

Хирургическая тактика при хроническом панкреатите

Михайлов А.Г.

Клиника госпитальной хирургии ГОУ ВПО АГМУ Росздрава

Зав. Проф. В.Г. Лубянский

Хронический панкреатит

- это прогрессирующее заболевание ПЖ, характеризующееся нарастающими и необратимыми!? воспалительно-деструктивными изменениями паренхимы и обструкцией панкреатических протоков, приводящими к стойкому нарушению функции органа
- Фазовое течение заболевания

Белоусова ЕА и др. 2007, МОНИКИ им. МФ Владимирского

3 механизма развития боли при хроническом панкреатите

- Повышение протокового и тканевого давления и отек ПЖ-кисты, фиброз капсулы
- Воспаление и деструкция ткани ПЖ в связи с погрешность в диете, спровоцированный алкоголем, аутоимунными процессами и др. факторами
- Периневральное воспаление и фиброз чревного сплетения

ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПО БАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ (по P.Layer и U.Melle)*

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

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 наполнения • Камни/панкреатическая кальцификация • Обструкция или стриктуры ГПП • Выраженная дилатация и неравномерность ГПП • Инвазия в соседние органы | |

Денситометрические показатели при КТГ

- Зависят от массы тела и возраста!
- Сравнение абсолютных денситометрических показателей у пациентов разного возраста и массы практически невозможно!
- Целесообразно введение величины, позволяющей уменьшить индивидуальные различия в плотности ткани
- Относительная плотность = $V/C \times 100\%$
($N = 110 \pm 7\%$) V- плотность ПЖ в НУ. С-плотность в просвете аорты в НУ

(Горгун Ю.В., Петухов В.Н., 1999)

Диагностические критерии аутоиммунного панкреатита

- **гистологические признаки** –лимфоидная плазмочитарная инфильтрация, облитерирующий флебит или интерстициальный фиброз, наличие в инфильтрате большого количества Ig G 4 – положительных клеток.
- **характерные КТ-признаки** и данные панкреатографии с повышением сывороточного IgG4
- **ответ на кортикостероидную терапию**, выражающуюся в полном разрешении или уменьшении панкреатических и внепанкреатических проявлений АИП

Марсельско-римская классификация (1988 г.) включает три основных типа хронического панкреатита.

- **I. Хронический кальцифицирующий панкреатит.**
Наиболее частая причина — алкоголь, а также гиперпаратиреоз, квашиоркор.
- **II. Хронический обструктивный панкреатит.**
Наблюдается при выраженных сужениях главного панкреатического протока или его крупных ветвей, либо Фатерова соска. Причины развития — желчекаменная болезнь, травма, опухоль, врожденные аномалии.
- **III. Хронический паренхиматозно-фиброзный (воспалительный) панкреатит.**

Задачи хирургического лечения ХП

- Устранить уже развившиеся осложнения
- Устранить болевой синдром
- Остановить развитие (прогрессирование) панкреатопатии
- Улучшить функциональное состояние ПЖ

