

Интерес к новым решениям в панкреатологии особый, поскольку они исключительно редки в этой сложнейшей области хирургии. В 2004 г. американский патолог профессор госпиталя Университета Эмори Назми Волкан Адсай (Nazmi Volcan Adsay, Атланта, штат Джорджия) и его итальянский коллега профессор медицинской школы Веронского университета Джузеппе Дзамбони (Giuseppe Zamboni, Неграр, регион Венето) объединили под термином «парадуоденальный панкреатит» ряд патологических состояний, описанных в различных сообщениях как кистозная дистрофия гетеротопической поджелудочной железы (ПЖ), или дуоденальная дистрофия (ДД), бороздчатый панкреатит, панкреатическая гамартома, миоаденоматоз двенадцатиперстной кишки (ДПК), или парадуоденальная киста. Все эти названия, по мнению авторов, описывают форму хронического панкреатита, вовлекающего стенку ДПК вблизи малого дуоденального сосочка в области так называемой «борозды» – ткани поджелудочной железы, расположенной между дуоденальной стенкой и интрапанкреатической частью общего желчного протока. На основании анализа 21 панкреатодуоденального комплекса Н.В.Адсай и Д.Дзамбони обнаружили общие патогистологические признаки для всех вышеназванных патологических состояний.

Профессор Вячеслав Егоров (Москва) с группой исследователей в течение 10 лет занимается вопросами диагностики и лечения дуоденальной дистрофии – хронического воспаления ткани ПЖ, эктопированной в стенку ДПК. Впервые это патологическое состояние было описано в 1970 г. французскими авторами Ф.Поте (F.Potet) и Н.Дюклером (N.Duclert), ими же и был предложен термин «дуоденальная дистрофия».

Панкреатическая гетеротопия любой локализации обычно обнаруживается вследствие вызываемых ею осложнений. При развитии хронического панкреатита в стенке ДПК болезнь проявляется фиброзным утолщением и инфильтрацией кишечной стенки (обычно, вертикальной ветви) и образованием кист в её мышечном и (или) подслизистом слоях. На начальном этапе заболевание может развиваться только в эктопической железе, но прогрессирование эктопического панкреатита может приводить к сдавлению главного или дополнительного панкреатического протока и последующему обструктивному панкреатиту в ортотопической (основной) железе. Кисты эктопической ПЖ возникают вследствие воспаления и могут быть постнекротическими или представлять расширенный проток с сохранившимся или слущенным эпителием. По данным 15 ретроспективных исследований, 251 из 305 (79,68%) пациентов с дуоденальной дистрофией злоупотребляли алкоголем.

Клинически заболевание проявляется эпизодами острого панкреатита, рецидивирующими или постоянными болями в эпигастрии или правом подреберье, потерей

Новые подходы

По методике профессора Егорова

Панкреассохраняющие дуоденальные резекции при хроническом панкреатите в эктопической поджелудочной железе



поджелудочной железы и смещение гастродуоденальной артерии кнутри от патологического образования (см. рис. 1). Консервативное лечение ДД базируется на обязательном отказе от алкоголя, применении аналогов простого и пролонгированного соматостатина

(25-35%) является самой частой гетеротопией желудочно-кишечного тракта, ДД встречается относительно редко, хотя, например, в отделении хирургической панкреатологии Института хирургии им. А.В.Вишневского в период с 2005 по 2011 г. из 323 пациентов, оперированных по поводу хронического панкреатита, дуоденальная дистрофия была выявлена у 41 (12,7%). Частота ДД среди больных с хроническим панкреатитом в наблюдениях других авторов варьирует от 2,7 до 25%.

К настоящему моменту группа, изучающая данное заболевание, располагает опытом лечения 63 пациентов с кистозной формой ДД, и это одна из самых больших хирургических серий, представ-

резекция головки поджелудочной железы (ДСРГПЖ) в бернской модификации или модификации Фрея. В 10 случаях использованы вмешательства с сохранением ПЖ: дистальная резекция желудка с первой порцией ДПК при локализации кисты в луковице ДПК с переходом на антральный отдел желудка (1 случай), резекция вертикальной ветви ДПК при расположении кисты в передне-наружной стенке вертикальной ветви (2), резекция вертикальной ветви ДПК с дуоденодуоденоанастомозом (2), резекция вертикальной ветви ДПК с реконструкцией её кишечной вставкой (2 случая, рис. 1) и субтотальная дуоденэктомия (3 случая, рис. 2). В 7 последних случаях выполнена реплантация

операции является вопрос первичной локализации патологического процесса. Имея дело с данным заболеванием, базируясь на анатомических исследованиях Н.Nagai, профессор Егоров сначала предполагал, что первичный источник проблем находится в области малого сосочка ДПК и связан с основной железой. Этим объясняется использование дренирующих резекций головки ПЖ на первом этапе. Однако эти вмешательства оказались неэффективными: боль и другие симптомы часто рецидивировали, и большинству этих больных пришлось выполнить ПДР.

