70/0,90/0,88	19,19*/45,15*/50,14*	0,003/<0,0001/<0,0001
CS	0,11/0,29/0,72	0,01/0,08/0,52	-0,11/-0,29/0,72	0,27/0,97/15,20*	0,61/0,35/0,0016

Примечание. * – значимые F-критерии при $p<0,05$.

ХП и рака ПЖ. Несмотря на современные диагностические возможности, не всегда можно исключить злокачественный процесс в измененной ткани ПЖ до операции и даже во время вмешательства [1, 6]. Одним из очевидных преимуществ резецирующих операций является достоверная диагностика природы обструкции желчных путей и ДПК при патологии, локализуемой в головке ПЖ. В 2-й и 3-й группах отмечено по 2 случая «пропущенного» рака. Как и другие авторы, мы считаем, что оставление при дренирующих операциях патологического очага в головке ПЖ чревато опасностью малигнизации [7]. Поэтому обоснованным вмешательством при ХП, осложненном билиарной и дуоденальной обструкцией, является панкреатодуоденальная резекция [1]. Следует также учитывать, что возможность выполнения резецирующих операций зависит от переносимости пациентом вмешательства [8].

При выборе метода хирургического лечения ХП, осложненного билиарной и дуоденальной обструкцией, в случаях переносимости вмешательства предпочтение следует отдавать резецирующим операциям. В данной группе пациентов получены лучшие результаты КЖ. Кроме того, при резецирующих операциях исследование операционного материала позволяет точно определить природу заболевания и дальнейший прогноз. Дренирующие операции следует выполнять, когда резектабельность ограничена распространенностью патологического процесса и (или) пациент не может перенести резецирующее вмешательство. Из дренирующих операций КЖ значимо выше после комбинированных декомпрессивных вмешательств.

Литература

1. Гагуа А.К., Загайнов В.Е., Евтихова Е.Ю. Отдаленные результаты с оценкой качества жизни больных, оперированных по поводу хронического панкреатита, осложненного механической желтухой // Хирургия. – 2013; 1: 34–8.
2. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Охлобыстин А.В. и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению хронического панкреатита // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. – 2014; 4: 70–97.
3. Perumal S., Palaniappan R., Pillai S. et al. Predictors of malignancy in chronic calcific pancreatitis with head mass // W. J. Gastrointest. Surg. – 2013; 5 (4): 97–103.
4. Карпачев А.А., Парфенов И.П., Хлынин А.Ю. и др. Сравнительная оценка влияния различных методов хирургического лечения хронического панкреатита на качество жизни больных // Казанский мед. журн. – 2012; 93 (1): 43–8.
5. Абдульянов А.Б., Миннуллин М.М., Бородин М.А. Хирургическое лечение больных хроническим панкреатитом и его осложнениями // Практич. медицина. – 2014; 2 (4): 7–11.
6. Garcea G., Metcalfe M., Berry D. et al. Is Intraoperative Confirmation of Malignancy During Pancreaticoduodenectomy Mandatory? // J. Gastrointest. Surg. – 2012; 16 (2): 370–5.
7. Кубышкин В.А., Кригер А.Г., Горин Д.С. и др. Хирургическое лечение кистозных опухолей поджелудочной железы // Анн. хирургич. гепатол. – 2012; 17 (1): 17–24.
8. Wani N., Parray F., Wani M. Is any surgical procedure ideal for chronic pancreatitis? // Int. J. Surg. – 2007; 5 (1): 45–56. [Эл. ресурс]. URL: doi.org/10.1016/j.ijso.2006.01.011.

CHRONIC PANCREATITIS COMPLICATED BY BILIARY AND DUODENAL OBSTRUCTION
Professor V. Nuzhnyi, MD; G. Barvanyan, Candidate of Medical Sciences; A. Dmitruk Komi Branch, Kirov State Medical Academy, Syktyvkar

Long-term outcomes and quality of life have been studied after resection and drainage surgery for chronic pancreatitis complicated by biliary and duodenal obstruction. The advantages of resection surgery are shown and indications for the choice of a surgical method are specified.

Key words: gastroenterology, chronic pancreatitis, biliary and duodenal obstruction, resection and drainage surgery, quality of life.