DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-182-10-129-132

Анализ результатов операций, целесообразных при хроническом панкреатите с изолированным поражением головки поджелудочной железы

Полякевич А. С.¹, Блажитко Е. М.¹, Добров С. Д.², Толстых Г. Н.², Чикинев Ю. В.¹, Дробязгин Е. А.², Пешкова И. В.¹, Егоров В. А.³¹ ФГБОУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России, Новосибирск, Российская Федерация, 630091, г. Новосибирск, Красный проспект, 52² Государственная Новосибирская областная клиническая больница, 630087, г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, д. 130³ Общество с ограниченной ответственностью «Авторская клиника доктора Егорова», 630123, г. Новосибирск, ул. 1905 года, д. 85/2

Analysis of the results of surgical procedures advisable for chronic pancreatitis with the isolated lesion of the pancreatic head

A. S. Polyakevich¹, E. M. Blagitko¹, S. D. Dobrov², G. N. Tolstykh², Yu. V. Chikinev¹, E. A. Drobyazgin², I. V. Peshkova¹, V. A. Egorov³¹ Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "Novosibirsk State Medical University" Ministry of Health of the Russian Federation, 630091, Novosibirsk, Krasnyj prospect, 52² State Novosibirsk Regional Clinical Hospital, 630087, Novosibirsk, st. Nemirovich-Danchenko, 130³ Limited Liability Company "Author's Clinic of Doctor Egorov", 630123, Novosibirsk, st. 1905 Year, 85/2

Для цитирования: Полякевич А. С.¹, Блажитко Е. М.¹, Добров С. Д.², Толстых Г. Н.², Чикинев Ю. В.¹, Дробязгин Е. А.², Пешкова И. В.¹, Егоров В. А. Анализ результатов операций, целесообразных при хроническом панкреатите с изолированным поражением головки поджелудочной железы. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2020;182(10): 129–132. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-182-10-129-132

For citation: Polyakevich A. S., Blagitko E. M., Dobrov S. D., Tolstykh G. N., Chikinev Yu. V., Drobyazgin E. A., Peshkova I. V., Egorov V. A. Analysis of the results of surgical procedures advisable for chronic pancreatitis with the isolated lesion of the pancreatic head. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2020;182(10): 129–132. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-182-10-129-132

Полякевич Алексей Станиславович, д.м.н., доцент кафедры госпитальной и детской хирургии

Блажитко Евгений Михайлович, д.м.н., профессор кафедры госпитальной и детской хирургии

Добров Семен Дмитриевич, д.м.н., врач-хирург отделения чистой хирургии

Толстых Геннадий Николаевич, к.м.н., заведующий отделением чистой хирургии

Чикинев Юрий Владимирович, д.м.н., заведующий кафедрой госпитальной и детской хирургии

Дробязгин Евгений Александрович, д.м.н., заведующий эндоскопическим отделением

Пешкова Инесса Викторовна, д.м.н., доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии им. проф. И.П. Верещагина

Егоров Вадим Анатольевич, д.м.н., пластических хирург

Alexey S. Polyakevich, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Hospital and Pediatric Surgery

Evgenij M. Blagitko, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Hospital and Pediatric Surgery

Semen D. Dobrov, Doctor of Medical Sciences, Surgeon of the Surgical Department

Gennadij N. Tolstykh, Candidate of Medical Sciences, Head of the Surgical Department

Yurij V. Chikinev, Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Hospital and Pediatric Surgery

Evgenij A. Drobyazgin, Doctor of Medical Sciences, Head of the Endoscopy Department

Inessa V. Peshkova, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Anesthesiology and Intensive Care named after Professor I. P. Vereshchagin

Vadim A. Egorov, Doctor of Medical Sciences, Plastic Surgeon

✉ Corresponding author:

Полякевич

Алексей Станиславович

Alexey S. Polyakevich

randorier@mail.ru

Резюме

В последнее время в мире проводятся исследования, сравнивающие различные варианты операций для установления оптимального метода хирургического лечения при хроническом панкреатите с поражением головки поджелудочной железы с точки зрения доказательной медицины. Однако, эти сравнительные исследования не учитывают различий в клинко-морфологических формах заболевания, в частности, хронический панкреатит с преимущественным и изолированным поражением головки.

