



И. А. Кулик

Харьковский национальный  
медицинский университет

© Кулик И. А.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА

**Резюме.** В статье приведены данные о этиопатогенезе и хирургическом лечении хронического рецидивирующего панкреатита. Описаны показания и противопоказания к различным видам хирургического лечения. Проанализированы литературные данные, посвященные основным видам оперативных вмешательств, включая миниинвазивные, при хроническом рецидивирующем панкреатите. Показана актуальность рассмотренной темы в современной хирургии.

**Ключевые слова:** хронический рецидивирующий панкреатит, хирургическое лечение, миниинвазивные методы лечения.

Хронический панкреатит (ХП) – прогрессирующее воспалительное заболевание поджелудочной железы, и характеризующееся нарастающими структурными и функциональными изменениями органа, которые сохраняются даже в условиях прекращения действия этиологического фактора [2, 4, 7, 15]. Морфологическим субстратом хронического панкреатита является отек, воспаление и очаговые некрозы поджелудочной железы, которые развиваются на фоне стриктур панкреатических протоков, белковых пробок кальцинатов, псевдокист, возникающих в исходе острого панкреатита или в результате первичного рецидивирующего панкреатита [2, 3, 6, 8]. Очаговая или диффузная деструкция железистых элементов с последующим развитием фиброза постепенно приводит к экзокринной и, по крайней мере, на поздних этапах, эндокринной недостаточности железы [1, 5, 18].

Распространенность хронического панкреатита, по данным разных исследований, варьирует от 26,7 до 50 случаев на 100000 населения. На аутопсии частота выявления его составляет 0,04-5 % случаев. Ежегодно регистрируется 8-10 новых случаев заболевания хроническим панкреатитом на 100000 населения [12]. Считается, что как только диагноз хронического панкреатита установлен на основании выявления морфологических или функциональных изменений поджелудочной железы, его определение должно быть конкретизировано установлением этиологической формы, наличия и характера осложнений, тяжести течения заболевания.

В патогенезе острого и хронического панкреатита одним из ведущих механизмов является активация панкреатических ферментов, в первую очередь трипсина, и «самопереваривание» ткани поджелудочной железы. Трипсин вызывает коагуляционный некроз ацинарной ткани с лейкоцитарной инфильтрацией. В свою очередь А и В-фосфолипазы разрушают

фосфолипидный слой мембран и клеток, эластина — эластический каркас стенок сосудов. Кроме того, активация калликреина и других вазоактивных веществ, способствует повышению сосудистой проницаемости, что приводит к геморрагическому пропитыванию ткани поджелудочной железы [16].

Преждевременная активация трипсина из трипсиногена в протоках поджелудочной железы осуществляется комплексом компонентов дуоденального содержимого, попадающего из двенадцатиперстной кишки при ее дискинезии и являющегося смесью активированных панкреатических ферментов, желчных солей, лизолецитина, эмульгированного жира и бактериальной флоры. При наличии воспалительного процесса в поджелудочной железе и препятствия для оттока панкреатического сока, активация трипсина, химотрипсина и эластина может происходить уже в самой железе.

О сложности проблемы хронического панкреатита свидетельствует состояние вопроса его классификации. До настоящего времени общепринятой классификации ХП не существует, а, имеющиеся в своей основе, нередко имеют различные диагностические критерии и методологические подходы.

Мировой опыт развития панкреатологии характеризуется двумя основными тенденциями. Первая – разработка и внедрение в клиническую практику современных объективных методов, не только функционального, но и инструментального исследования, таких как УЗИ, компьютерная томография, ЭРПХГ, различные способы ангиографии и т.д. Большую информацию, хотя и косвенную, дает ФГДС. Вторая тенденция предусматривает все большее распространение хирургических способов лечения хронического панкреатита с использованием, прежде всего, прямых хирургических вмешательств на ПЖ и ее протоковой системе, а также на смежных органах: желчных



путях, желудочно-кишечном тракте, нервной и сосудистой системах.