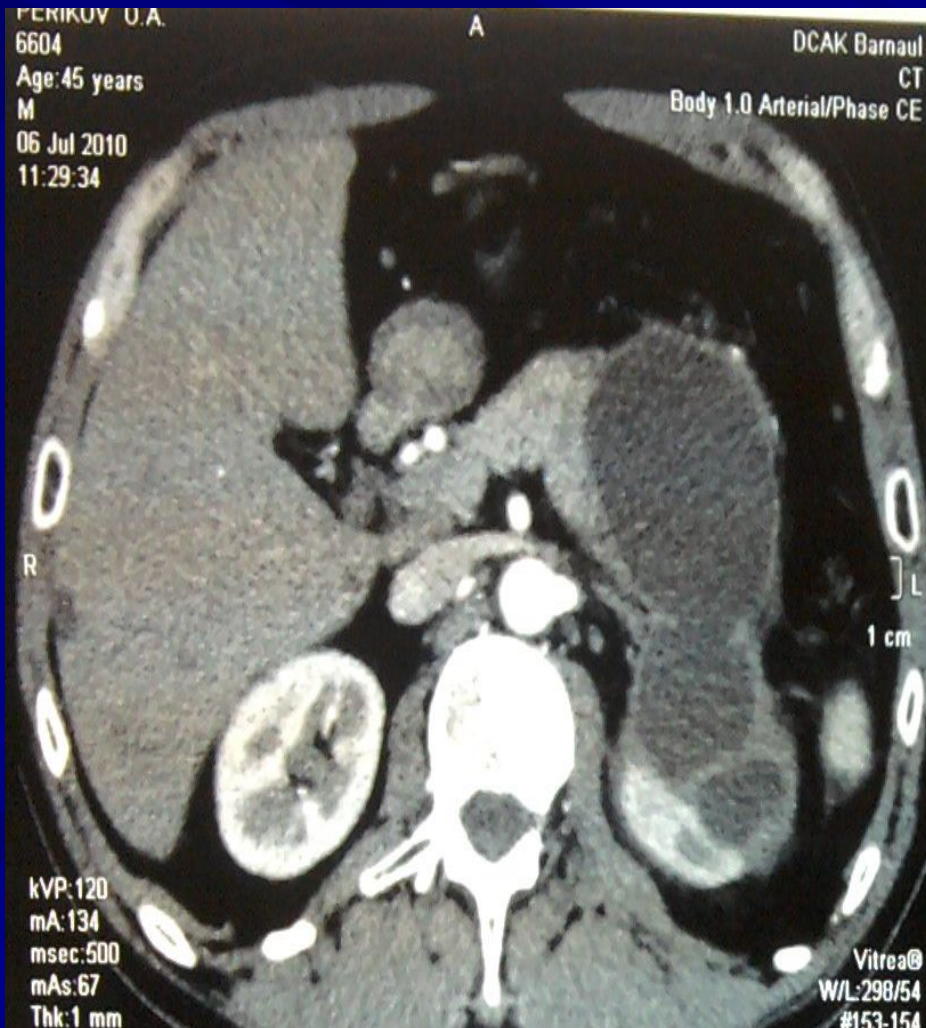
Операции на поджелудочной железе

| Операция | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Цистоэнтероанастомоз/ цистогастроанастомоз | 4 | 4/4 | 11 | 3 |
| Резекция ПЖ дистальная при хроническом панкреатите | 2 | 1 | 4 | 2 |
| ПДР при хроническом панкреатите | 1 | 1 | 2 | 1 |
| Резекция ПЖ (Beger, Frey) при хроническом панкреатите | 3 | 2 | 5 | 5 |
| Рассечение комиссур чревного ствола. Декомпрессия чревного ствола | 4 | 4 | 5 | 4 |
| Всего | 14 | 16 | 27 | 15 |

