

# 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"> <li>• Кисты более 10 мм в диаметре</li> <li>• Внутрипротоковые дефекты заполнения</li> <li>• Камни/панкреатическая кальцификация</li> <li>• Обструкция или стриктуры ГПП</li> <li>• Выраженная дилатация и неравномерность ГПП</li> <li>• Инвазия в соседние органы</li> </ul>	

# 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 плазмоцитарная 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

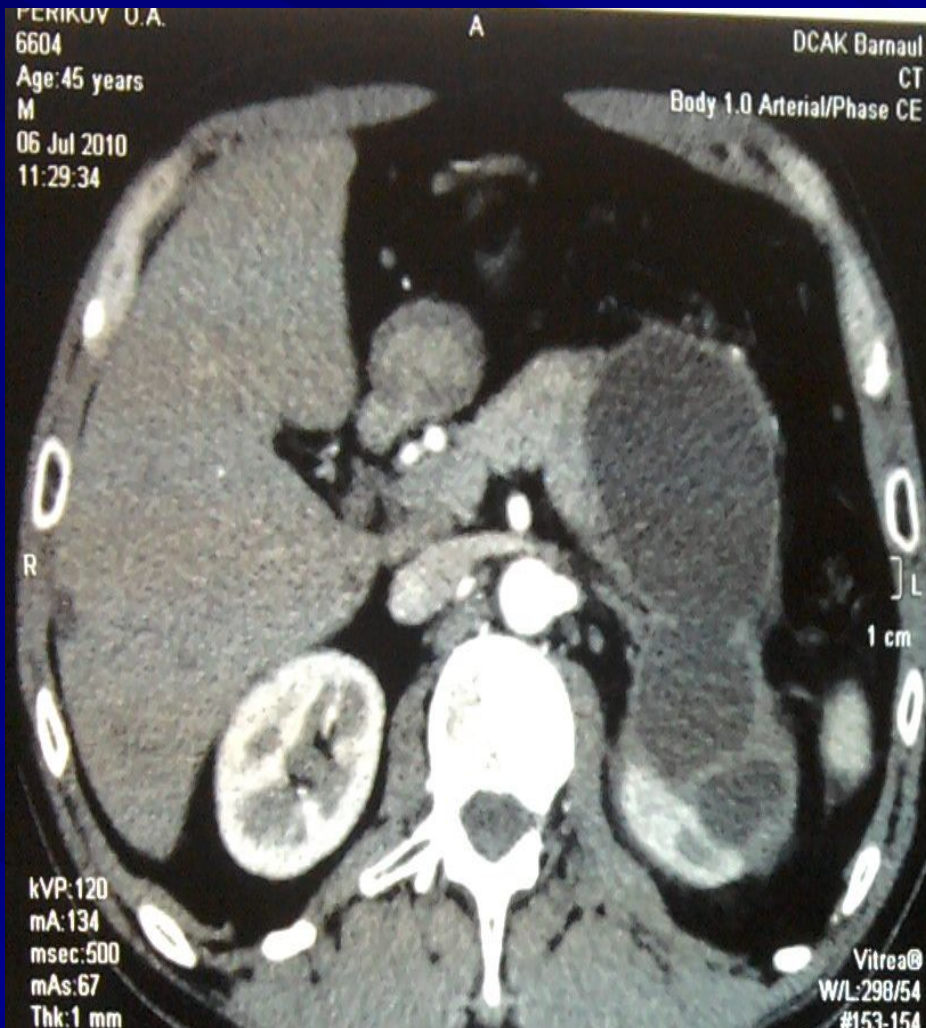
# Операции на поджелудочной железе

<b>Операция</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
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
<b>Всего</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>27</b>	<b>15</b>

