

# Хирургические аспекты хронического панкреатита

Е.И. Брехов, В.В. Калинин, М.В. Коробов, Н.С. Бордан

Кафедра хирургии ФГУ «УНМЦ» УД Президента РФ

За последние 30 лет в мире отмечен двукратный рост пациентов с хроническим панкреатитом.

Несмотря на бурное развитие в последнее десятилетие малоинвазивных вмешательств на поджелудочной железе и парапанкреатических структурах, прямые (открытые) хирургические методы продолжают занимать ведущую позицию в лечении хронического панкреатита и его осложнений.

Мы располагаем опытом комбинированного и комплексного хирургического лечения более 250 пациентов с хроническим панкреатитом. Используемая лечебно-диагностическая тактика, включая период восстановительного лечения, позволяет нам снизить количество ранних и поздних послеоперационных осложнений, восстанавливать трудоспособность у большого количества больных в оптимальные сроки.

**Ключевые слова:** хронический панкреатит, хирургическое лечение.

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 экзосекреторной и инкреторной функции различной степени [3,6,7,8].

За последние 30 лет в мире отмечен двукратный рост пациентов с хроническим панкреатитом. По данным разных авторов, среди населения развитых стран распространенность хронического панкреатита варьирует от 0,2% до 0,68%, а среди заболеваний пищеварительной системы от 6% до 9% и составляет 25 случаев на 100 тысяч населения [5]. Кроме того, что лечение хронического панкреатита является нерешенной задачей современной панкреатологии, в связи с длительной потерей трудоспособности и высокой инвалидизацией это заболевание является еще и серьезной социально-экономической проблемой.

Основными этиологическими факторами хронического панкреатита являются алкоголь, заболевания желчного пузыря и желчных путей [1,2,3,11].

Имеет место вопрос: «Являются ли пациенты с хроническим панкреатитом лицами повышенного онкологического риска?». Несмотря на слабую корреляцию между хроническим панкреатитом и раковой трансформацией поджелудочной железы, многие авторы относят данное заболевание к предраковым.

Существует достаточно много классификаций хронического панкреатита (Международная Марсельская и Марсельско-Римская). В настоящее время наиболее используемой является классификация хронического панкреатита TIGAR-O [6].

## Классификация хронического панкреатита TIGAR-O:

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

Для определения наиболее рациональной тактики, необходимого оперативного лечения, интерес для хи-

рургов представляют две последние формы заболевания (5 и 6).

Хирургическое лечение хронического панкреатита можно разделить на два основных направления:

1 — устранение его первоначальной причины при холангиогенном панкреатите (при сочетанном поражении билиарно-панкреатической системы);

2 — лечение осложнений перенесенного острого деструктивного панкреатита, чаще всего разнообразные хирургические вмешательства по поводу псевдокист поджелудочной железы.

От этого зависит выбор метода оперативного лечения. При холангиогенном хроническом панкреатите выбор хирургического вмешательства определяется в зависимости от степени обтурирующего или стенозирующего поражения магистральных желчных протоков и большого дуоденального сосочка, вызывающего гипертензию как в желчевыводящей системе, так и в протоках поджелудочной железы. Существенное значение имеет и выбор времени выполнения оперативного вмешательства. При билиарном (холангиогенном) панкреатите целесообразно прибегать к операции в ближайшее время после выявления подобных форм поражения поджелудочной железы. Операции по поводу постнекротических изменений (кистозных образований), исходящих из поджелудочной железы, или тесно связанных с ней, должны проводиться только после стихания острых воспалительных изменений, когда можно объективно определить метод, вид и объем вмешательства. Нарушая эти принципы, не удастся получить оптимальный результат.

Необходимо подчеркнуть, что при хирургическом лечении хронического панкреатита далеко не всегда можно ограничиться лишь одним из методов оперативного пособия. Часто возникает необходимость использования комбинированных вмешательств, как на самой поджелудочной железе, так и на желчных путях и большом дуоденальном сосочке [12,14,19].