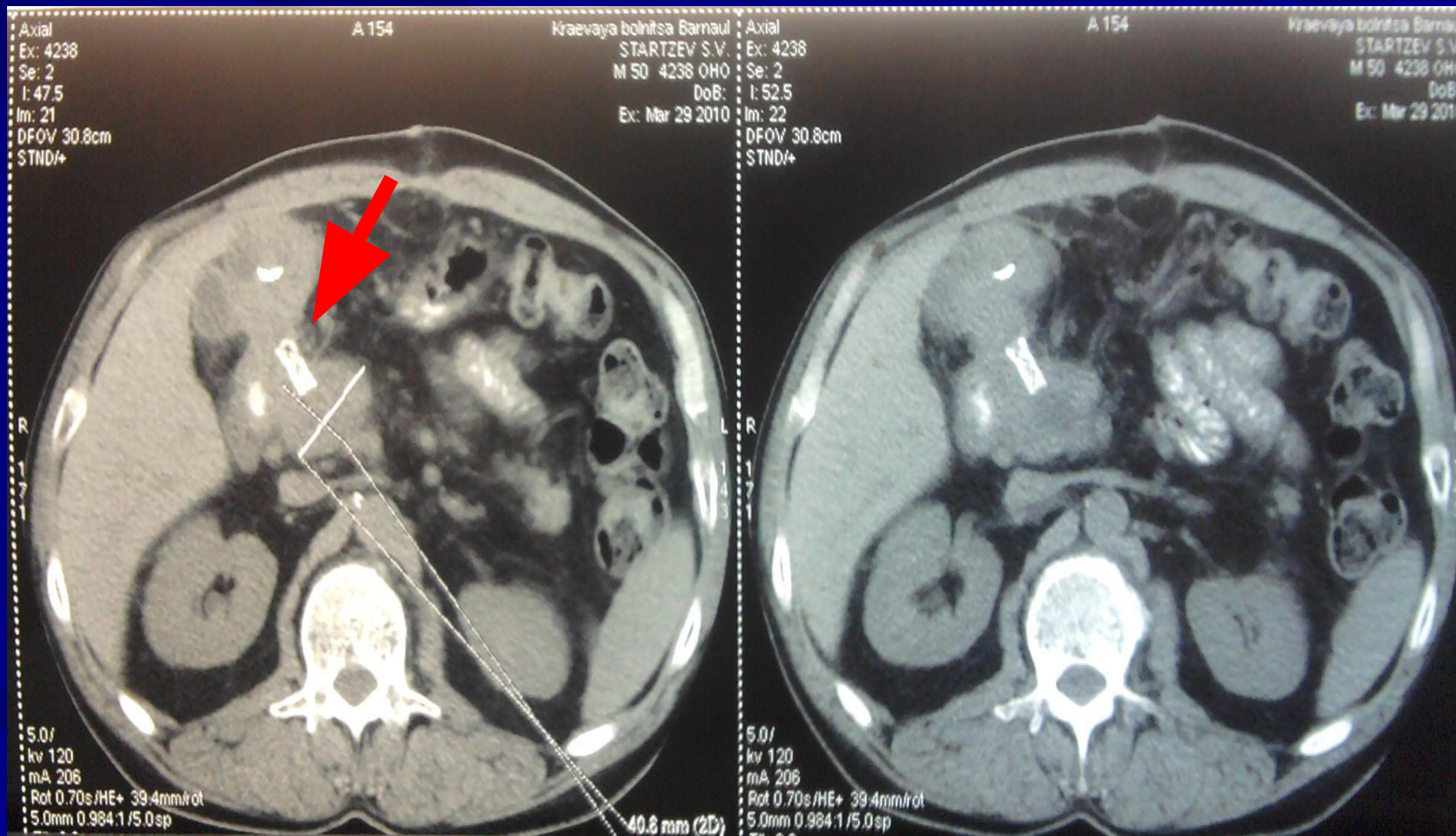
Виды операций на поджелудочной железе

- Спланхнотомия и маргинальная невротомия поджелудочной железы
- Декомпрессия протоков поджелудочной железы (вирсунотомия, ЭПСТ, наружное дренирование, Цисто-панкреатоэнтероанастомоз, холедохопанкреатоэнтероанастомоз)
- Резекции поджелудочной железы (дистальные, субтотальная панкреатэктомия, резекции головки поджелудочной железы)

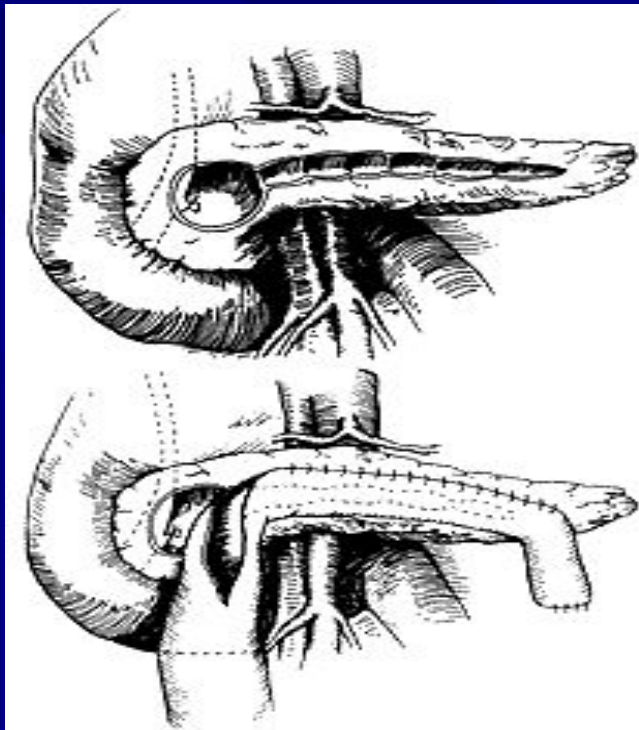
Хронический панкреатит. Киста поджелудочной железы (Цистоэнтероанастомоз /10/10)