В связи с неэффективностью консервативного лечения было оперировано 84% больных. Более 80% вмешательств были резекционными и в 29 случаях, когда кроме хронического воспаления эктопической развивались выраженные изменения в ортотопической железе, операцией выбора была ПДР или её модификация типа Nakao. Изучение удалённых препаратов убедило автора методики в том, что здесь имеет место эктопия панкреатической ткани в стенку ДПК, а не поражение основной железы. Предложенные Вячеславом Егоровым в 2009 г. панкреассохраняющие резекции ДПК были принципиально новыми подходами при данном заболевании, так как ориентировались только на ДПК, а замещение её поражённой части интерпозицией тощей кишки – хирургическое решение, не имеющее аналогов в мире.

Во всех случаях исчезновение или значительное уменьшение выраженности симптомов, а также достоверно больший набор веса отмечены только после резекционных вмешательств, сопровождаемых удалением ткани эктопической ПЖ. В то же время почти у каждого пятого больного после ПДР развивалась стеаторея и/или сахарный диабет. При сложности, сравнимой с ПДР, безусловным преимуществом панкреассохраняющих резекций ДПК является минимальный риск развития экзо- и эндокринной недостаточности, что проявляется отсутствием диабета и лучшей динамикой набора веса. Эффективность этих вмешательств при ДД указывает на то, что заболевание локализуется в ДПК, а не в ортотопической железе, как сначала предполагал профессор Егоров и продолжают считать некоторые зарубежные авторы. Это позволяет предложить пациентам операцию более эффективную и менее разрушительную, чем ПДР, а также направить усилия на раннее выявление этого заболевания, которое, как выясняется, встречается не так редко.

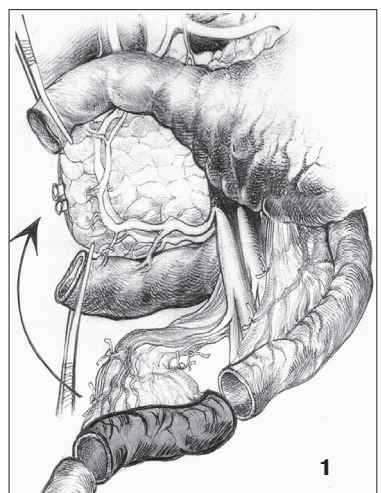
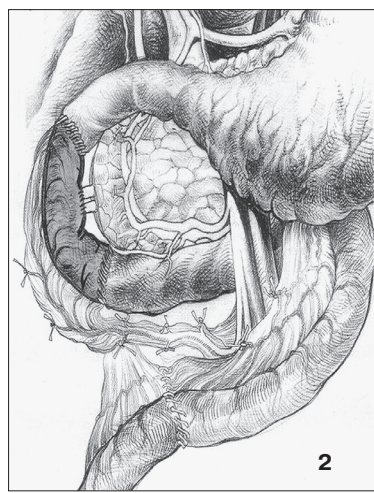


Рис. 1. Резекция вертикальной ветви ДПК с замещением её кишечной вставкой



ленных в мировой литературе. Все больные были тщательно обследованы, и во всех случаях, кроме двух, диагноз был установлен до операции. Чувствительность КТ, МРТ и эндоУЗИ для диагностики этого заболевания составила 95, 84 и 94%, а специфичность – 94, 86 и 98%. Учитывая высокую точность диагностики ДД с помощью этих методов, можно определённо говорить о диагнозе даже при отсутствии его морфологического подтверждения. Так же считают и французские гастроэнтерологи, представившие наибольшее число наблюдений ДД (Rebours, 2009).

Всем больным было предложено оперативное лечение. Десять пациентов отказались от него по тем или иным обстоятельствам и продолжают лечиться у гастроэнтеролога. Лишь у трёх из них отмечено улучшение на фоне строгой диеты и консервативной терапии, ни в одном случае не удалось полностью устранить болевые эпизоды. Трое пациентов склоняются к хирургическому лечению.