Так, выполнение субтотальной резекции головки поджелудочной железы с продольным панкреатоеюноанастомозом либо операции Frey, целесообразных при хроническом панкреатите с преимущественным поражением головки, при изолированном поражении головки будет представлять собой превышение объема хирургического вмешательства в связи с тем, что отток секрета по главному панкреатическому протоку дистальной части железы не нарушен, паренхима этой части органа практически не участвует в патологическом процессе и изменена минимально, и может отреагировать на такую операцию панкреонекрозом.

На основании проведенных исследований нельзя с уверенностью сказать о достоверных преимуществах одного вида операций над другим.

Для получения достоверных результатов необходимо проведение доказательных исследований, сравнивающих субтотальную резекцию головки поджелудочной железы с проксимальной панкреатоюностомией с другими видами вмешательств только при хроническом панкреатите с изолированным поражением головки, исключая из данных исследований пациентов с хроническим панкреатитом с преимущественным поражением головки.

Ключевые слова: хронический панкреатит, изолированное поражение головки поджелудочной железы, хирургическое лечение

Summary

Recently, studies comparing various variants of operations to establish the optimal method of surgical treatment for chronic pancreatitis with pancreatic head lesions from the point of view of evidence-based medicine have been carried out in the world. However, these comparative studies do not take into account differences in the clinical and morphological forms of the disease, in particular, chronic pancreatitis with a predominant and isolated lesion of the head.

Thus, performing a subtotal resection of the pancreatic head with longitudinal pancreatojejunostomy or Frey surgery, which is advisable for chronic pancreatitis with predominant head lesion, in case of an isolated lesion of the head will be an excess of the volume of surgical intervention due to the fact that the outflow of secretion along the main pancreatic duct of the distal part of the gland does not disturb, the parenchyma of this part of the body practically does not participate in the pathological process and is changed minimally, and can respond to such an operation with pancreatic necrosis.

Based on the studies performed, it is impossible to say with certainty about the reliable advantages of one type of operations on another.

To obtain reliable results, it's necessary to conduct evidence-based studies comparing subtotal resection of the pancreatic head with longitudinal pancreatojejunostomy with other types of interventions only for chronic pancreatitis with a isolated head lesion, excluding from the study patients with chronic pancreatitis with predominant head lesion.

Keywords: chronic pancreatitis, isolated pancreatic head lesion, surgical treatment collagenous

На сегодняшний день проблема лечения пациентов, страдающих хроническим панкреатитом (ХП) с поражением головки поджелудочной железы (ПЖ), весьма актуальна. Это проявляется разногласиями в лечебной тактике, включающей в себя выбор показаний, времени и метода вмешательства [1, 2].

Появляется ряд публикаций, которые сравнивают различные варианты операций для определения оптимального способа хирургического лечения при ХП с поражением головки ПЖ с позиции доказательной медицины [3–7]. Тем не менее, ни одно из этих исследований не учитывает различий в клинко-морфологических формах заболевания, в частности, хронический панкреатит с преимущественным поражением головки (ХПППГ) и хронический панкреатит с изолированным поражением головки (ХПИПГ) [8].

Так, выполнение субтотальной резекции головки поджелудочной железы (СРГПЖ) с продольным панкреатоюноанастомозом (ПЕА) либо операции Frey, целесообразных при ХПППГ, при ХПИПГ будет представлять собой превышение объема хирургического вмешательства в связи с тем, что отток секрета по главному панкреатическому протоку (ГПП) дистальной части ПЖ не нарушен, паренхима этой части органа практически не участвует в патологическом процессе и изменена минимально, а следовательно может отреагировать на такую операцию панкреонекрозом.

Согласно данным литературы, СРГПЖ с проксимальным ПЕА всего лишь в одном исследовании были сравнены с панкреатодуоденальной резекцией (ПДР) [9], в другом – с пилоросохраняющим

вариантом данной операции (ПДРп) [10], и еще в двух – с дуоденосохраняющей резекцией головки поджелудочной железы (ДСРГПЖ) по Beger [11, 12].

В четырех исследованиях были сопоставлены результаты операции Beger с ПДР [13–16], а еще в четырех – с ПДРп [17–20].

СРГПЖ с проксимальным ПЕА является технически относительно более простым вмешательством, чем ПДР, ПДРп и ДСРГПЖ по Beger, при которых пересекается перешеек ПЖ, а значит существует вероятность повреждения воротной вены в условиях хронического воспалительного процесса. При пересечении перешейка ПЖ возникает необходимость наложения ПЕА с практически неизменной левой частью ПЖ, что повышает риск послеоперационного панкреатита и может привести к несостоятельности ПЕА.