Хирургическая тактика лечения осложненных форм хронического рецидивирующего панкреатита, состоит в следующем: если при вторичном холангиогенном ХП устранение его первоначальной причины является целью хирургического лечения, то при первичном ХП этиотропное лечение оказывается практически невозможным. В арсенале оперативных вмешательств, выполняемых по поводу первичного и вторичного ХП есть множество методов операций, как на самой ПЖ, так и на смежных с нею органах.

В последние десятилетия отчетливо наметилось стремление добиться улучшения результатов лечения рецидивирующего панкреатита как в его острой, так и хронической фазах, а также его осложнений путем разработки и внедрения в практику методов, так называемой, минимально инвазивной хирургии. По мнению пропагандистов этого направления в лечении поражений ПЖ пункционные, катетеризационные, эндоскопические и иные минимально инвазивные вмешательства могут составить альтернативу традиционным способам хирургического лечения осложненного панкреатита, призванную частично или даже полностью заменить и вытеснить их из клинической практики [9, 10, 14].

В связи с этим важной задачей является объективная оценка результативности подобных методов и сравнение их эффективности с традиционными способами хирургического лечения. Техническая сложность традиционных операций на ПЖ при хроническом панкреатите побуждает к поиску менее травматичных эффективных способов лечения пациентов с различными формами этого заболевания. Задачами применения методов эндотерапии и минимально инвазивной хирургии при ХП являются: устранение причин поражения ПЖ, купирование важнейших симптомов заболевания, в первую очередь, упорного болевого синдрома, а также ликвидация важнейших осложнений панкреатита, например, панкреатических псевдокист.

Эндоскопические вмешательства при ХП в значительной степени репродуцируют основные способы хирургического лечения данного заболевания. Целями эндоскопических процедур могут являться: 1) декомпрессия общего желчного (ОЖП) и/или главного панкреатического протоков (ГПП); 2) удаление камней, в том числе, их фрагментов после литотрипсии из ГПП; 3) дренаж панкреатических кист в пищеварительный тракт [17].

Наиболее простой способ декомпрессии ГПП — эндоскопическая панкреатическая папиллотомия или вирсунготомия в сочетании с

ЭПСТ или без нее [12]. Как самостоятельный способ она эффективна у небольшой группы пациентов с равномерным расширением ГПП на всем протяжении ПЖ [9]. В большинстве случаев процедура становится первым этапом более сложного вмешательства — дилатации стриктур ГПП, его стентирования, фрагментации конкрементов.

Перспективы эндоскопического подхода к лечению больных с ХП можно оценить как обещающие — promising [13]. Методы эндотерапии позволяют у ряда пациентов предупредить дальнейшее развитие атак острого панкреатита, а также прогнозировать эффективность последующего наложения панкреатоэнтероанастомоза. Необходимо сознавать, что наличие камней в ГПП — не синоним ХП, поскольку при панкреатите в отличие от холедохо- или уретеролитиаза конкременты располагаются не только в протоках ПЖ, но преимущественно в самой ее паренхиме [5, 12].

По сравнению с непосредственными исходами эндоскопических вмешательств их отдаленные результаты удовлетворяют клиницистов в меньшей степени. Если непосредственный обезболивающий эффект удаления камней из протоков ПЖ достигался у 80-90 % больных ХП [10, 11], то спустя 14 месяцев после процедуры полное или частичное прекращение болей отмечено лишь у 60 % пациентов [2]. Развитие тубулярного стеноза ОЖП при головчатом ХП не менее чем у 10 % пациентов требует выполнения билиарной декомпрессии, которая может быть осуществлена и методами эндоскопических вмешательств. Эндоскопическое билиарное стентирование с использованием одного-трех пластмассовых, а также металлических саморасширяющихся эндопротезов представляется альтернативой наложению билиодигестивного анастомоза [8, 15]. Авторы, выполнившие билиарное стентирование с помощью металлических эндопротезов у 20 пациентов с ХП, лишь у двух из них отметили рецидив обструкции ОЖП в сроки 3 и 6 месяцев после эндоскопической процедуры.