Для выбора рационального метода операции важно разделять ДД на два типа: с сопутствующим «ортотопическим» (калькулёзным или некалькулёзным) панкреатитом и изолированный тип – без значимых изменений ПЖ. Характер предлагаемых вмешательств менялся по мере осознания хирургами факта существования ДД как самостоятельной патологии, без устранения которой невозможно добиться ликвидации симптомов. Это объясняет использование дренирующих операций и дуоденумсохраняющих резекций головки ПЖ на первом

общего желчного и главного панкреатического протоков в ДПК или неодуоденум.

Послеоперационной летальности не было, а осложнения были успешно купированы. Все больные находятся под наблюдением, один из пациентов, перенёсших ПДР, умер по неизвестным причинам через 3,5 года после операции. Более 80% больных после ПДР и более 90% после панкреассохраняющих резекций ДПК отметили исчезновение симптомов. ДСРГПЖ и дренирующие операции оказались гораздо менее эффективными. Шесть больных (20,6%) после ПДР, один (11%) – после панкреассохраняющей резекции ДПК, двое (40%) – после ДСРГПЖ и двое (25%) после дренирующих операций сообщили об уменьшении интенсивности боли, изменении её локализации и более редком возникновении, шесть больных после дренирования и один после резекции головки ПЖ не отметили динамики симптомов. Набор массы тела после операции по поводу хронического панкреатита считается объективным критерием её эффективности. По этому показателю лучшие результаты были отмечены после панкреассохраняющих резекций ДПК.

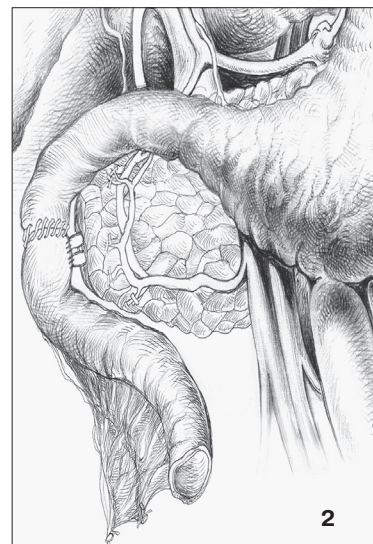


Рис. 2. Субтотальная дуоденэктомия с замещением ДПК тощей кишкой

веса, а также тошнотой и рвотой, вызываемой дуоденальным стенозом. По мере развития процесса в основной железе клиническая картина приобретает признаки хронического панкреатита. Инструментальная семиотика ДД хорошо изучена, и основными методами диагностики являются КТ, МРТ и эндосонография. Основными признаками заболевания по данным визуализации являются значительное (> 10 мм) утолщение стенки ДПК, наличие в ней разнокалиберных кистозных образований, отграничение патологического процесса в стенке ДПК от основной

и может дополняться эндоскопическими манипуляциями. В случаях развития таких осложнений ДД, как механическая желтуха, стеноз ДПК, хронический панкреатит в ортотопической ПЖ с характерными для него осложнениями, а также при подозрении на опухоль консервативное лечение либо неэффективно, либо не показано. В этих случаях используется хирургическое лечение, при котором методом выбора до сих пор является панкреатодуоденальная резекция (ПДР).

Несмотря на то, что эктопия ПЖ в стенку желудка (25-60%) и ДПК

этапе. Восемью больным были выполнены дренирующие вмешательства на протоковой системе основной ПЖ – панкреатикто- и цистопанкреатикоэнтероанастомозы. При сопутствующем панкреатите с выраженными изменениями основной железы в 25 случаях была выполнена ПДР и в 5 случаях – её модификация Nakao. В 5 случаях выполнена дуоденумсохраняющая

Наблюдения автора показывают, что кистозная форма ДД – это особая форма хронического панкреатита, которая может надёжно диагностироваться до операции с помощью современных методов, и подтверждают концепцию о необходимости удаления поражённой части ДПК при этом заболевании. Существенным для выбора лечебной тактики и вида

Все больные дуоденальной дистрофией, оперированные по методике Егорова, набрали потерянный вес (17-28 кг) и вернулись к нормальной жизни и работе.

Альберт ХИСАМОВ,
обозреватель «МГ».
Фото Олеси КУРПЯЕВОЙ.
Рисунки
Вадима МАСЛЕННИКОВА.