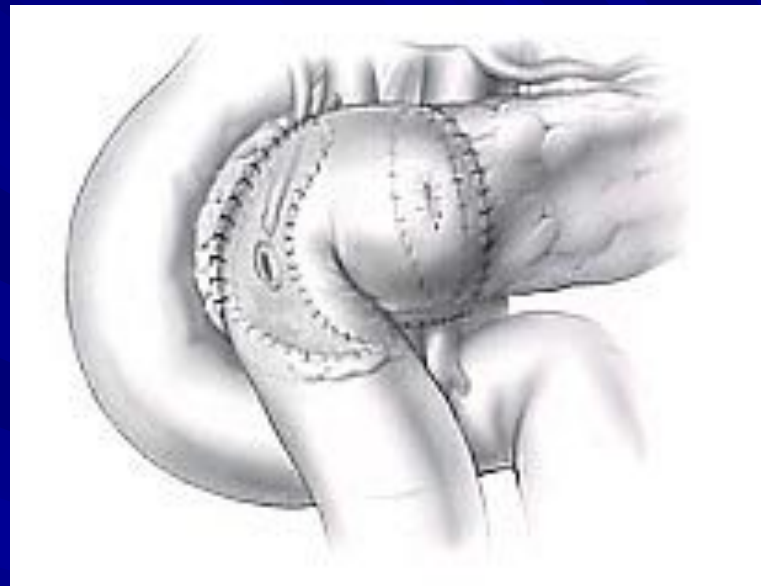
Панкреатоцистоэнтеростомия на Ру петле на стенте из никелида титана



Современная технология лечения хронического индуративного панкреатита

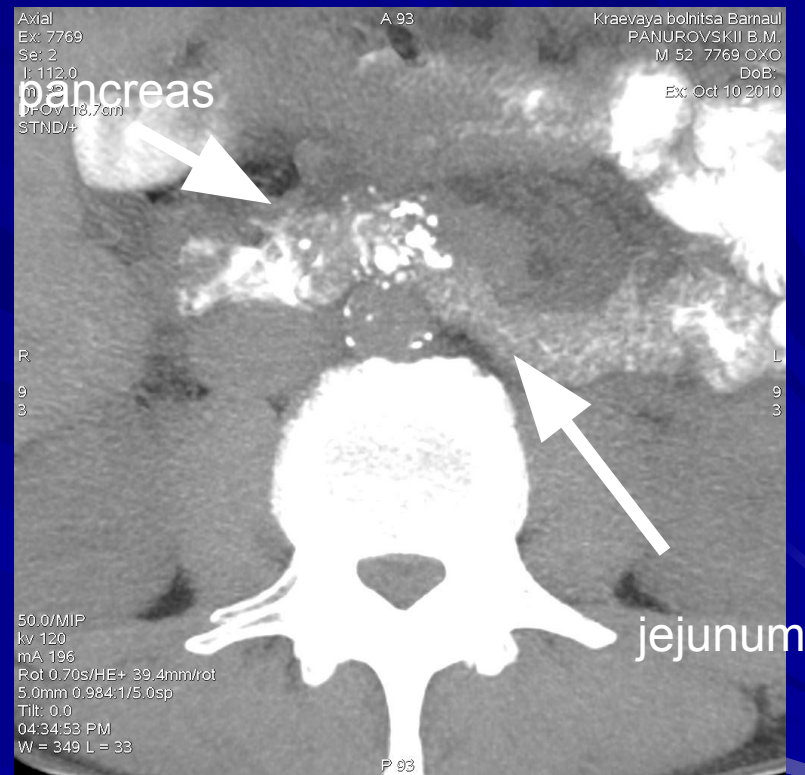


Операция Frey Ch.F.
(по Frey Ch.F., 1995).