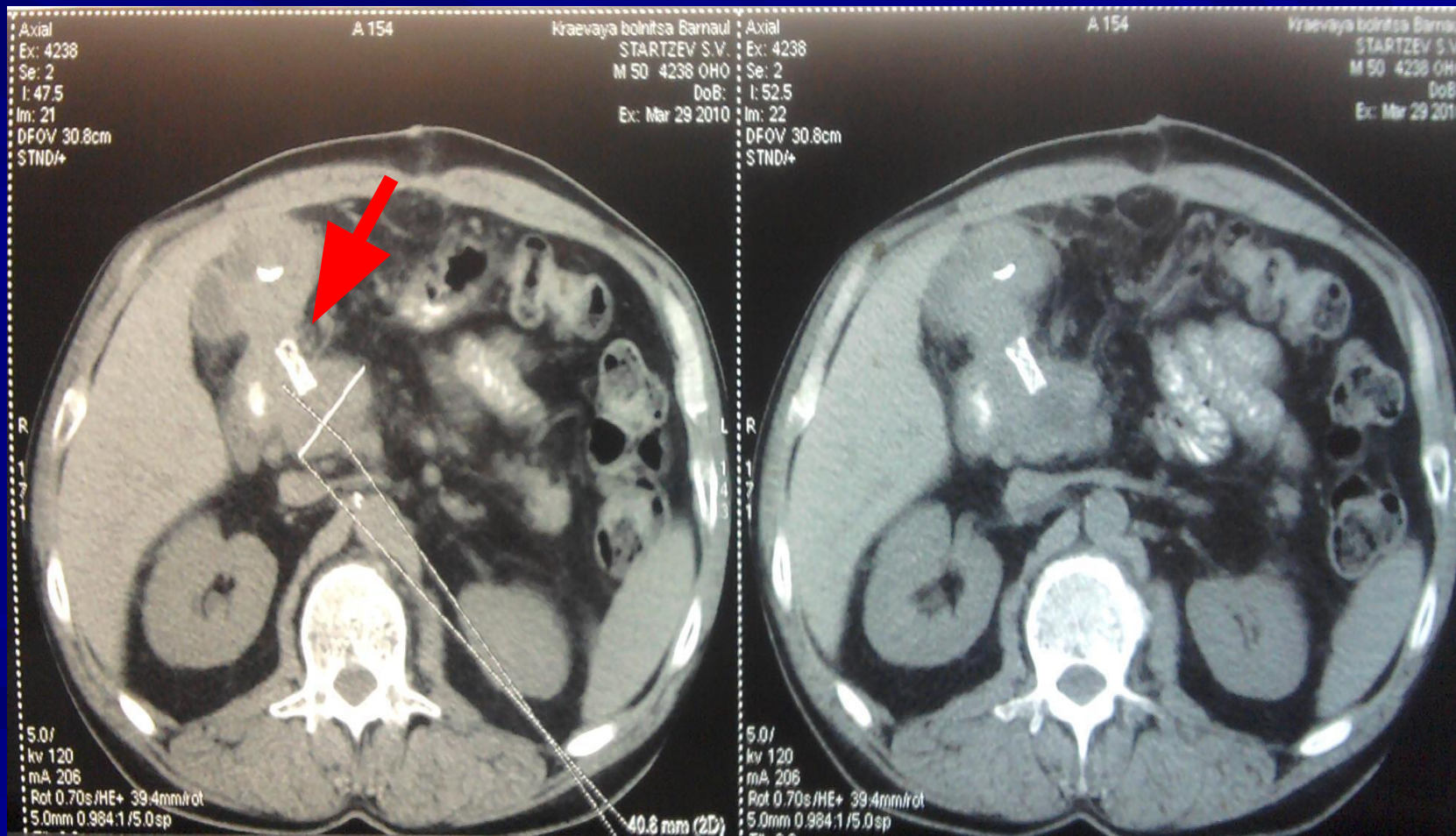
# Виды операций на поджелудочной железе

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

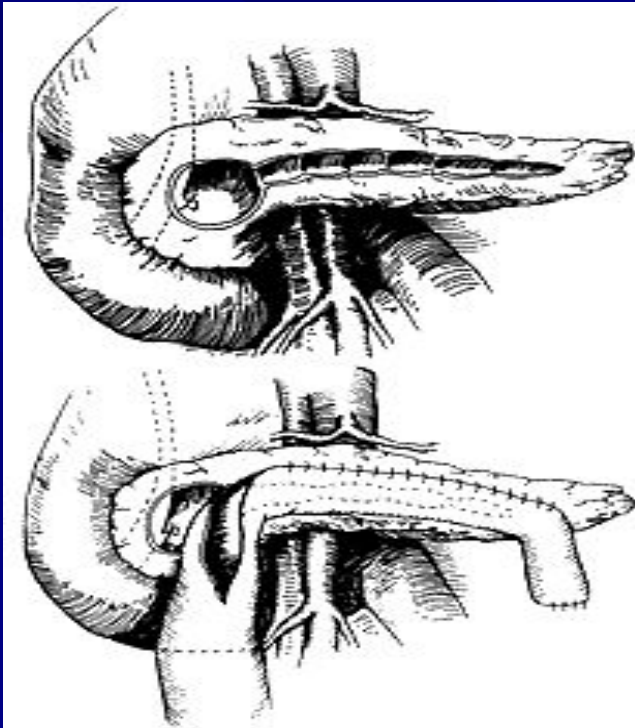
