

Современные методы диагностики и оперативного лечения хронического панкреатита

Е.И. Брехов, В.В. Калинин, А.Г. Шулешова, М.В. Коробов
ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ

В настоящее время на первое место выходят малоинвазивные методы лечения хронического панкреатита. Для наиболее успешных результатов эндоскопических вмешательств необходимы тщательный отбор больных, изучение ближайших и отдаленных результатов для правильной оценки проводимого лечения. Эндоскопические операции должны рассматриваться как один из способов лечения наряду с традиционными хирургическими операциями и медикаментозным лечением. Совершенствование технологии эндоскопических и органосохраняющих операций на поджелудочной железе при хроническом панкреатите позволяет улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения данной категории больных.

Ключевые слова: малоинвазивные методы лечения хронического панкреатита, эндоскопические и органосохраняющие операции на поджелудочной железе.

Currently, little-invasive surgeries are getting more and more widespread for treating chronic pancreatitis. To have better outcomes after endoscopic surgical manipulations one must follow some basic recommendations: a thorough selection of patients, analysis of immediate and long-term results so as to make a correct assessment of the treatment performed. Endoscopic surgeries must be considered as one of the approaches along with traditional surgical techniques and medicamentous treatment. Perfecting endoscopic and organ-sparing surgeries on the pancreas in patients with chronic pancreatitis will help to improve immediate and long-term results in this category of patients.

Key words: littler-invasive techniques for treating chronic pancreatitis, endoscopic and organ-sparing surgeries on the pancreas.

Хронический панкреатит – полиэтиологическое и полипатогенетическое заболевание, преимущественно воспалительной природы, с фазово-прогрессирующими очаговыми, сегментарными или диффузно-дегенеративными, чаще постдеструктивными изменениями экзокринной ткани с атрофией железистых элементов (панкреатоцитов) и замещением их соединительной тканью; изменениями в протоковой системе поджелудочной железы с образованием кист, кальцификатов и конкрементов с нарушением экзокреторной и инкреторной функции различной степени.

Все панкреатиты можно разделить на первичные, вторичные и посттравматические. Первичные панкреатиты развиваются в случаях, когда поджелудочная железа изначально является органом-мишенью, а признаки патологии других органов появляются с течением времени в результате тесной функционально-анатомической зависимости. Вторичные панкреатиты возникают вследствие патологии других органов (чаще органов пищеварения), системных метаболических заболеваний или сочетанной патологии. Посттравматические панкреатиты формируются после открытой или тупой травмы живота и ПЖ, а также термических, химических, послеоперационных, инвазивных диагностических травм или лечебных манипуляций [4].

Классификация хронического панкреатита имеет важное значение, потому что отражает современные взгляды на этиопатогенез. Существует достаточно много классификаций хронического панкреатита (Международная Марсельская и Марсельско-Римская). В настоящее время наиболее используемой является **классификация хронического панкреатита TIGAR-O:**

1. Токсико-метаболический ХП.
2. Идиопатический ХП.
3. Наследственный ХП.
4. Аутоиммунный ХП.
5. Рецидивирующий и тяжелый П.
6. Обструктивный ХП.

Для определения наиболее рациональной тактики, необходимого оперативного лечения интерес для хирургов представляют две последние формы заболевания – 5 и 6. Чаще используемой и более удобной для хирургов считается Кембриджская классификация 1991 г.

Согласно Кембриджской классификации выделяют пять типов хронического панкреатита:

- Панкреатит 1-го типа включает клинические варианты легкой и средней тяжести, без нарушения проходимости главного и добавочного протоков поджелудочной железы.
- Панкреатит 2-го типа характеризуется выраженными локальными и сегментарными изменениями проходимости протоков вследствие рубцовых стриктур или наличием кист и псевдокист в головке, теле и хвосте поджелудочной железы, сегментарными сужениями хвостовой части протока. Тем не менее главный проток органа почти на всем протяжении остается нормальным по контурам и ширине. При данном варианте хронического панкреатита, когда киста выбухает в просвет двенадцатиперстной кишки или желудка, наиболее показана эндоскопическая цистозантеро-(гастро)-стомия.
- Панкреатит 3-го типа обычно сопровождается тяжелыми клиническими проявлениями. При панкреатикографии выявляют чередование сужений и расширений главного протока железы – по типу «цепи озер». Данный тип хронического панкреатита встречается не очень часто и является относительным показанием к эндоскопическому либо хирургическому вмешательству.
- Панкреатит 4-го типа характеризуется сегментарной обструкцией вирсунгова протока в головке поджелудочной железы, вследствие стриктур и (или) калькулеза, что сопровождается равномерным расширением протоков в дистальном направлении от блока. Такие изменения часто трудно дифференцировать от опухоли головки поджелудочной железы.