Применение лапароскопических резекций ПЖ у пациентов с ХП началось с выполнения пилоросохраняющей ПДР [7], продолжительность, которой составила 10 часов. Авторы, тем не менее, пришли к выводу, что лапароскопическая ПДР не имеет преимуществ перед классической операцией Whipple, поскольку не сокращает времени вмешательства и не улучшает течения послеоперационного периода. В настоящее время лапароскопическая ПДР не находит применения у пациентов с воспалительной массой в головке ПЖ [17].

Более широкое применение нашла лапароскопическая дистальная резекция объемом



до 70 % ПЖ в сочетании со спленэктомией [14, 15].

Одной из важнейших нерешенных проблем является трудность объективной оценки эффективности хирургического лечения панкреатита в целом и его различных конкретных способов. Приводимые в литературе данные по этому вопросу во многом остаются противоречивыми. При оценке эффективности оперативных вмешательств, используемых в ходе лечения панкреатита, необходимо устанавливать, в какой степени с помощью каждого из них удастся решить задачи лечения, какова частота рецидивов заболевания и послеоперационных осложнений каждой из операций. Одним из главных показателей неудовлетворительного результата первичного хирургического вмешательства представляется необходимость выполнения повторных (реконструктивных) операций на ПЖ и смежных органах. Наиболее распространенным вариантом течения панкреатита в хирургической клинике является рецидивирующий, характеризующийся частым развитием угрожающих осложнений в острой стадии заболевания и прогрессирующей потерей внешне- и внутрисекреторной функции ПЖ, в ходе естественного течения хронической фазы панкреатита.

Задачу хирургического лечения наиболее тяжелых форм деструктивного панкреатита далеко не всегда удается решить с помощью одномоментного оперативного вмешательства, в связи с чем нередко приходится расчленять лечение на два и более этапов, используя как расширенные лапаротомные операции, в том числе лапаростомию, так и методы «малоинвазивной хирургии» [4]. Несмотря на интенсивные исследования по разработке лекарственных препаратов, призванных облегчить симптомы хронического панкреатита, замедлить прогрессирование патологического процесса в ПЖ, скорректировать развивающуюся панкреатическую недостаточность, уменьшить опасность развития важнейших осложнений заболевания [12], а также на определенные успехи применения неоперативных методов [1], многие вопросы лечения хронического рецидивирующего панкреатита не решены.

В последние годы все большее внимание уделяется разработке и совершенствованию способов щадящего неоперативного лечения больных с рецидивирующим панкреатитом и осложняющими его псевдокистами. Использование подобных минимально инвазивных процедур — эндоскопических и чрескожных пунктирно-катетеризационных, существенно повышает возможности лечения неопухлевых поражений поджелудочной железы. Однако расширение показаний к методам эндоскопических вмешательств в панкреатологии

одновременно привело к увеличению числа больных с рецидивами симптомов панкреатита и псевдокист, возникновению различных ранних и поздних осложнений щадящих лечебных процедур.

По данным [2] и ряда других авторов [6, 11] уменьшить число неблагоприятных результатов открытых и малоинвазивных вмешательств у больных с рецидивирующим панкреатитом и псевдокистами ГОК позволяет строгое соблюдение принципа, что излечение только самой кисты еще не может решить проблемы лечения панкреатита. Выполнению вмешательства на кистозном образовании железы должна предшествовать углубленная ревизия всей железы и ее протоков с тем, чтобы выявить или исключить наличие их обструкции, а при выявлении таковой непременно корректировать ее. В зарубежной и отечественной литературе широко обсуждаются проблемы выполнения под контролем УЗИ или КТ чрескожных вмешательств, направленных на устранение различного рода жидкостных образований как с целью их устранения и профилактики новых осложнений, так и в плане подготовки больных к операциям [3, 12].