# Хронический панкреатит. Киста поджелудочной железы (Цистоэнтероанастомоз /10/10)



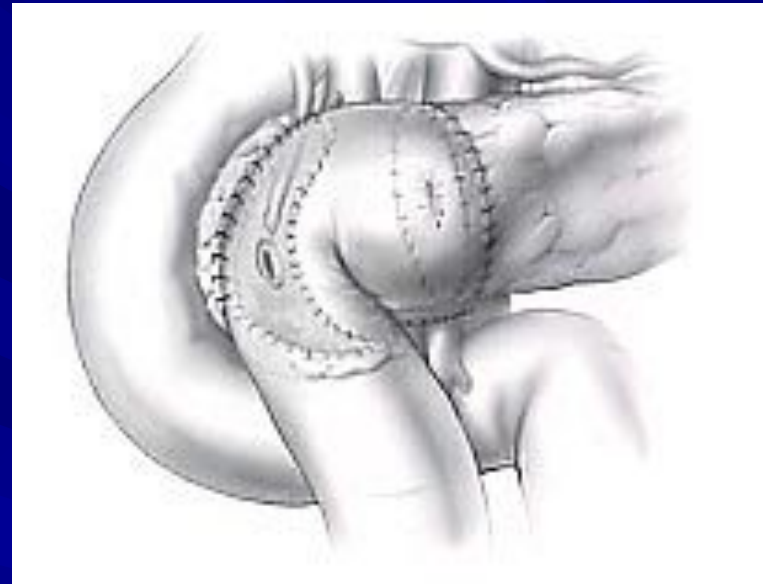
# Панкреатоцистоэнтеростомия на Ру петле на стенте из никелида титана