Кембриджская классификация структурных изменений в поджелудочной железе при хроническом панкреатите

Изменения	ЭРХПГ	УЗИ или КТ
Нормальная ПЖ	Главный панкреатический проток (ГПП) и боковые ветви протока не изменены	Нормальные размеры, четкие контуры ПЖ ГПП = 2 мм Паренхима ПЖ гомогенна
Сомнительные изменения	ГПП не изменен, менее 3 измененных боковых ветвей	Один из следующих признаков: ГПП = 2–4 мм Размеры ПЖ в пределах 1–2 норм Неоднородная паренхима ПЖ
Мягкие изменения	ГПП не изменен, более 3 измененных боковых ветвей	Два или более признаков: ГПП = 2–4 мм Незначительное увеличение размеров ПЖ Неоднородность паренхимы
Умеренные изменения	Изменения ГПП и более 3 боковых ветвей	Нечеткость контуров ПЖ Маленькие кисты (менее 10 мм) Неравномерный ГПП Острые фокальные некрозы Повышение эхогенности стенки протока Неровность контуров ПЖ
Значительные изменения	<p>Все признаки из указанных выше + один или более из следующих признаков:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Кисты более 10 мм в диаметре • Внутрипротоковые дефекты заполнения • Камни/панкреатическая кальцификация • Обструкция или стриктуры ГПП • Выраженная дилатация и неравномерность ГПП • Инвазия в соседние органы 	

– Панкреатит 5-го типа характеризуется полной обструкцией, локализуемой в головке поджелудочной железы, что часто вызвано конкрементом, но также может быть обусловлено фиброзной стриктурой, которую не всегда удастся преодолеть при попытке глубокой канюляции даже с помощью тонкого проводника [3].

Обследование больных, страдающих хроническим панкреатитом

Процесс развития диагностических технологий в панкреатологии прошел 3 этапа – до начала 70-х годов, 70–80-е и 90-е годы.

I этап

1. Клиническое обследование.
2. Изучение результатов копрограмм – типичный копрологический синдром недостаточности панкреатического пищеварения развивается при утрате 80–90% функционирующей паренхимы.

Рентгенологическое исследование органов брюшной полости – позволяет выявить кальцинаты на поздних стадиях у 30% больных.

II. этап

1. «Золотой стандарт» – эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ).
2. УЗИ.
3. КТ – можно выявить очаги некрозов, кальцинаты, кисты, которые не обнаруживаются при УЗИ. Кроме того, меньшее число неудач при тучности и пневматозе. Общим недостатком методов визуализации является недостаточная информативность при раннем распознавании хронического панкреатита, когда морфологические изменения отсутствуют. В этом случае необходимо оценить функцию поджелудочной железы.
4. Тесты, позволяющие оценить функцию поджелудочной железы:

- Прямые (требуют дуоденального зондирования):
 - секретин-холецистокининовый (секретин-церулиновый) тест;
 - тест Лунда;
 - Непрямые (неинвазивные, косвенные):
 - химические методы оценки креатореи и стеатореи – РАВА-тест (бентираминовый) и панкреалауринновый;
 - радионуклидные методы – тест с меченым триолеином и масляной кислотой;
 - прямая количественная оценка содержания панкреатических ферментов в кале – эластазный тест.
- III этап
- Эндоскопическая ультрасонография – возможно раннее выявление изменений паренхимы и протоков при сравнении с обычной паренхимой (чувствительность – 86%, специфичность – 98%).