Для выбора правильной и оптимальной хирургической тактики необходимо проведение соответствующих диагностических мероприятий. Первостепенное значение имеют инструментальные методы обследования: УЗИ, КТ, ЭРХПГ. Современные диагностические возможности позволяют получить не только непосредственное изображение поджелудочной железы, но и определить точную локализацию поражения, распространенность процесса и в большинстве случаев предположить

Таблица

## Балльная система диагностики хронического панкреатита

Оцениваемые параметры	Баллы
Кальцификация поджелудочной железы	4
Характерные гистологические изменения	4
Характерные изменения по УЗИ или ЭРХПГ (см. Кембриджскую классификацию)	3
Экзокринная недостаточность поджелудочной железы	2
Приступы панкреатита и/или хроническая абдоминальная боль	2
Сахарный диабет	1
Диагноз хронического панкреатита ставится в случае 4 и более баллов	

морфологический субстрат. Наиболее рациональной является балльная система диагностики хронического панкреатита по P. Layer и U. Melle (2005) (таблица). Где основными оцениваемыми параметрами являются структурные изменения, полученные при лучевых методах исследования (ЭРХПГ, УЗИ и КТ), соответствующие наиболее применяемой, нижеприведенной классификации (рисунок).

Эндоскопические методы лечения показаны при обструктивных формах хронического панкреатита, эффективность их при этом составляет 85–90%. Эти манипуляции на большом дуоденальном сосочке, протоке поджелудочной железы, желчных протоках (папиллосфинктеротомия, извлечение конкрементов, дилатация, эндопротезирование) могут являться как самостоятельными видами, так и этапами комплексного хирургического лечения.

При формирующихся псевдокистах предпочтение отдается выжидательной тактике, т.к. стихание острых воспалительных изменений и образование надежной фиброзной оболочки кисты создает приемлемые условия для наложения панкреатодигестивных анастомозов и резекционных вмешательств. Однако, при возникновении осложнений в процессе формирования постнекротических кист (нагноение, угроза перфорации и т.д.) требуются неотложные мероприятия для их устра-

нения. В настоящее время предпочтение отдается чрезкожным пункционным вмешательствам под ультразвуковым контролем. Кроме того, наружное дренирование под контролем УЗИ является одним из эффективных самостоятельных методов лечения ложных поджелудочной железы. Дренаж в полости кисты может находиться от нескольких дней до нескольких недель и месяцев. Через него возможно проведение не только диагностических манипуляций (фистулография), но и лечебных мероприятий: промывание полости растворами антисептиков, активная аспирация ее содержимого и т.п. В других случаях малоинвазивные манипуляции могут сочетаться с эндоскопическими хирургическими методами или являться подготовительным этапом к прямому оперативному вмешательству.

Прямые оперативные вмешательства на поджелудочной железе.

Прежде всего, необходимо отметить, что хирургическое лечение хронического панкреатита не может в полной мере устранить уже наступившие структурные поражения поджелудочной железы. Подбор адекватных хирургических вмешательств направлен только на стабилизацию патологического процесса, замедление его прогрессирования. Несмотря на бурное развитие в последнее десятилетие малоинвазивных вмешательств на поджелудочной железе и парапанкреатических структурах, прямые (открытые) хирургические методы продолжают занимать ведущую позицию в лечении хронического панкреатита и его осложнений. Методики операций при хроническом панкреатите постоянно совершенствуются. Выбор адекватного метода хирургического вмешательства зависит от формы данного заболевания, состояния органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, оцениваемого на основании детального обследования, и определяется несколькими основными факторами: локализацией и распространением поражения поджелудочной железы, состоянием главного панкреатического протока, наличием осложнений. Целью операций на поджелудочной железе является улучшение качества жизни и восстановление трудоспособности. Считается, что идеальная операция при хроническом панкреатите должна обеспечивать ликвидацию боли, купировать местные осложнения и возможность их рецидивов, восстанавливать или улучшать экзокреторную и инкреторную функции поджелудочной железы. Кроме стойких болей при нарушении пассажа панкреатического сока в 12-перстную кишку, соответственно уменьшается содержание панкреатических ферментов, что активизирует энзимозависимую обратную регуляцию экзокреции. Это, в свою очередь, способствует повышению внутрипротокового давления. Поэтому современные хирургические вмешательства при хроническом панкреатите, разрывающие этот порочный круг являются патогенетически обоснованными.