# Современная технология лечения хронического индуративного панкреатита



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

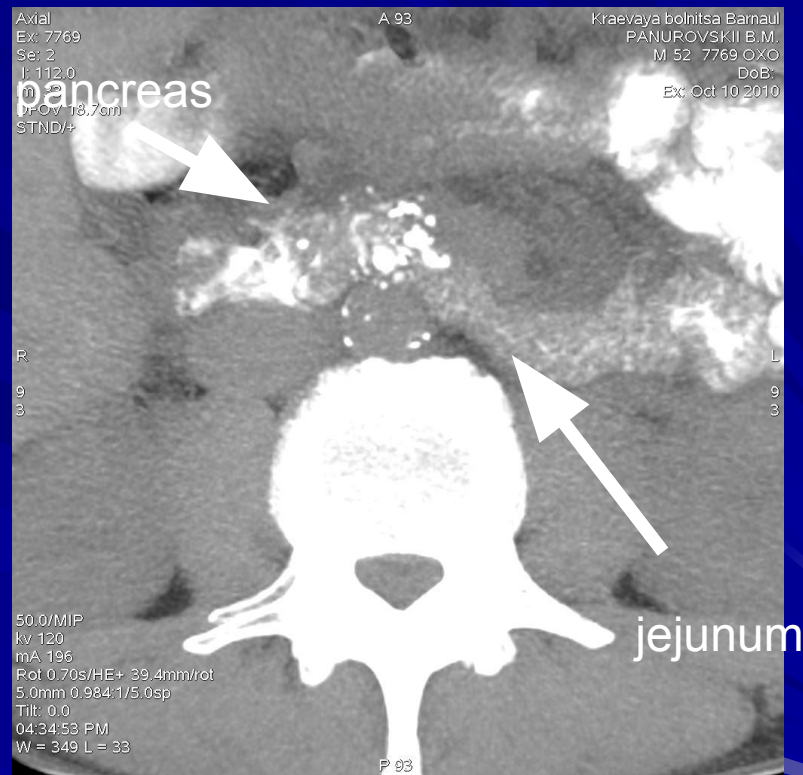


Операция Beger H.  
(по Beger H. et al., 2002)

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



ДО ОПЕРАЦИИ



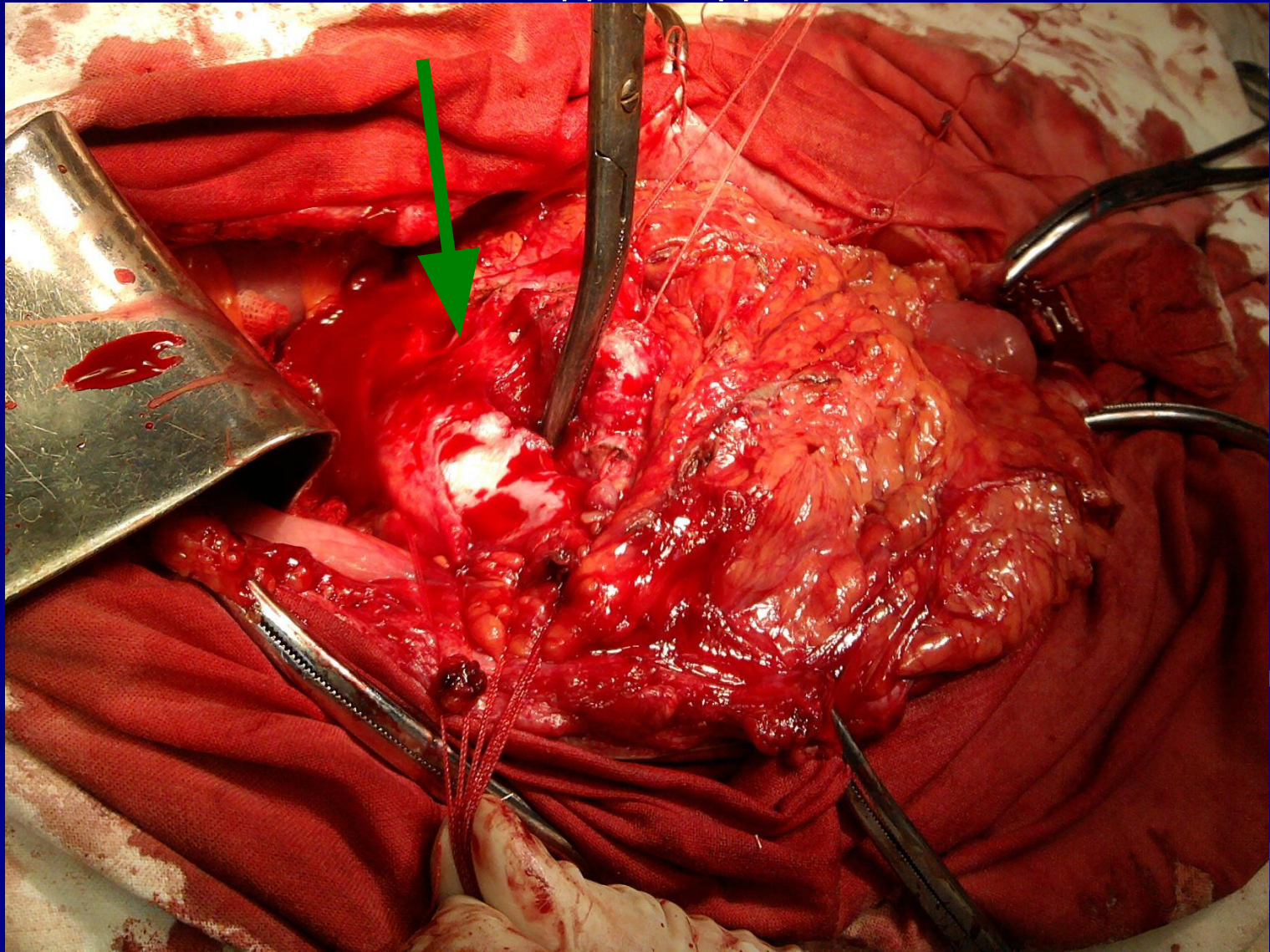
ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