Эндоскопические вмешательства при стриктурах главного панкреатического протока

Вмешательства, дренирующие протоки поджелудочной железы при обструкции главного панкреатического протока и большого дуоденального сосочка, дают выраженный положительный эффект. Стриктуры главного панкреатического протока возникают при хроническом панкреатите в результате формирования фиброза на месте очагов воспаления и некроза вокруг вирсунгова протока, локальные сужения последнего приводят к нарушению оттока панкреатического секрета, нарастанию внутрипротоковой гипертензии, дилатации протоков поджелудочной железы и прогрессированию хронического панкреатита. В настоящее время эндоскопические вмешательства при обструкции главного панкреатического протока в ходе лечения хронического панкреатита рассматриваются как достаточно эффективные, во многих случаях как альтернативные хирургическим. Показа-

ния для данной группы следующие: 1) сдавление общего желчного протока увеличенной головкой поджелудочной железы с развитием холестаза, желтухи (стеноз дистальной части холедоха); 2) папиллостеноз, стриктуры дистальной части вирсунгова протока, его множественные и одиночные конкременты; 3) панкреатиты 4–5-го типов по Кембриджской классификации; 4) свищи поджелудочной железы, исходящие из главного панкреатического протока; 5) кисты и псевдокисты, расположенные парадуоденально либо в ретрогастральном пространстве и оттесняющие стенку прилегающего органа. Основным методом эндоскопического вмешательства на протоках поджелудочной железы является панкреатическая сфинктеротомия, при которой рассекается собственный сфинктер главного протока поджелудочной железы. Панкреатическая сфинктеротомия является начальным этапом эндоскопических вмешательств на вирсунгове протоке и проводится в два приема. Сначала выполняют эндоскопическую папиллосфинктеротомию, а затем и собственно сфинктеротомию [3]. По мнению R. Kozarek, в 90% наблюдений при хроническом панкреатите удается выполнить эндоскопическую папиллосфинктеротомию и панкреатическую сфинктеротомию [7]. Эндоскопическое вмешательство на главном протоке поджелудочной железы у 60% больных требует установки стента, что препятствует развитию стриктуры в зоне рассечения сфинктера и способствует нормализации оттока секрета поджелудочной железы в двенадцатиперстную кишку [8]. Успешная установка стента возможна в 85–100% случаев. По данным разных авторов, после эндоскопической терапии у 7–10% больных хроническим панкреатитом наблюдали обострение панкреатита. Летальность при эндоскопических вмешательствах на поджелудочной железе составляет до 1% [8].

Эндоскопическое лечение наружных свищей поджелудочной железы

Наружные свищи поджелудочной железы, возникающие при хроническом панкреатите, вызваны обычно папиллостенозом или стриктурами главного протока поджелудочной железы в области головки и ее перешейка. Наличие свищей в дистальных отделах протока поджелудочной железы служит показанием для эндоскопической установки панкреатического эндопротеза, так как при этом происходит сброс секрета железы в двенадцатиперстную кишку в обход устья свища, что создает условия для его закрытия [3].

Эндоскопическое лечение хронического калькулезного панкреатита

Тактика лечения хронического калькулезного панкреатита основана на концепции, которая предполагает, что конкременты поджелудочной железы, нарушая отток панкреатического секрета, вызывают повышение внутрипротокового давления, сегментарную компрессию и ишемию паренхимы органа, приводящую к дальнейшему прогрессированию заболевания [3]. Таким образом, выявление конкрементов в протоках поджелудочной железы у больных с хроническим панкреатитом является показанием для эндоскопического вмешательства, направленного на их удаление. Эндоскопическое рассечение панкреатического сфинктера обычно выполняют для улучшения доступа к устью панкреатического про-

тока и облегчения извлечения конкрементов из него. С этой целью используют захваты типа «корзинки» и баллончиковые катетеры. Полное удаление камней можно осуществить у 63% больных. Основным осложнением эндоскопических вмешательств является обострение панкреатита – 9%. Улучшение клинического течения хронического панкреатита в среднем отмечается у 74% пациентов.