G. Farkas (2011) при сравнении результатов СРГПЖ с проксимальным ПЕА и ПДР установил, что первое вмешательство более предпочтительно в отношении меньшей частоты ранних осложнений [9].

Z. Zheng с соавторами в своем ретроспективном исследовании 123 пациентов с ХП (2012) сравнили результаты операции Beger и ПДР. В данном исследовании было показано, что общая частота послеоперационных осложнений при ДСРГПЖ была достоверно меньше, чем при ПДР (3% против 19%) [15].

H. Witzigmann с соавторами в проспективном рандомизированном исследовании (2003) сравнивали операцию Beger (n = 38) и классическую ПДР (n = 32). При этом было установлено, что

частота осложнений сравниваемых оперативных вмешательств достоверно не отличалась (8% против 19%), летальность зарегистрировано не было [16]. Нужно особо подчеркнуть, что и операция Beger, и ПДР технически очень сложны, что может объяснить достаточно высокую частоту ранних осложнений после этих оперативных вмешательств.

В проспективном рандомизированном исследовании, сравнивающем СРГПЖ с проксимальным ПЕА и ПДР, G. Farkas (2011), несмотря на недостоверные отличия между вмешательствами по противоболевому эффекту, показал значительную эффективность первой операции в отношении прироста массы тела, улучшения качества жизни (КЖ), а также отсутствия ухудшения эндо- и экзокринной функций [9].

I. Klempa с соавторами в проспективном рандомизированном исследовании (1995) установили, что результаты ДСРГПЖ по Beger ($n = 22$) были достоверно лучше, чем результаты ПДР ($n = 21$) по противоболевому эффекту (100 против 70% пациентов) и ухудшению экзокринной функции (20 против 100% пациентов). Отличия были недостоверны по таким показателям, как прогрессирование сахарного диабета (СД) (12 против 38% пациентов), увеличение массы тела (6,4 кг против 4,9 кг), частота несостоятельности ПЕА (0% против 5% пациентов) и улучшение КЖ (82% против 67% пациентов) [14].

В проспективном нерандомизированном исследовании H. Witzigmann с соавторами (2003) показали, что операция Beger была достоверно лучше, чем ПДР в отношении таких показателей, как выраженность болевого синдрома (20 ± 28 против 36 ± 23 баллов; без отличия в потребности в обезболивающих препаратах ($p = 0,43$) и частоте обострений ($p = 0,27$)) и прирост индекса массы тела ($23,1$ против $22,1$ кг/м²). Через 2 года после ДСРГПЖ по Beger КЖ, согласно большинству шкал опросника EORTC, было сопоставимо с общими показателями населения Германии, что было достоверно лучше результатов ПДР. По прогрессированию эндо- и экзокринной недостаточности достоверных отличий не было получено [16].

Вышеописанное исследование было продолжено C. Möbius с соавторами (2007). Отдаленные результаты (спустя 5 лет после вмешательства) также показали превосходство ДСРГПЖ по Beger над ПДР, как и в исследовании H. Witzigmann с соавторами (2003), кроме индекса массы тела, который достоверно не отличался ($24,2$ против $23,4$ кг/м², соответственно) [13].

В ретроспективном исследовании Z. Zheng с соавторами (2012) не выявили достоверных отличий в плане купирования боли и синдрома желтухи между операциями Beger и ПДР. В группе ДСРГПЖ было продемонстрировано лучшее КЖ по большинству симптомных и функциональных шкал. После ПДР было зарегистрировано большее количество пациентов с эндо- и экзокринной дисфункцией [15].

G. Farkas с соавторами (2006) в проспективном рандомизированном исследовании сравнили СРГПЖ с проксимальным ПЕА ($n = 20$) и ПДРп ($n = 20$), показав отсутствие осложнений после первой

операции (0% против 40%, $p < 0,05$). В обеих группах отсутствовала послеоперационная летальность. Через 1 год увеличение массы тела было больше после СРГПЖ с проксимальным ПЕА ($7,8 \pm 0,9$ против $3,2 \pm 0,3$ кг, $p < 0,05$). Не было выявлено достоверных отличий в отношении прогрессирования СД и купирования болевого синдрома [10].

