



А.В. Клименко

## АНАЛИЗ ПРИЧИН ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА У ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Запорожский государственный медицинский университет

**Ключові слова:** етіологія, хронічний панкреатит, гострий панкреатит.

**Ключевые слова:** этиология, хронический панкреатит, острый панкреатит.

**Key words:** etiology, chronic pancreatitis, acute pancreatitis.

Хронічний панкреатит є мультифакторним захворюванням, його найчастішими етіологічними факторами називають алкоголь і жовчнокам'яну хворобу. Розглянуто роль гострого панкреатиту як етіологічного фактора у хворих з ускладненим перебігом хронічного панкреатиту, що зумовило хірургічне лікування. Встановлено, що у 32 (69,6%) з 46 пацієнтів захворювання почалося з гострого панкреатиту, причому в групі хворих з панкреонекрозом ускладнені форми хронічного панкреатиту розвивались значно швидше. Гострий панкреатит є одним із основних етіологічних факторів у хворих з тяжким прогресуючим перебігом хронічного панкреатиту і потребує більш пильної уваги в плані профілактики та диспансерного нагляду.

Хронический панкреатит является мультифакторным заболеванием, чаще всего среди его этиологических факторов называют алкоголь и желчнокаменную болезнь. Рассмотрена роль острого панкреатита как этиологического фактора у больных с осложненным течением хронического панкреатита, что потребовало хирургического лечения. Установлено, что у 32 (69,6%) из 46 пациентов заболевание началось с острого панкреатита, причем в группе больных с панкреонекрозом осложненные формы хронического панкреатита развивались значительно быстрее. Острый панкреатит является одним из основных этиологических факторов у больных с тяжелым прогрессирующим течением хронического панкреатита и требует более пристального внимания в плане профилактики и диспансерного наблюдения.

Chronic pancreatitis is a multifactorial disease. Traditionally etiology of CP is said to be alcohol and cholelithiasis. Acute pancreatitis is considered to be an etiologic factor in operated patients with complicated flow of CP. Results: in 32(69,6%) of the patients started from AP and complicated flow of CP developed faster in necrotizing pancreatitis group. AP is a main etiology factor of CP patients with severe progressive flow and must be better prevented and get closer follow up.

Етіологічні фактори хронічного панкреатиту (ХП) багатообразні, що обумовлює їх недостатню изученість. Основними з них є алкоголь, куріння, алиментарний генез [1,3]. Більше рідкі причини: гіперпаратиреоз, гіперліпідемія, аутоімунний генез, дефіцит антитрипсина, травма, генетичні дефекти і ряд інших [4,6,7]. Аналіз етіологічних факторів дозволяє зрозуміти, що вони не тільки неоднорідні, але і неоднозначні. Так, систематичне вживання алкоголю призводить до розвитку ХП тільки в 15% випадків [6]. Куріння розглядається зараз як доведений фактор хронізації при ХП. Алиментарні фактори настільки різноманітні, що практично неможливо з впевненістю виділити якийсь продукт, дійсно викликає ХП [3,4,7].

Таким чином, виділити ведучий етіологічний фактор в генезі ХП практично неможливо, що, в свою чергу, не дозволяє в достатній мірі розробити етіотропну терапію, излечить дане захворювання і проводити скільки-небудь ефективну профілактику.

С другої сторони, алкоголь є практично обов'язковим фактором, провокуючим обострення ХП, на що вказує подавляюче більшість дослідників [1,3,4,6-8]. Рекомендація відмови від алкоголю може суттєво покращити стан хворого ХП, але до повного излечения не призводить, так як виражені патологічні зміни, запущені первинним запальним процесом, в багатьох випадках невідворотно і ведуть до прогресування фіброзу паренхіми, формуванню стриктур головного панкреатического протока,

прогресуючому погіршенню ендокринної функції підшлункової залози (ПЗ) [1-4].

Багато дослідників отримують успіх в розумінні ХП, розглядаючи острый панкреатит (ОП), надаючи йому величезне значення серед етіологічних факторів, хоча розуміння цього факта у кожного з авторів різне [4,8]. Так, деякі з них серед етіологічних факторів згадують острый панкреатит, інші спрощують розділ етіології ХП до виділення алкогольного і неалкогольного генеза, треті однозначно вказують, що ХП – це продовження ОП [4,5,8,9].

Острый панкреатит дуже часто можна ідентифікувати в початку захворювання ХП, при цьому майже завжди можна виділити конкретний етіологічний фактор ОП: вживання алкоголю, переїдання і др. З урахуванням цього, якщо вважати, що острый панкреатит – головний етіологічний фактор хронічного панкреатита, концентрувати зусилля на профілактиці острого панкреатита, його адекватному ліченню і, що найголовніше, диспансерному спостереженні пацієнтів, перенеслих це захворювання.

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Визначити ведучі етіологічні фактори хронічного панкреатита у хворих, оперированих по приводу даного захворювання.

### ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В дослідження включено 46 пацієнтів, до яких по приводу ускладненого перебігу ХП проведено хірургічне



лечение. Новый тип паренхимосохраняющего оперативного вмешательства: продольная тотальная панкреатовирсунгудоуденопапиллотомия с продольной панкреатоэюнодуоденостомией по Ру выполнен у 24 (52,2%) больных, резекционные операции (Бегера, Фрея, панкреатодуоденальная резекция) – у 22 (47,8%). Мужчин было 38 (82,7%), женщин – 8 (17,3%). Средний возраст – 44±5,3 года. Методы исследования: УЗИ, КТ, ЭРПХГ; определяли эндогенный инсулин, С-пептид, паратгормон, онкомаркер СА 19-9, панкреатическая эластаза-1 в кале; проводили детальный опрос и изучение медицинской документации для оценки наиболее вероятных причин развития ХП. Для описания массива данных использованы методы параметрической статистики (средняя величина и ошибка средней).

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Острый тяжелый панкреатит, послуживший отправной точкой в развитии ХП, выявлен у 32 (69,6%) больных, при этом у 14 (30,4%) из них наблюдался панкреонекроз с необходимостью выполнения от 1 до 3 операций. У 5 (10,7%) больных в последующем образовались постнекротические псевдокисты ПЖ, потребовавшие у 4 (8,7%) пациентов проведения миниинвазивных пунктирно-дренирующих вмешательств под контролем УЗИ. У 3 (6,5%) пациентов образовался стойкий панкреатический свищ. Только у 14 (30,4%) больных не было четкого указания на острое начало ХП. По данным УЗИ и КТ, у всех больных отмечена выраженная панкреатическая протоковая гипертензия с расширением вирсунгова протока от 5 до 12 мм; билиарная гипертензия – у 16 (34,8%), сегментарная портальная гипертензия – у 9 (19,6%). Характерно, что к моменту операции экзокринная недостаточность определялась у 15 (32,6%) пациентов, эндокринная – у 6 (13,1%).

Таким образом, у почти 2/3 оперированных пациентов с ХП начальным и основным повреждающим фактором был острый панкреатит.

Период от начала заболевания (ОП) до момента операции по поводу ХП значительно варьировал и у 4 (8,7%) больных после перенесенного ОП без панкреонекроза составил 6–9 месяцев, у 6 (13,1%) – от 9 месяцев до 3 лет, у 8 (17,4%) –

от 3 до 7 лет. Из 14 больных, перенесших панкреонекроз, только 2 (4,4%) были оперированы по поводу ХП через 3 года, 5 (10,9%) – в период от 6 месяцев до 3 лет, 7 (15,2%) – в срок менее 6 месяцев. Таким образом, тяжесть перенесенного панкреатита укорачивает промежуток времени между эпизодом ОП и выполнением операции по поводу ХП.

### ВЫВОДЫ

Перенесенный в тяжелой форме ОП является ведущим пусковым моментом в развитии ХП, требующим в дальнейшем хирургического лечения.

Все больные, перенесшие ОП в тяжелой форме, должны быть в группе активного наблюдения, в связи с повышенным риском развития осложненного течения ХП.

Тяжесть течения ОП коррелирует с быстротой развития осложненного течения ХП.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Буклис Э.Р. Хронический панкреатит: этиология, патофизиология и консервативная терапия / Э.Р. Буклис, В.Т. Ивашкин // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2006. – №8. – С. 79–86.
2. Велигоцкий Н.Н. Проблемы хирургического лечения хронического панкреатита / Н.Н. Велигоцкий, Д.В. Оклей // Международный медицинский журнал. – 2006. – Т. 12, №1. – С. 45–50.
3. Губергриц Н.Б. Хронический алкогольный панкреатит / Губергриц Н.Б., Загоренко Ю.А. // Материалы II Междисциплинарного Российского конгресса «Человек, алкоголь и пищевые аддикции», 2008. – С. 16–26.
4. Клодзинский А.А. Хронический панкреатит [Электронный ресурс] / А.А. Клодзинский – Режим доступа до журн.: [http://etelien.ru/Collection/12/12\\_00021.htm](http://etelien.ru/Collection/12/12_00021.htm)
5. Дренирующие и резекционные операции в хирургическом лечении хронического панкреатита / В.М. Копчак, И.В. Хомяк, К.В. Копчак [и др.] // Анналы хир. гепатол. – 2008. – №13. – С. 167–168.
6. Маев И.В. Хронический панкреатит / Маев И.В. – М.: Медицина, 2005. – 456 с.
7. Минушкин О.Н. Хронический панкреатит: некоторые аспекты патогенеза, диагностики и лечения / О.Н. Минушкин // Consilium-Medicum. – 2002. – Т. 4, №1. – С. 35–38
8. Beger H.G. Diseases of the pancreas. Current surgical therapy / Hans G. Beger, Seiki Matsuno, John L. Cameron. – Springer, 2008. – 949 p.
9. Freedman S.D. Chronic Pancreatitis Last full review/revision August 2007 / Steven D. Freedman – Режим доступа до журн.: <http://www.merckmanuals.com/professional/sec02/ch015/ch015c.html>

### Сведения об авторе:

Клименко А.В., доцент каф. госпитальной хирургии ЗГМУ.

### Адрес для переписки:

Клименко Андрей Владимирович, г. Запорожье, ул. Мурманская, 3-А/20.

Тел.: (050) 484 82 68.

E-mail: [klymenkoandrii@gmail.com](mailto:klymenkoandrii@gmail.com)