Несмотря на относительную дороговизну чрескожного дренирования, его применение окупается малой травматичностью процедуры, производимой в условиях местной анестезии, а главное, возможностью обеспечить выздоровление многих пациентов, не прибегая к травматичной лапаротомной операции [14]. Большинство исследователей, использующих УЗИ метод наведения для выполнения пунктирных и катетерных дренирующих процедур при заболеваниях ПЖ, подчеркивают простоту вмешательства, выполняемого в реальном масштабе времени, а также отсутствие лучевой нагрузки на оператора и пациента [1, 9, 13]. Большинство специалистов считают приемлемым чрескожное дренирование постнекротических псевдокист ПЖ при отсутствии связи их полости с протоковой системой железы, доказанном рентгенологически (с помощью ЭРПХГ или чрездренажной фистулографии) или путем определения уровня амилазы в содержимом кисты. При низком уровне амилазы в содержимом псевдокисты чрескожное пунктирно-катетерное лечение может обеспечить у 90 % пациентов стойкую ликвидацию псевдокисты. В целом, по данным авторов [4, 6, 8, 15], в то время как показатель успеха эндоскопических и чрескожных дренирующих вмешательств при псевдокистах варьирует от 60 до 90 %, результативность хирургического дренирования достигает 94-99 %. Приведенные данные заставляют по-новому взглянуть на возможности и эффективность минимально инвазивного лечения пациентов с осложненным панкре-



атитом и оценить обоснованность широкого использования подобных процедур в панкреатологии. В частности, показано, что при выявлении наряду с хроническими псевдокистами поражений протоковой системы ПЖ целесообразно отказываться от заманчивых попыток минимально инвазивного лечения и с самого начала использовать традиционные классические хирургические методы.

Возможности эндоскопического лечения ХП ограничиваются индивидуальными особенностями анатомии желчных и панкреатических протоков, а также степенью тяжести поражений органов билиарнопанкреатической системы.

Показания к интервенционным эндоскопическим процедурам при лечении пациентов с ХП предстоит еще определить в ходе последующих исследований, в настоящее время консенсус в литературе еще не достигнут. У па-

циентов, подвергающихся интервенционным эндоскопическим процедурам, следует иметь в виду и опасность пропустить злокачественную опухоль. Наконец, нерешенной проблемой является значительная частота поздних осложнений эндоскопических вмешательств. Помимо рецидивирующей окклюзии эндопротезов, их постоянное пребывание в ГПП или желчных протоках вызывает воспалительную реакцию на наличие инородного тела, что также может ухудшить результаты вынужденно выполняемых в последующем лапаротомных операций.