В проспективном рандомизированном исследовании M. W. Buchler с соавторами (1995) сравнили операцию Beger ($n = 20$) и ПДРп ($n = 20$), показав недостоверное преимущество первой операции в отношении частоты послеоперационных осложнений (15% против 20%), в частности несостоятельности ПЕА (0 против 5% пациентов), и купированию болевого синдрома (94% против 77% пациентов) [20].

G. Aspelund с соавторами (2005) в ретроспективном исследовании, сравнивающем операцию Beger ($n = 12$) и ПДРп ($n = 30$) показали недостоверное превосходство ДСРГПЖ по таким показателям, как общая частота осложнений (25 против 40%; при этом частота несостоятельности ПЕА была наоборот выше: 25% против 10% пациентов; $p > 0,05$), летальность (0% против 6%) и прогрессирование СД (8% против 25% пациентов) [17].

M. W. Muller с соавторами (2008) при сравнении отдаленных (7–14 лет) результатов операции Beger ($n = 20$) и ПДРп ($n = 20$) в проспективном рандомизированном исследовании не выявили достоверных отличий в отношении болевого синдрома, эндо- и экзокринной функции и КЖ [18].

В проспективном рандомизированном исследовании J. Koninger с соавторами (2008) сопоставили результаты СРГПЖ с проксимальным ПЕА ($n = 33$) с результатами операции Beger ($n = 32$), установив, что, несмотря на техническую относительную простоту первого вмешательства, частота осложнений этих операций практически не отличалась (21% против 20%). Через два года после операции результаты этих вмешательств достоверно не отличались в отношении прогрессирования СД, роста массы тела и оценки уровня КЖ. Три пациента, перенесшие СРГПЖ с проксимальным ПЕА, были повторно оперированы в отдаленном периоде вследствие прогрессирования ХП с обструкцией общего желчного протока [5].

Проспективное двухцентровое нерандомизированное исследование 52 пациентов с ХП, проведенное с 2009 по 2011 гг., сравнив ДСРГПЖ по Beger и СРГПЖ с проксимальным ПЕА, показало, что второе вмешательство обладает равной эффективностью по сравнению с первым, но достоверно отличается меньшим объемом гемотрансфузии и временем пребывания в стационаре [11].

Таким образом, на основании проведенных в мире исследований нельзя с уверенностью говорить о достоверных преимуществах одного вида хирургических вмешательств над другим, поскольку эти операции проводятся при всей совокупности ХП без учета его клинко-морфологических форм.

Для получения достоверных результатов требуется проведение доказательных исследований, сравнивающих современные органосохраняющие операции (СРГПЖ с проксимальным ПЕА) с другими видами вмешательств только при ХПИПГ, исключая из данных исследований пациентов с ХПППГ.