В настоящее время в этом разделе хирургической панкреатологии определилось два направления, основанных на выполнении только дренирующих операций либо резецирующих с дренированием главного панкреатического протока. Резецирующие операции (с обязательным дренированием панкреатического протока) направлены на удаление необратимо патологически измененной части поджелудочной железы. Если таких



Рис. Классификация изменений.

изменений нет, выполняется только органосохраняющая дренирующая операция, восстанавливающая отток панкреатического сока за счет формирования панкреатоэнтероанастомоза.

Наиболее частыми операциями на поджелудочной железе являются вмешательства по поводу постнекротических кист, то есть операции при псевдокистозном хроническом панкреатите. Выявление такого кистозного поражения поджелудочной железы в большинстве случаев определяет и показания к оперативному лечению, которые в значительной мере зависят от стадии и срока существования кисты. В зависимости от локализации, величины и степени зрелости кистозного образования выполняются различные операции внутреннего дренирования: цистогастростомия, цистоеюностомия и цистодуоденостомия.

Успех хирургического лечения в значительной мере определяется комплексом лечебных мероприятий, проводимых в до- и послеоперационном периодах и направленных на восстановление или компенсацию утраченных функций, а также профилактику возможных осложнений. Предоперационная подготовка больных с хроническим панкреатитом направлена на коррекцию расстройств функции органов дыхания, кровообращения, печени и почек при осуществлении контроля водно-электролитного и белкового балансов. Кроме того, в комплексную, общепринятую подготовку должны входить мероприятия, направленные на нормализацию функционального состояния поджелудочной железы за счет уменьшения воспалительных изменений в ней и коррекцию моторно-эвакуаторных нарушений дуоденопанкреатобилиарной зоны [4,9,10,13,15,16]. Традиционно используются релаксанты гладкой мускулатуры, желателен селективного типа действия, не оказывающие влияния на мускариновые рецепторы. В предоперационном периоде практически всегда показана энзимотерапия для перевода поджелудочной железы в режим ее секреторной минимизации, за счет генерализованного и селективного обратного торможением секреции [17,18,20,21,22,23].

Мы располагаем опытом комбинированного и комплексного хирургического лечения более 250 пациентов с хроническим панкреатитом.

По нашим наблюдениям, в результате проводимой предоперационной подготовки достоверно уменьшились болевой синдром, явление диспепсии, симптомы внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы, отмечалась положительная динамика в биохимических показателях крови. В послеоперационном периоде еще и в качестве заместительной терапии, зависящей от характера и объема оперативного вмешательства всегда проводилась антисекреторная терапия препаратом сандостатин по схеме. Подобная комплексная терапия позволила снизить частоту развития о. послеоперационного панкреатита в 2,5 раза. После выписки из стационара данная категория больных должна находиться на диспансерном наблюдении, получать комплексную ферментокорректирующую терапию, а также препараты, нормализующие моторно-эвакуаторные нарушения. Используемая лечебно-диагностическая тактика, включая период восстановительного лечения, позволяет нам снизить количество ранних и поздних послеоперационных осложнений, восстанавливать тру-

доспособность у большого количества больных в оптимальные сроки.

Таким образом, необходимо своевременно определить показания к хирургическому лечению хронического панкреатита и его осложнений. Независимо от типа проведенного хирургического лечения пациенты данной категории должны подлежать длительному динамическому наблюдению и проведению активных реабилитационных мероприятий.