Операция Beger H.
(по Beger H. et al., 2002)

Хронический кальцифицирующий панкреатит с расширением вирсунгова протока (операция Frey Ch.F, 04/10/10)



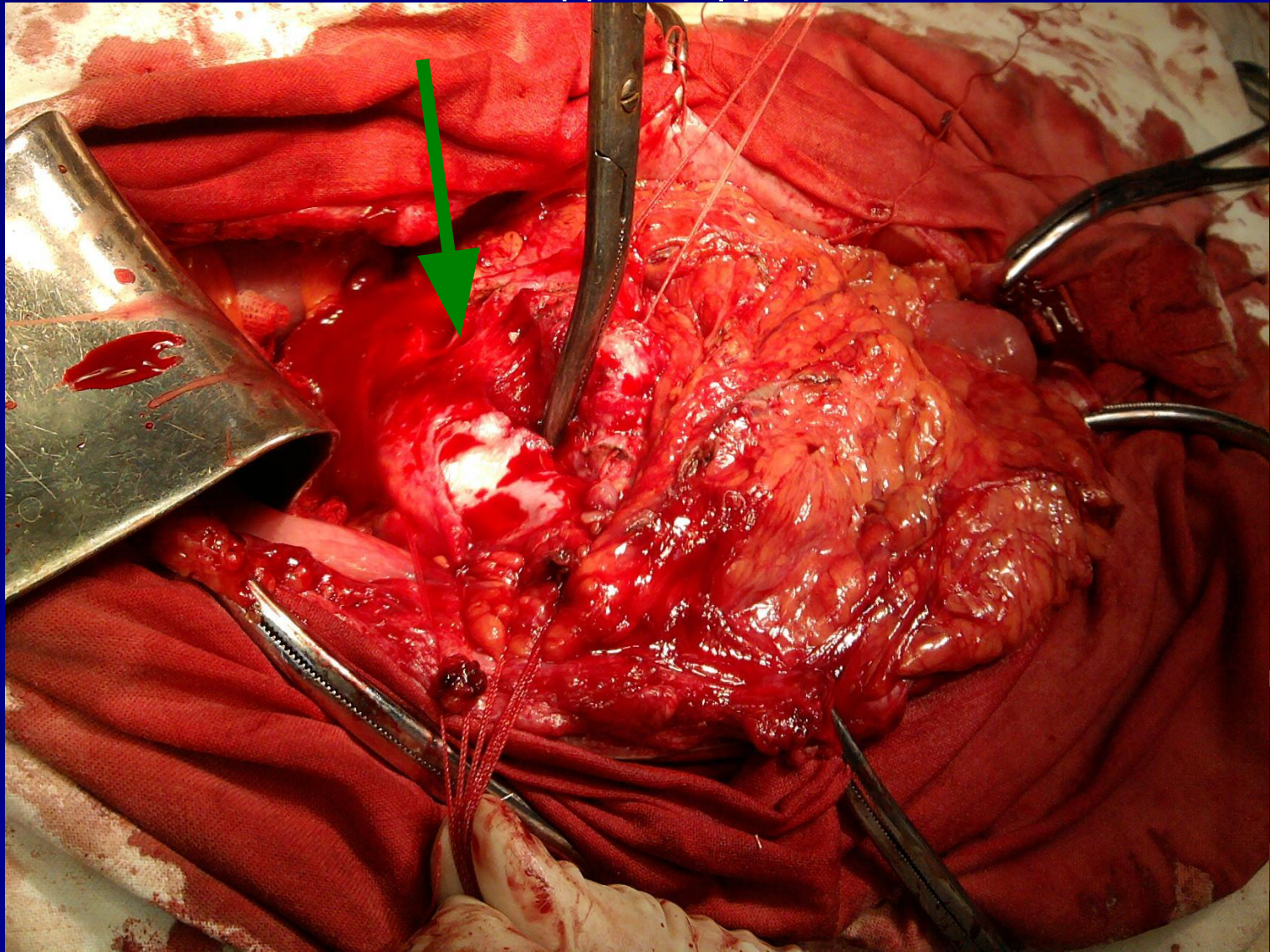
ДО ОПЕРАЦИИ

ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Хронический головчатый паренхиматозно-фиброзный кальцифицирующий панкреатит с расширением вирсунгова протока и увеличением размеров головки ПЖ (операция Вегер Н.11/10/10)