Литература | References

1. Büchler M. W., Martignoni M. E., Friess H., Malfertheiner P. A proposal for a new clinical classification of chronic pancreatitis. *BMC Gastroenterology*, 2009, Vol. 9, no. 1, 93 P.
2. Milosavljevic T., Kostic Milosavljevic M., Krstic M., Jovanovic I. Classification of chronic pancreatitis. *Dig. Dis*, 2010, Vol. 28, no. 2, pp. 330–333.
3. Farkas G., Leindler L., Daróczy M., G., Farkas Jr. Prospective randomised comparison of organ-preserving pancreatic head resection with pylorus-preserving pancreaticoduodenectomy. *Langenbecks Arch. Surg.*, 2006, Vol. 391, pp. 338–342.
4. Hildebrand P., Dudertadt S., Czymek R., et al. Different surgical strategies for chronic pancreatitis significantly improve long-term outcome: a comparative single center study. *Eur. J. Med. Res.*, 2010, Vol. 15, pp. 351–356.
5. Königer J., Seiler C. M., Sauerland S., et al. Duodenum-preserving pancreatic head resection – a randomized controlled trial comparing the original Beger procedure with the Berne modification (ISRCTN No. 50638764). *Surgery*, 2008, Vol. 143, pp. 490–498.
6. Riediger H., Adam U., Fischer E., et al. Long-term outcome after resection for chronic pancreatitis in 224 patients. *J. Gastrointest. Surg.*, 2007, Vol. 11, pp. 949–959.
7. Strobel O., Buchler M. W., Werner J. Duodenumhaltende Pankreaskopfresektion. Technik nach Beger, Technik nach Frey und Berner Modifikation. *Chirurg.*, 2009, Vol. 80, no 1, pp. 22–27.
8. Блажитко Е.М. С. Д. Добров С. Д., Штофин С. Г. и соавт. Хирургическая тактика лечения пациентов с хроническим панкреатитом головки поджелудочной железы и профилактика несостоятельности швов панкреатоюноанастомоза // Сибирский консилиум. 2004, т. 36, № 6, С. 19–22.
Blagitko E. M. S. D. Dobrov S. D., Shtofin S. G. et al. Surgical tactics of treatment of patients with chronic pancreatitis of the head of the pancreas and prevention of incompetence of the sutures of pancreatojejunoanastomosis. *Siberian Council*. 2004, vol. 36, No. 6, pp. 19–22.
9. Farkas G. A krónikus pancreatitis sebészeti kezelése, 2010. *Magy Seb.* 2011, Vol. 64, no 2, pp. 63–68.
10. Farkas G., Leindler L., Daróczy M., Farkas G. Jr. Prospective randomised comparison of organ-preserving pancreatic head resection with pylorus-preserving pancreaticoduodenectomy. *Langenbecks Arch. Surg.*, 2006, Vol. 391, pp. 338–342.
11. Петров Р. В., Щастный А. Т., Кугаев М. И., Егоров В. И. Сравнение эффективности различных видов резекций головки поджелудочной железы при хроническом панкреатите // Актуальные проблемы хирургической гепатологии: материалы 19 международного Конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ 19–21 сентября 2012 г. Иркутск 2012, С. 176–177.
Petrov R. V., Shchastny A. T., Kugaev M. I., Egorov V. I. Comparison of the effectiveness of different types of pancreatic head resections in chronic pancreatitis. Actual problems of surgical hepatology: materials of the 19 International Congress of surgeons-hepatologists of Russia and the CIS countries, September 19–21, 2012 Irkutsk. 2012, pp. 176–177.
12. Königer J., Seiler C. M., Sauerland S., et al. Duodenum-preserving pancreatic head resection – a randomized controlled trial comparing the original Beger procedure with the Berne modification (ISRCTN No. 50638764). *Surgery*, 2008, Vol. 143, pp. 490–498.
13. Möbius, C., Max D., Uhlmann D., et al. Five-year follow-up of a prospective non-randomised study comparing duodenum-preserving pancreatic head resection with classic Whipple procedure in the treatment of chronic pancreatitis. *Langenbecks Arch. Surg.* 2007, Vol. 392, no 3, pp. 359–364.
14. Klempa, I., Spatny M., Menzel J., et al. Pankreasfunktion und Lebensqualität nach Pankreaskopfresektion bei der chronischen Pankreatitis. *Chirurg.* 1995, Bd. 66, S. 350–359.
15. Zheng Z., Xiang G., Tan C., et al. Pancreaticoduodenectomy versus duodenum-preserving pancreatic head resection for the treatment of chronic pancreatitis. *Pancreas*, 2012, Vol. 41, no 1, pp. 147–152.
16. Witzigmann, H., Max D., Uhlmann D., et al. Outcome after duodenum-preserving pancreatic head resection is improved compared with classic Whipple procedure in the treatment of chronic pancreatitis. *Surgery*, 2003, Vol. 134, no 1, pp. 53–62.
17. Aspelund G., Topazian M. D., Lee J. H., et al. Improved outcomes for benign disease with limited pancreatic head resection. *J. Gastrointest. Surg.* 2005, Vol. 9, pp. 400–409.
18. Müller M. W., Friess H., Martin D. J., et al. Long-term follow-up of a randomized clinical trial comparing Beger with pylorus-preserving Whipple procedure for chronic pancreatitis. *British Journal of Surgery*. 2008, Vol. 95, pp. 350–356.
19. Riediger H., Adam U., Fischer E., et al. Long-term outcome after resection for chronic pancreatitis in 224 patients. *J. Gastrointest. Surg.* 2007, Vol. 11, pp. 949–959.
20. Büchler, M. W., Friess H., Müller M. W., et al. Randomized trial of duodenum-preserving pancreatic head resection versus pylorus-preserving Whipple in chronic pancreatitis. *Am. J. Surg.* 1995, Vol. 169, no 1, pp. 65–69.