

## Диагностика и хирургическое лечение хронического панкреатита

А.А.Шалимов,  
В.М.Копчак, И.М.Тодуров,  
А.И.Дронов

Отдел хирургии печени,  
поджелудочной железы и  
'портальной гипертензии  
(заведующий - Академик  
А.А.Шалимов) Института  
клинической и  
экспериментальной  
хирургии АМН Украины  
(директор -член-корр.АН  
и АМН Украины  
В.Ф.Саенко), г.Киев

В работе представлен опыт хирургического лечения 517 больных различными формами хронического панкреатита. Рассмотрены особенности клинического течения и тактики обследования, характер применяемых оперативных вмешательств. Наиболее информативным в диагностике хронического панкреатита является метод ультразвукового исследования. Метод ретроградной панкреатикографии позволяет в подавляющем большинстве наблюдений дифференцировать опухолевый процесс от хронического воспаления.

У 349 больных (67,5 %) выполняли различного типа дренирующие операции на поджелудочной железе, преимущественно панкреатоеюностомия. У 17 больных (3,3 %) произвели панкреатодуоденальную резекцию, у 36 (7,0 %) - дистальную резекцию и у 4 (0,8 %) - резекцию головки поджелудочной железы по Бегеру. (Резекцию поджелудочной железы выполняли только при сегментарном фиброзо-дегенеративном ее поражении).

Умерло 9 больных (1,9 %). Положительный эффект в послеоперационном периоде получен у 75,7 % оперированных больных.

## Diagnosis and surgical treatment of chronic pancreatitis

A.A.Shalimov, V.M.Kopchak,  
I.M.Todurov, A.I.Dronov

Department of Hepatic &  
Pancreatic Surgery and Portal  
Hypertension (Director  
Academician A.A.Shalimov)  
UAMSci Institute for Clinical  
and Experimental Surgery  
UAMSci (Director -  
Corresponding Member  
UAMSci V.F.Sayenko), Kiev.

The work deals with the experience in surgical treatment of 517 patients with various forms of chronic pancreatitis, as well as with the analysis of clinical patterns, examination policy and surgical decision-making. Ultrasonic study is the most informative method in diagnosis of chronic pancreatitis. The method of retrograde pancreatography allows of differentiating the tumorous process from chronic inflammation in the overwhelming majority of cases.

349 patients (67.5 %) were subjected to various types of draining operations on the pancreas, predominantly pancreatoduodenal resection, 36 (7.0 %) - distal resection, and 4 (0.8 %) - resection of the pancreatic head by Begerys technique (resection of the pancreas was performed only in segmentary fibrous-and-degenerative affection thereof).

Nine patients died (1.9 %). Positive effect in the postoperative period was achieved in 75.5 % of the operated on patients.

Больные хроническим панкреатитом (ХП) - это тяжелая группа больных, а проблема лечения данной категории пациентов сложна и многогранна. Длительно существующие изменения в поджелудочной железе, как правило, приводят к тяжелым последствиям в виде нарушений инкреторной и экскреторной функций железы [5, 7, 10]. Клиническая картина хронического панкреатита отличается полиморфизмом, в связи с чем, заболевание часто трактуют как язвенную болезнь, опухоль поджелудочной железы или осложненную форму желчекаменной болезни [2, 9, 10].

Эффективность консервативной терапии весьма незначительна и то только в начальных стадиях заболевания. С развитием же грубых фиброзных и фиброзо-дегенеративных процессов паренхимы поджелудочной железы, с вовлечением в патологический процесс протоковой системы и развитием протоковой гипертензии в качестве радикального лечения возможна лишь хирургическая операция. В то же время прямые оперативные вмешательства на поджелудочной железе отличаются значительной технической сложностью, относительно высокой послеоперационной летальностью, достигающей 6-9 %, и значительным числом послеоперационных осложнений [1-4,6,8].

Тем не менее, оперативные вмешательства далеко не всегда дают ожидаемый результат, а применение резекционных методов чревато развитием в отдаленном послеоперационном периоде тяжелых функциональных расстройств [5, 9, 10]. Все вышеизложенное свидетельствует о чрезвычайной актуальности проблемы и заставляет искать новые методы хирургического лечения этого тяжелого заболевания.

### **Материал и методы**

В данной работе нами проанализирован опыт диагностики и хирургического лечения 517 больных с осложненными формами хронического панкреатита, находившихся на лечении в клинике за период с 1992 по 1997 гг. (мужчин - 73,6 %, женщин - 26,4 %, в возрасте от 21 до 76 лет). Основными клиническими симптомами у данной группы больных были: стойкий болевой синдром (82,0 % больных), резкая (на 10-20 кг за 4-6 месяцев) потеря в весе (73,0 %), нарушения усвояемости пищи (43,0 %). Злоупотребление алкоголем отмечено у 84,0 % больных. В 3,0 % случаях отмечено продолжительное лечение по поводу хронических заболеваний органов гепатодуоденальной зоны (хронический калькулезный холецистит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки).