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



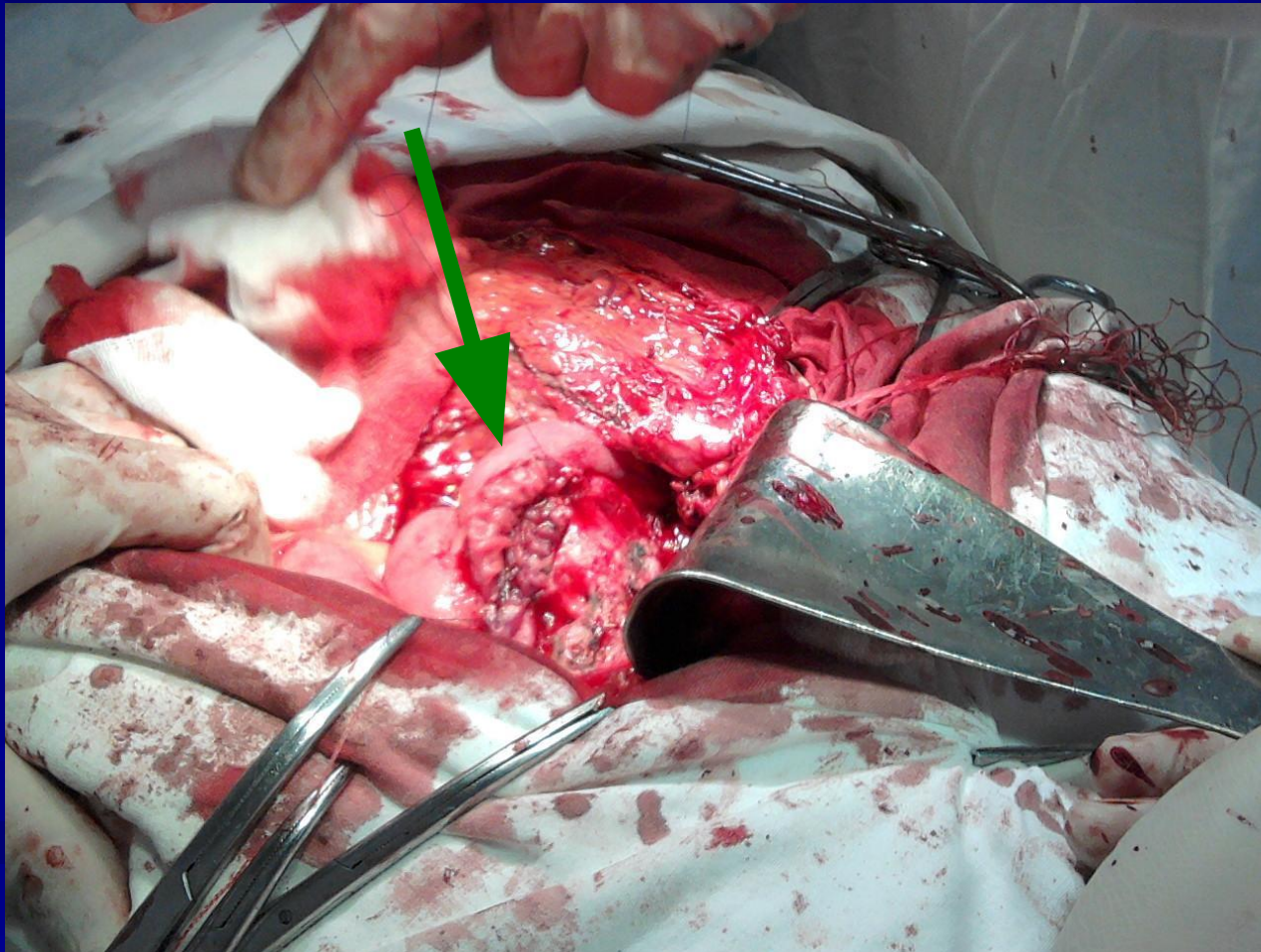


Хронический головчатый паренхиматозно-фиброзный  
кальцифицирующий панкреатит с расширением вирсунгова  
протока  