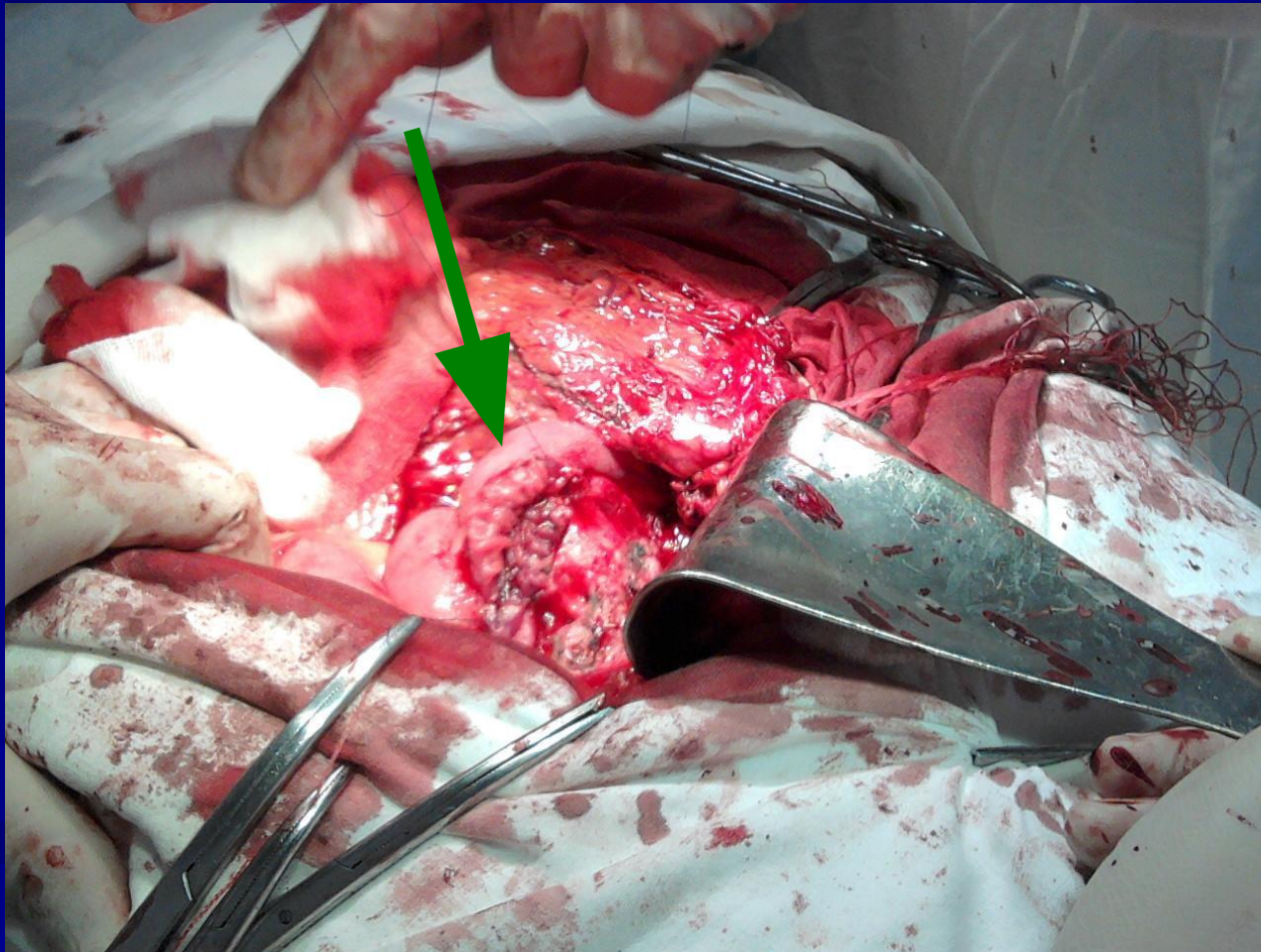


Хронический головчатый паренхиматозно-фиброзный
кальцифицирующий панкреатит с расширением вирсунгова
протока
ФИБРОЗ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