Основным методом в комплексе диагностических мероприятий, позволяющим достоверно определить характер и локализацию морфологических изменений в поджелудочной железе, считаем ультразвуковой метод (УЗИ). Данный метод позволил в 100 % наблюдений выявить наличие кист в различных отделах поджелудочной железы, наличие кальцинозного и калькулезного панкреатита у 84 % обследованных больных (у 68 % пациентов достоверно подтвердил наличие расширения главного панкреатического протока). Важным методом диагностики считаем метод ретроградной холангиопанкреатикографии. Этот метод позволяет в подавляющем большинстве наблюдений определить состояние протоковой системы поджелудочной железы, дифференцировать опухолевый процесс от хронического воспаления, уточняет наличие связи кист поджелудочной железы с главным панкреатическим протоком. Внешнесекреторную функцию поджелудочной железы оценивали по результатам дуоденального зондирования и радиологического исследования с триолет- глицерином, меченным  $I^{131}$ . Состояние углеводного обмена оценивали по уровню сахара в крови, пробой с двойной сахарной нагрузкой, содержанию глюкогона, резервного инсулина, и С-пептида, изучаемых радиоиммуно-логическим методом.

По характеру морфологических изменений в поджелудочной железе мы различаем следующие формы хронического панкреатита:

- 1) хронический фиброзный панкреатит без протоковой гипертензии и дилатации главного панкреатического протока;
- 2) хронический фиброзный панкреатит с протоковой гипертензией и дилатацией главного панкреатического протока;
- 3) фиброзно-дегенеративный панкреатит, осложненный: а) кальцинозом поджелудочной железы; б) образованием псевдокист; в) образованием панкреатических свищей; г) образованием абсцессов поджелудочной железы. Объем и характер оперативных вмешательств у больных с хроническим панкреатитом зависел от характера патологических изменений в поджелудочной железе. Так у больных с фиброзным панкреатитом без протоковой гипертензии и дилатации главного панкреатического протока ранее мы выполняли операции на вегетативной нервной системе такие как постганглионарная невротомия по Йошиока-Вакабаяси, маргинальная невротомия, резекция узлов чревного сплетения и другие. Однако изучение отдаленных результатов показало, что эффективность подобного типа операций весьма незначительна. В связи с этим в данной группе больных оперативные вмешательства считаем показанными только в случаях вовлечения в патологический процесс двенадцатиперстной кишки или общего желчного протока. Этим больным показаны операции по устранению нарушений желчной или дуоденальной проходимости.

У больных с фиброзным панкреатитом с протоковой гипертензией и дилатацией главного панкреатического протока считаем показанным выполнение дренирующих операций. Больным с

ограниченным стенозом проксимального отдела главного панкреатического протока показана трансдуоденальная вирсунготомия (вирсунгопластика), а также дуоденопанкреатостомия (при поражении дистальных отделов протока считаем показанной продольную панкреато-еюностомию).

У больных фибрознодегенеративным панкреатитом (с вовлечением в процесс протоковой системы, наличием кальциноза железы) основными методами оперативного лечения считаем резекционные. Так, при преимущественном поражении головки поджелудочной железы выполняем резекцию последней по Бегеру или Фрею. А при вовлечении в процесс двенадцатиперстной кишки - панкреатодуоденальную резекцию. При поражении более дистальных участков показана сегментарная (дистальная) резекция органа.

У больных хроническим панкреатитом, осложненным наличием кисты поджелудочной железы, хирургическую тактику выбираем в зависимости от состояния главного панкреатического протока и наличия связи с ним полости кисты. При наличии таковой связи выполняем внутреннее дренирование кисты с одновременной коррекцией, при необходимости, главного панкреатического протока. При отсутствии связи главного панкреатического протока с полостью псевдокисты следует отдать предпочтение наружному дренированию полости кисты (которое в подобных случаях мы считаем радикальной операцией). Не связанные с протоковой истемой железы псевдокисты до 5 см в диаметре дренируем пункцией под контролем УЗИ (с последующей облитерацией полости введением склерозирующих растворов)

## **Результаты**

### **Анализ результата**

Оперативные вмешательства выполнены у 517 наблюдавшихся нами больных. Комплексный подход в диагностике ХП позволил у 98,7% больных правильно установить локализацию распространенность и характер морфологических нарушений в органе и выбрать наиболее эффективный объем оперативного вмешательства. Характер выполненных оперативных вмешательств представлен в таблице.