Эндоскопическое лечение псевдокист поджелудочной железы

Одним из серьезных осложнений острого деструктивного панкреатита является образование псевдокист, которые возникают в 20–40% случаев данного заболевания [5]. Кисты, ассоциированные с хроническим панкреатитом, редко исчезают спонтанно и часто являются основной причиной болевого синдрома. Большинство из них расположены интрапанкреатически и связаны с главным протоком поджелудочной железы [6]. Эндоскопическое оперативное лечение псевдокист эффективно в подавляющем большинстве случаев. Показаниями для их эндоскопического дренирования являются: размеры кисты более 6 см, болевой синдром, лихорадка, наличие желтухи [3]. Кисты могут быть дренированы с помощью временного назопанкреатического катетера или стента, введенного через большой или малый сосочек двенадцатиперстной кишки. Возможно также непосредственное внедрение в просвет кисты через стенку желудка или двенадцатиперстной кишки. Кисты, сообщающиеся с протоковой системой, удается успешно дренировать эндоскопически в 90% случаев. Серьезной проблемой эндоскопического дренирования псевдокист являются гнойно-септические осложнения. При появлении их признаков у больных с внутренним дренажем псевдокисты необходимо произвести замену стента с предварительной установкой цистоназального дренажа с целью промывания просвета кисты. Результаты эндоскопического лечения при псевдокистах, полученные в различных клиниках, свидетельствуют о его высокой эффективности. Успешное внутреннее дренирование псевдокист в просвет пищеварительного тракта с помощью эндоскопических методов достигнуто в 81–100%. Отдаленные результаты были хорошими у 70–89% больных. Общая летальность при эндоскопическом лечении псевдокист составила 0–5% [3].

Органосохраняющие операции при хроническом панкреатите головки поджелудочной железы

Несмотря на выделение многими исследователями ХП головки ПЖ в качестве особой формы заболевания, нет ответов на многие вопросы этиологии и патогенеза, не разработана классификация, проблематична диагностика, отсутствует единство подходов при выборе метода операции [1].

Показаниями к хирургическому лечению при хроническом панкреатите головки поджелудочной железы являются: выраженный болевой синдром, нарушение проходимости желчных путей, нарушение проходимости протока поджелудочной железы, псевдокисты, подозрение на рак головки поджелудочной железы.

При данной форме хронического панкреатита наиболее распространенной операцией является панкреатодуоденальная резекция. Послеоперационные осложнения

составляют при этом 30–40%, а послеоперационная летальность колеблется в пределах 4–12,3%. К органосохраняющим операциям при данной патологии относится субтотальная дуоденосохраняющая резекция головки ПЖ без пересечения перешейка в сочетании с продольным или проксимальным панкреатоеюноанастомозом по Ру. Частота осложнений в раннем послеоперационном периоде, по данным разных авторов, составляет до 4%, в то время как послеоперационная летальность составляет 2% [2].

В заключение необходимо констатировать, что в настоящее время на первое место выходит малоинвазивное лечение хронического панкреатита. Для достижения наиболее успешных результатов эндоскопических вмешательств необходимы тщательный отбор больных, изучение ближайших и отдаленных результатов для правильной оценки проводимого лечения. Эндоскопические операции должны рассматриваться как один из способов лечения наряду с чрескожно-чреспеченочными вмешательствами, хирургическими операциями и медикаментозным лечением.

Литература

1. Буриев И.М., Кубышкин В.А., Вишневецкий В.А. и др. Выбор метода хирургического лечения хронического панкреатита с преимущественным поражением головки поджелудочной же-

лезы: *Материалы Российской-Германского симпозиума “Хирургия поджелудочной железы на рубеже веков”, 24–25 мая 2000 г. Москва. — 2000. — С. 26–27.*

2. Добров С.Д., Полякевич А.С., Блажитко Е.М., Толстых Г.Н., Митин В.А. Органосохраняющие технологии при хроническом панкреатите головки поджелудочной железы. *Анналы хирургической гепатологии. — 2007. — Т. 12, № 2. — С. 96–102.*

3. Зубарева Л.А. Будзинский А.А. Эндоскопическое лечение больных с хроническим панкреатитом. *Альманах эндоскопии №1 2002. — С. 39–44.*

4. Минушкин О.Н. Хронический панкреатит: эпидемиология, этиология, классификация // *Фарматека. — 2007. — № 2. — С. 53–56.*

5. Шалимов А.А. Хронический панкреатит. Современные концепции патогенеза, диагностики и лечения. Киев: Здоровье. — 200—566 с.

6. Borman P. Endoscopic treatment for chronic pancreatitis // *Br. J. Surg. — 1992. — Vol. 13. — P. 1260–1261.*

7. Kozarec R. et al. Endoscopic pancreatic duct sphincterotomy: indications, technic, an result // *Gastr. Endoscop. — 1994. — Vol. 40. — P. 592–598.*

8. Ponchon T. et al. Endoscopic stenting for pain relief in chronic pancreatitis: result of standartized. // *Gastr. Endoscop. — 1995. — Vol. 42. — P. 452–456.*