ФИБРОЗ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



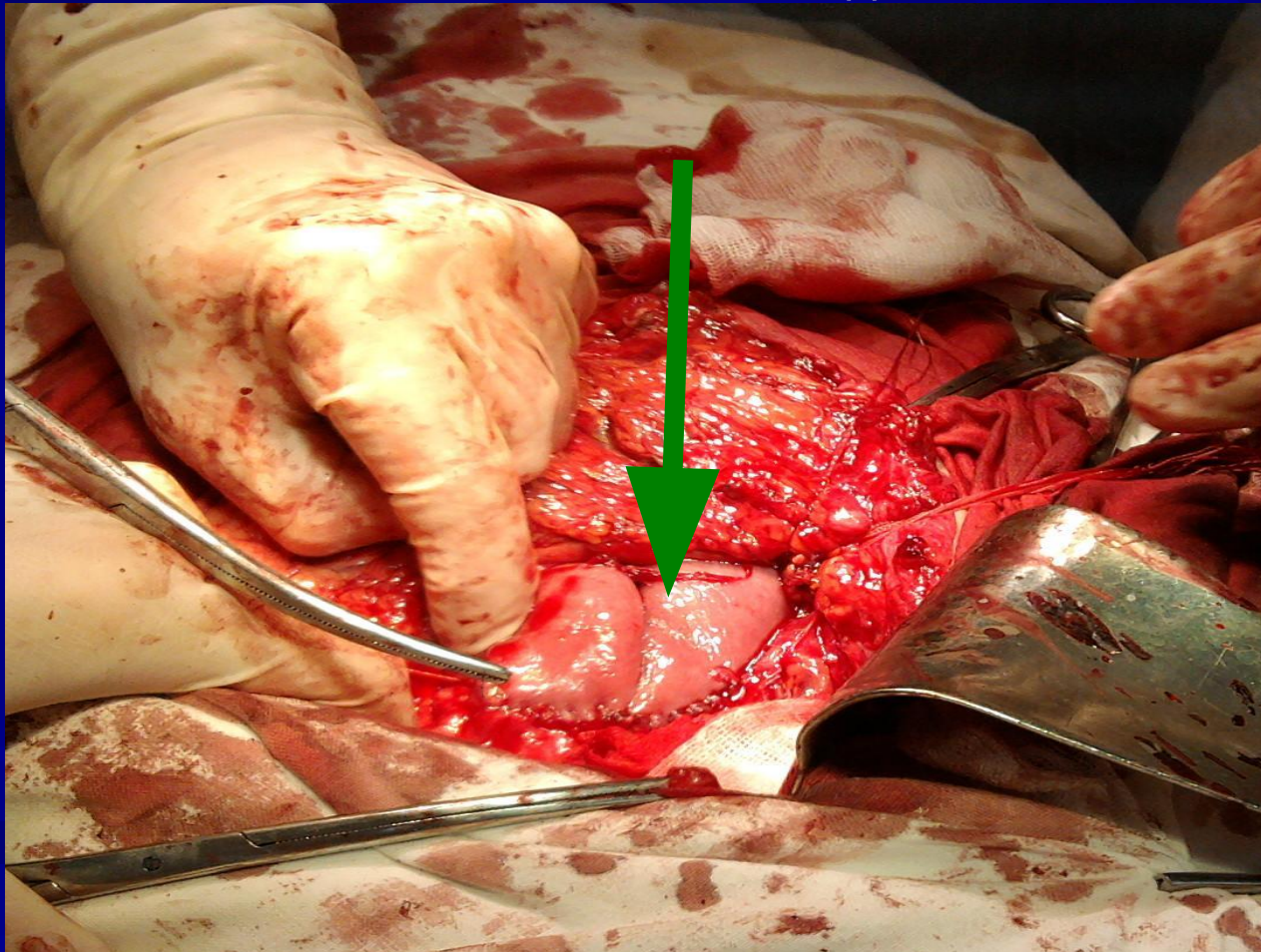
Хронический головчатый паренхиматозно-фиброзный  
кальцифицирующий панкреатит с расширением вирсунгова  
протока