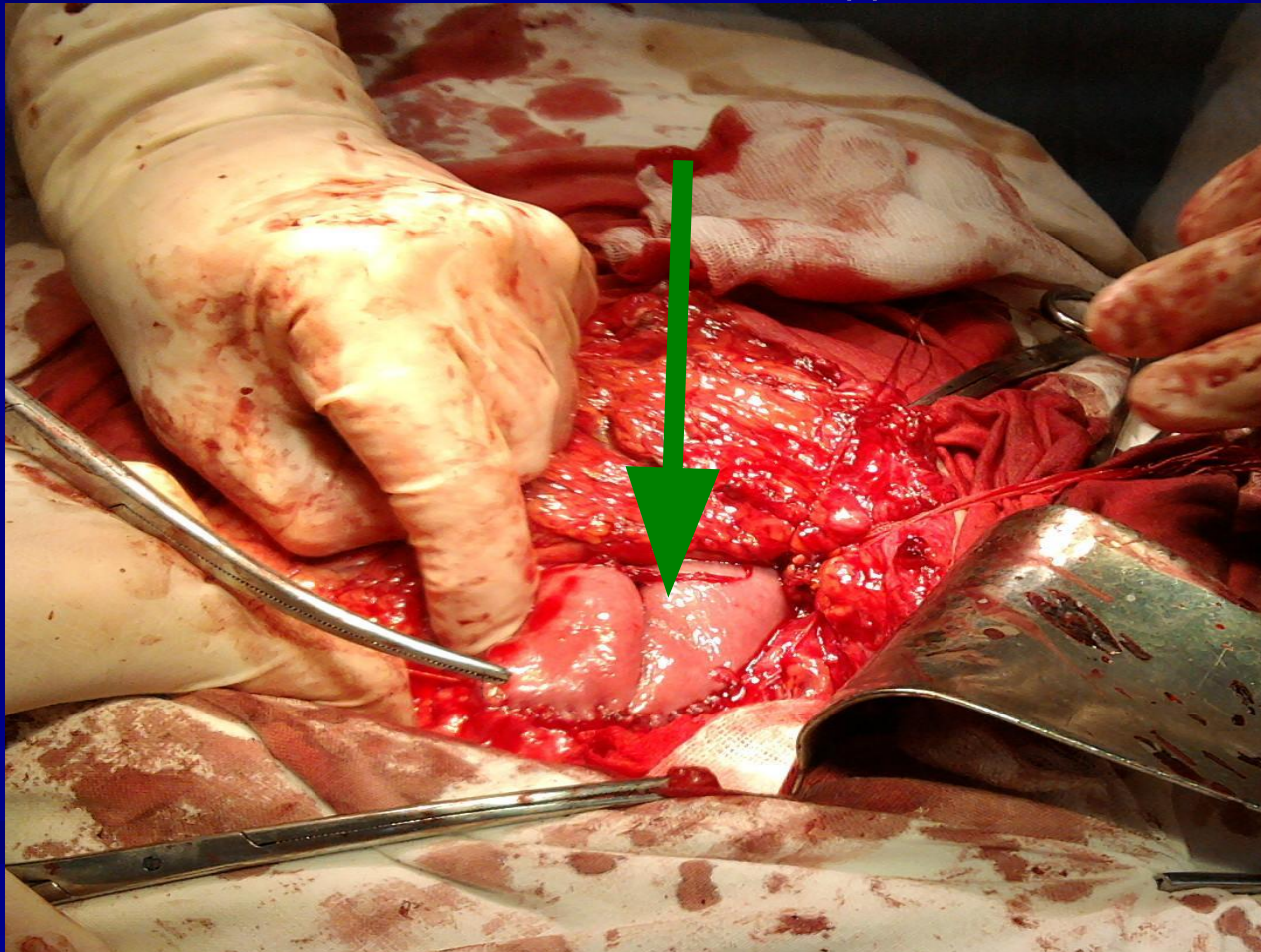
Хронический головчатый паренхиматозно-фиброзный
кальцифицирующий панкреатит с расширением вирсунгова
протока

II РЯД ШВОВ НА ЗАДНЮЮ ГУБУ
ПАНКРЕАТОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА

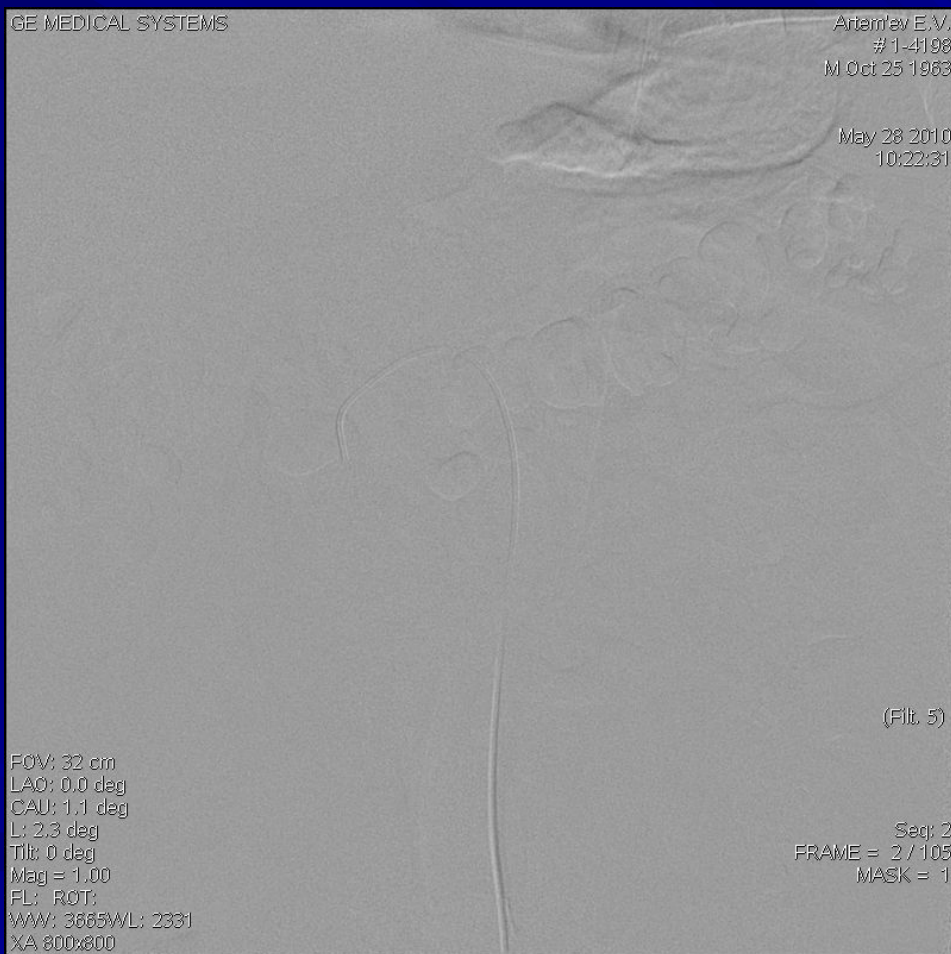


Хронический головчатый паренхиматозно-фиброзный
кальцифицирующий панкреатит с расширением вирсунгова
протока

ШВЫ НА ПЕРЕДНЮЮ ГУБУ ПАНКРЕАТОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА-
окончательный вид



Длительная артериальная инфузия в ГДА в зону кровоснабжения ПЖ



Недостатки современной тактики лечения

- Монотерапия либо монохирургия
- Недооценка фазового прогрессирующего течения заболевания
- Неадекватная противорецидивная и противовоспалительная органная терапия и хирургия
- Выписка из стационара без последующего динамического наблюдения и планового программного лечения терапевтом и хирургом
- Последующее хирургическое лечение только по обращению при возобновлении болей или развитии осложнений

Возможные пути устранения недостатков

- Создание регистра больных перенесших панкреонекроз
- Комплексный и комбинированный противорецидивный и профилактический консервативно-хирургический подход
- Воздействие на основные звенья патогенеза для уменьшения выраженности воспаления и фиброза

- Больные с хроническим панкреатитом являются объектом научного и практического интереса клиники госпитальной хирургии!
- Благодарю за внимание!