### Литература

1. Буклис Э.Р., Ивашкин В.Т. Хронический панкреатит: этиология, патофизиология и консервативная терапия // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*, том XVI, №6 2006.
2. Губергриц Н.Б., Христич Т.Н. Клиническая панкреатология. — Донецк: ООО «Лебедь», 2000. — 416 с.
3. Ивашкин В.Т., Султанов В.К. Пропедевтика внутренних болезней. Питер, Санкт-Петербург, 2000.
4. Коротько Г.Ф. Секреция поджелудочной железы. — М.: «Триада-Х», 2002. — 224 с.
5. Маев И.В., Казюлин А.Н., Кучерявый Ю.А. и др. Некоторые вопросы эпидемиологии хронического панкреатита // *Клинико-эпидемиологические и этно-экологические проблемы заболеваний органов пищеварения. — В сб.: Мат. Третьей Восточно-Сибирской гастроэнтерологической конференции / Под. ред. проф. В.В. Цуканова. — Красноярск, 2003. — С. 49–52.*
6. Маев И.В., Казюлин А.Н., Кучерявый Ю.А. Хронический панкреатит. — М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2005. — 504 с.
7. Минушкин О.Н. Хронический панкреатит: некоторые аспекты патогенеза, диагностики и лечения // *Consilium medicum*. — 2002. — №1.
8. Минушкин О.Н. Хронический панкреатит: эпидемиология, этиология, классификация // *Фарматека*. — 2007. — № 2. — С. 53–56.
9. Хендерсон Д.М. Патофизиология органов пищеварения. М., 1997; 288с.
10. Шифрин О.С., Юрьева Е.Ю., Ивашкин В.Т. Клиническое применение пензитола при хроническом панкреатите // *Клин. перспективы гастроэнтерол., гепатол.* — 2004. — № 1. — С. 32–34
11. Яковенко А.В. Клиника, диагностика и лечение хронического панкреатита // *Клин. мед.* — 2001. — № 9. — С. 15–20.
12. Ammann R.W., Muellhaupt B., *The natural history of pain in alcoholic chronic pancreatitis*. // *Gastroenterology* 1999, v.— 116 p 1132–1140,
13. Brown A., Hughes M., Tenner S. et al. Does pancreatic enzyme supplementation reduce pain in patients with chronic pancreatitis: A meta-analysis // *Am. J. Gastroenterol.* — 1997. — Vol. 92. — P. 2032–2035.
14. Chen R., Brentnall T.A., Pan S. et al. Quantitative proteomics analysis reveals that proteins differentially expressed in chronic pancreatitis are also frequently involved in pancreatic cancer. *Mol Cell Proteomics* 2007; 6:1331–1342.
15. DiMagno E.P. Gastric acid suppression and treatment of severe exocrine pancreatic insufficiency // *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* — 2001. — Vol. 15. — P. 477–486.
16. Dominguez-Munoz J. E., Iglesias-Garcia J., Iglesias-Rey M. et al. Optimising the therapy of exocrine pancreatic insufficiency by the association of a proton pump inhibitor to enteric

coated pancreatic extracts // *Gut*. – 2006. – Vol. 55. – P. 1056–1057.

17. Gomez Cerezo J., Codocer R., Fernandez Callo P. et al. Basal and postprandial cholecystokinin values in chronic pancreatitis with and without abdominal pain // *Digestion*. – 1991. – Vol. 48. – P. 134.

18. Hartmann D., Felix K., Ehmann M. et al. Protein expression profiling reveals distinctive changes in serum proteins associated with chronic pancreatitis. *Pancreas* 2007; 35:334–342.

19. Howard T.J., Jones J.W., Sherman S. et al. Impact of pancreatic head resection direct medical costs in patients with chronic pancreatitis. // *Ann. Surg.*, 2001 vol. 234 p 661–667.

20. Layer P., Keller J., Lankisch P. C. Pancreatic enzyme replacement therapy // *Curr. Gastroenter. Rep.*, 2001, №3 P.101–108.

21. Nair R.J., Lawler L., Miller M.R. Chronic pancreatitis. // *American Family Physician*, №11, 76, 2007.

22. Omary M.B., Lugea A., Lowe A.W., Pandol S.J. The pancreatic stellate cell: a star on the rise in pancreatic diseases // *J. Clin. Invest.* – 2007. – № 117(1). – P. 50–59.

23. Shek F.W., Benyon R.C., Walker F.M., Raymond McCrudden P. Expression of Transforming Growth Factor- $\beta$ 1 by Pancreatic Stellate Cells and Its Implications for Matrix Secretion and Turnover in Chronic Pancreatitis // *American Journal of Pathology*. – 2002. – № 160. – P. 1787–1798.

---