Приведенные данные литературы свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения возможностей способов минимально инвазивной хирургии, взаимоотношений этих методов с традиционными лапаротомными хирургическими операциями, разработки показаний к повторному оперативному лечению пациентов с осложнениями и рецидивами.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Багненко С.Ф.* Острый панкреатит современное состояние проблемы и нерешенные вопросы / С.Ф. Багненко, В.Р. Гольцов // Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского. — 2008. — Т. 3, № 3. — С. 104-112.
2. *Острый панкреатит.* Патофизиология и лечение / В.В. Бойко, И.А. Криворучко, Р.С. Шевченко [и др.] — Харьков, из-во «Торнадо», — 2002 г. — 288 с.
3. *Бойко, В. В.* Возможности озонотерапии в лечении хронического калькулезного панкреатита / В. В. Бойко, Ю. И. Козин, П. Б. Лебедь // Медицина сьогодні і завтра. — 2008. — № 1. — С. 107-111.
4. *Вишневская В.А.* Нарушения углеводного обмена у больных хроническим панкреатитом до и после хирургического лечения хронического панкреатита : автореф. дис. канд. мед. наук. / В.А. Вишневская // — Иркутск, 2008. — 24 с.
5. *Красильников Д.М.* Выбор метода хирургического лечения больных хроническим панкреатитом / Д.М. Красильников, М.А. Бородин, Ш.С. Салимзянов // Анналы хирургической гепатологии. — 2008. — Т. 13, № 3. — С. 170 - 174.
6. *Нартайлаков М.А.* Хирургическое лечение хронического панкреатита и кист поджелудочной железы / М.А. Нартайлаков, Н.В. Пешков, И.З. Салимгареев // Анналы хирургической гепатологии. — 2008. Т. 13, № 3. — С. 177-180.
7. *Сереброва С.Ю.* Хронический панкреатит: современный подход к диагностике и лечению / С.Ю. Сереброва // РМЖ. Болезни органов пищеварения. 2008. — Т. 10, № 1, — С. 30-36.
8. *Фирсова В.Г.* Пункционно-дренирующие операции под ультразвуковым контролем в лечении жидкостных образований поджелудочной железы / В.Г.Фирсова, В.П. Градусов, А.И. Ротков // Анналы хирургической гепатологии. — 2008. — Т. 13, № 3. — С. 194-197.
9. *Treatment and outcome in pancreatic pseudocyst / B. Anderson, E. Nilsson, J. Willner, R. Anderson // Gastroenterol. — 2006. — Vol. 41, № 6. — P. 751-756.*
10. *Ai-Bin Zhang.* Treatment of pancreatic pseudocysts in line with classification / Ai-Bin Zhang, Shu-Sen Zheng // Gastroenterol. 2005. - Febr., Vol. 7, № 11 (5). — P. 729-732.
11. *Chen W.X.* Clinical manifestations of patients with chronic pancreatitis / W.X. Chen // Hepatobiliari Pancreat. Dis. Int. 2006. — Vol. 5, № 1. — P. 133-137.
12. *EUS-guided celiac block and neurolysis / D.Collins, I.Penman, G. Mishra, P. Draganov // Endoscopy. — 2006. — Vol. 38, № 9. — P. 935-939.*
13. *Features and choise of treatment of acute and chronic pancreatic pseudocysts — with special reference to invasive intervention / X. Lu [et al.] // Pancreatology. — 2008. — Vol. 8, № 1. — P. 30-35.*
14. *Hepatic artery pseudoaneurysm: a report of seven cases and a review of the literature / D.S. Finley, M.W. Hinojosa, M. Paya, D.K. Imagawa // Surg. Today. — 2005. — Vol. 35. — P. 543-547.*
15. *Missawa T.* Systemic inflammatory response syndrome after hand-assisted laparoscopic distal pancreatectomy / T. Missawa, H. Shiba, T. Usuba // Surg. Endosc. — 2007. — Vol. 21, № 8. — P. 1446-1449.
16. *Nealon W.H.* Main pancreatic ductal anatomy can direct choice of modality for treating pancreatic pseudocysts (surgery versus percutaneous drainage) / W.H. Nealon, E. Walser // Ann. Surg. — 2002. — Vol. 235. — P. 751-758.
17. *Otsuki M.* Chronic pancreatitis in Japan: epidemiology, prognosis, diagnostic criteria, and future problems / M. Otsuki // Gastroenterol. 2004. — Vol. 35, № 4. — P. 215-224.
18. *Sparrow P.* Ultrasonic-guided percutaneous injection of pancreatic pseudoaneurysm with thrombin / P. Sparrow, J. Asquith, N. Chalmers // Cardiovasc. Intervent. Radiol. — 2003. — Vol. 26. — P. 312-315.



ОПТИМІЗАЦІЯ  
ХІРУРГІЧНОГО  
ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО  
РЕЦИДИВУЮЧОГО  
ПАНКРЕАТИТУ

*I.A. Кулик*

**Резюме.** У статті наведено дані про етіопатогенез та хірургічне лікування хронічного рецидивуючого панкреатиту. Описані показання та протипоказання до різних видів хірургічного лікування. Проаналізовано літературні дані, які присвячені основним видам оперативних втручань, включаючи мініінвазивні, при хронічному рецидивуючому панкреатиті. Показана актуальність розглянутої теми в сучасній хірургії.

**Ключові слова:** *хронічний рецидивуючий панкреатит, хірургічне лікування, мініінвазивні методи лікування.*

OPTIMIZATION OF  
SURGICAL TREATMENT  
OF CHRONIC RECURRENT  
PANCREATITIS

*I.A. Kulik*

**Summary.** The paper presents data on the etiopathogenesis and surgical treatment of chronic relapsing pancreatitis. We describe the indications and contraindications for different types of surgical treatment. Analyzed the data in the literature devoted to the main types of surgery, including minimally invasive, chronic relapsing pancreatitis. Consecrated relevance of the topic in modern surgery.

**Key words:** *chronic relapsing pancreatitis, surgical treatment, minimally invasive therapies.*