### **Характер оперативных вмешательств у больных хроническим панкреатитом**

| Вид операции  | Число больных |            |
|---|---------------|------------|
|   | Абс.          | %          |
| Продольная панкреатоеюностомия                                    | 245           | 47,4       |
| Панкреатоцистоеюностомия  | 104           | 20,1       |
| ПДР   | 17            | 3,3        |
| Резекция головки поджелудочной железы по Бегеру                   | 4             | 0,8        |
| Дистальная резекция поджелудочной железы                          | 36            | 7,0        |
| Наружное дренирование кисты                                       | 73            | 14,1       |
| Другие операции без прямого вмешательства на поджелудочной железе | 38            | 7,3        |
| <b>ВСЕГО:</b>   | <b>517</b>    | <b>100</b> |

У 38 больных с фиброзным панкреатитом без протоковой гипертензии и дилатации протока выполнены операции без прямого вмешательства на поджелудочной железе: у 16 с тубулярным стенозом холедоха - супрадуоденальная холедоходуоденостомия, у 12 с дуоденальной непроходимостью - дуоденопластика и гастроеюностомия, у 10 больных, страдающих выраженным болевым синдромом - маргинальная невротомия и резекция узлов чревного сплетения.

При хроническом фиброзном панкреатите с дилатацией протока и панкреатической гипертензией у 47,4 % больных выполнена продольная панкреатоеюностомия на выключенной петле тонкой кишки (у 16 больных - с искусственным формированием протока).

У 11,0% больных с наличием сегментарных фибронодегенеративных поражений поджелудочной железы были выполнены резецирующие операции: панкреатодуоденальная резекция - у 3,3%, резекция головки поджелудочной железы по Бегеру или Фрею - у 0,8%, дистальная резекция - у 7,0% (у 4 больных дистальная резекция выполнялась с сохранением селезенки).

По поводу хронического панкреатита, осложненного наличием псевдокисты поджелудочной железы, оперировано 177 больных. У 104 больных (20,1%) при наличии связи полости псевдокисты с главным панкреатическим протоком выполняли дренирующие операции (как правило, панкреатоцистоеюностомию). У 73 больных (14,1 %) при отсутствии связи главного панкреатического протока с полостью псевдокисты выполняли наружное дренирование, которое у 12 больных было произведено под контролем УЗИ и дополнено склерозированием полости псевдокисты.

В раннем послеоперационном периоде умерло 9 больных (общая послеоперационная летальность составила 1,9%). Причинами летальных исходов явились гнойно-септические осложнения (2 больных), аррозивное профузное кровотечение (1 больной). У остальных больных причиной смерти послужили тяжелые сопутствующие заболевания.

Анализ результатов лечения, прослеженных в сроки от 1 до 3 лет показал, что хорошие и удовлетворительные результаты лечения (исчезновение болевого синдрома, улучшение внешнесекреторной функции поджелудочной железы, стабилизация или улучшение показателей углеводного обмена) отмечены у 75,7 % обследованных нами больных.

### **Список литературы**

1. Данилов М.В., Благовидов Д.Ф. Внутреннее дренирование протоковой системы поджелудочной железы в хирургии хронического панкреатита и его осложнений //Тр. Ин-та/ 2-й Моск.Мед.ин-т.-1980.-Т.138. Сер.: Хирургии, вып.29-с.20-29
2. Кузин М.И., Благовидов Д.Ф., Данилов М.В., Помелов В.С. Операции на поджелудочной железе при хроническом панкреатите // Хирургия 1983; 1:5-9.
3. Кузин М.И., Благовидов Д.Ф., Данилов М.В. Хронический панкреатит - хирургическое лечение //Мед.газета, 1981; 3 апреля: 3.
4. Милонов О.Б., Мовчун А.А., Тимошин А.Д., Скиленко О.Г. Операции внутреннего дренирования в лечении хронического панкреатита //Панкреатиты. Заболевания желчных путей; Тез...-Гродно, 1988:22-23.
5. Мовчун А.А., Тимошин А.Д., Скиленко О.Г. Отдаленные результаты Хирургия 1993,6:28-33
6. Напалков П.Н. Принципы хирургического лечения хронического панкреатита //Клин.мед. 1980; 58; 7: с 83-87.
7. Панцырев Ю.М., Ноздрачев В.И., Галлингер Ю.И. Принципы хирургического лечения хронического панкреатита //Первый Всесоюзн. Съезд науч.о-ва гастроэнтерологов: Тез.-Москва: Свердловск, -1983.-С.83-87.
8. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Лифшиц Ю.З. Новое в хирургическом лечении больных хроническим панкреатитом //Клин.хир. 1989; II: 1-5.
9. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Лифшиц Ю.З. Парциальная резекция поджелудочной железы в лечении хронического панкреатита // Вестн.хир.им Грекова 1983; 131; 7: 46-51.