II РЯД ШВОВ НА ЗАДНЮЮ ГУБУ  
ПАНКРЕАТОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА

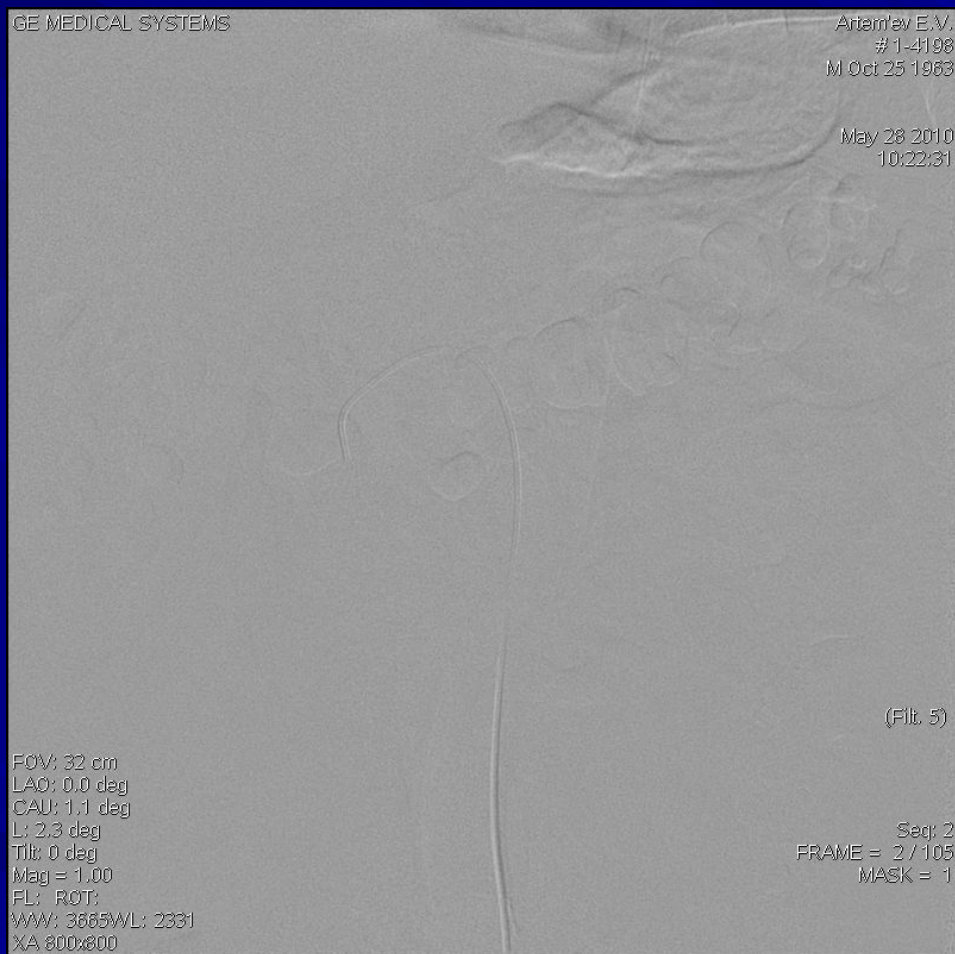


Хронический головчатый паренхиматозно-фиброзный  
кальцифицирующий панкреатит с расширением вирсунгова  
протока

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!