



**Петрозаводский государственный университет
медицинский институт
кафедра госпитальной хирургии, ЛОР - болезней,
офтальмологии, стоматологии, онкологии, урологии**

***Лекция "ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ,
СВИЩИ И КИСТЫ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ"***

**Кафедра госпитальной хирургии
заведующий кафедрой
д.м.н. Алексей Иванович Фетюков
Петрозаводск, 2020 г.**



План лекции

ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ:

- 1 – Анатомо-физиологические особенности поджелудочной железы
- 2 – Хронический панкреатит
- 3 – Кисты поджелудочной железы
- 4 – Свищи поджелудочной железы

РАЗДЕЛЫ:

- Актуальность
- Определение
- Классификация
- Клиника
- Диагностика
- Лечебная тактика
- Исходы

ЛИТЕРАТУРА





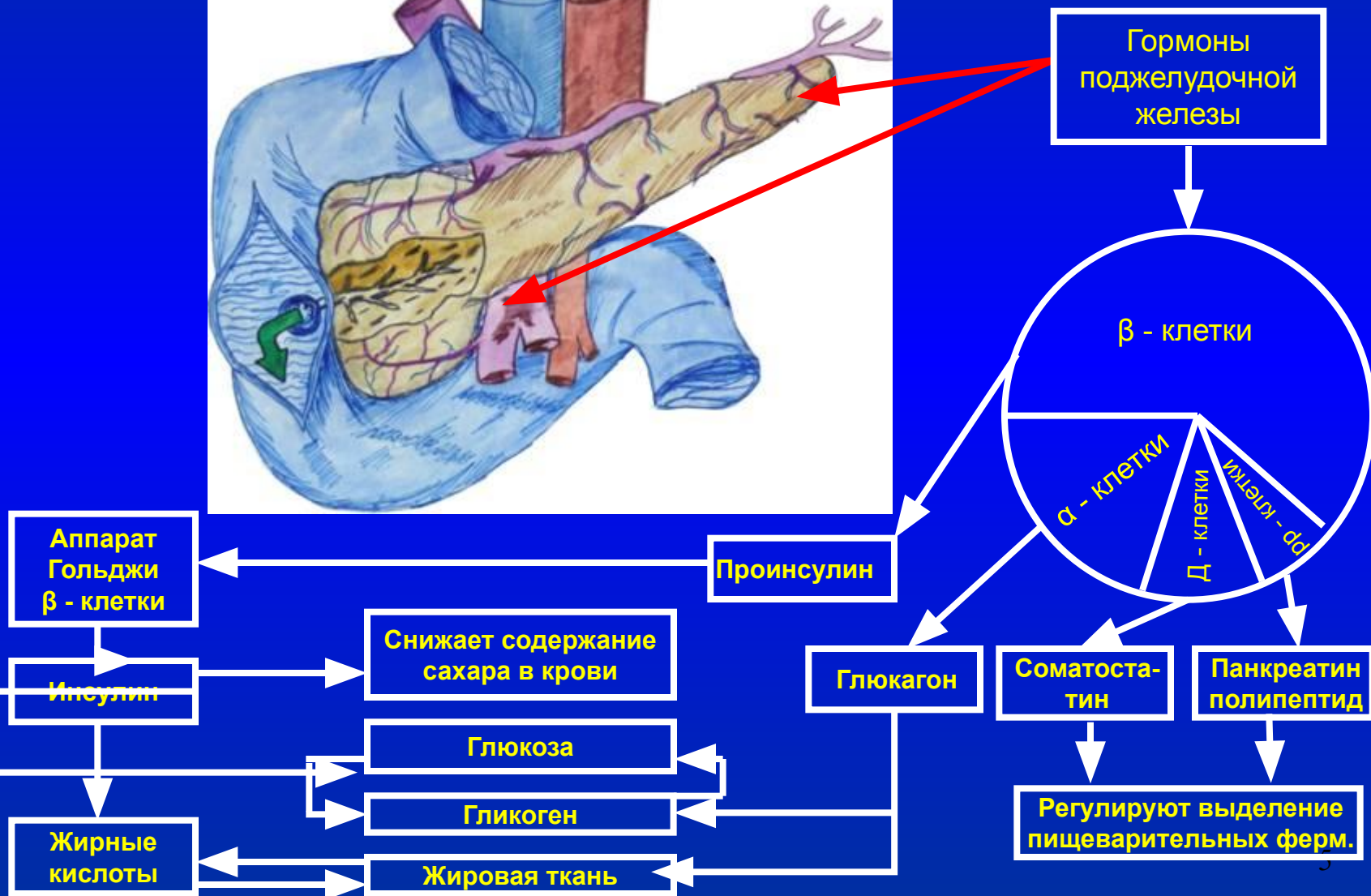
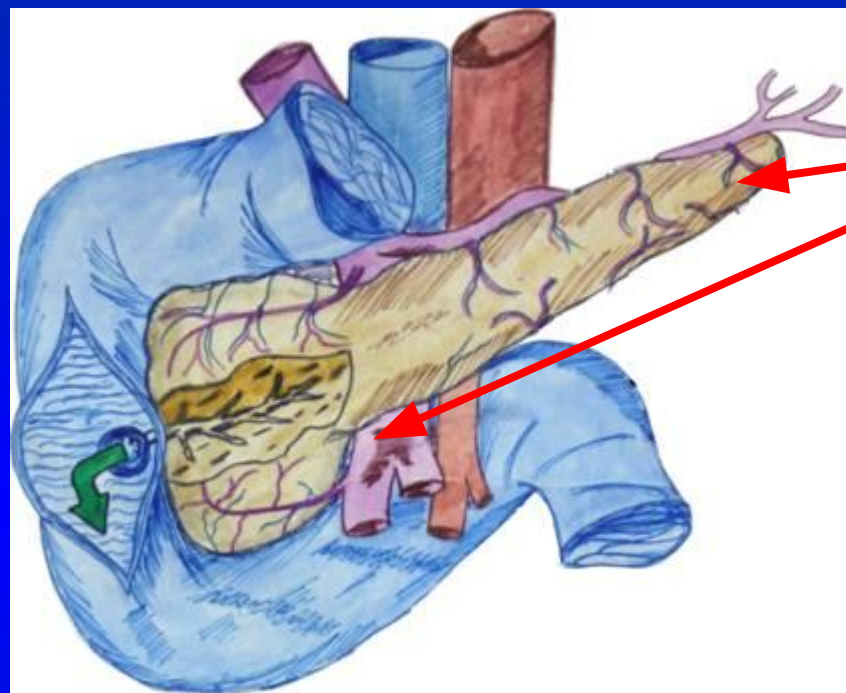
Хронический панкреатит

Поджелудочная железа - это крупная пищеварительная железа, по размерам уступающая только печени. В течение суток она вырабатывает 500–700 мл панкреатического сока, который содержит ферменты, участвующие в переваривании белков, жиров и углеводов, и по протокам поступает в двенадцатиперстную кишку – функция внешней секреции.

Во-вторых железа – участвует в регуляции углеводного и жирового обменов в организме – функция внутренней секреции.



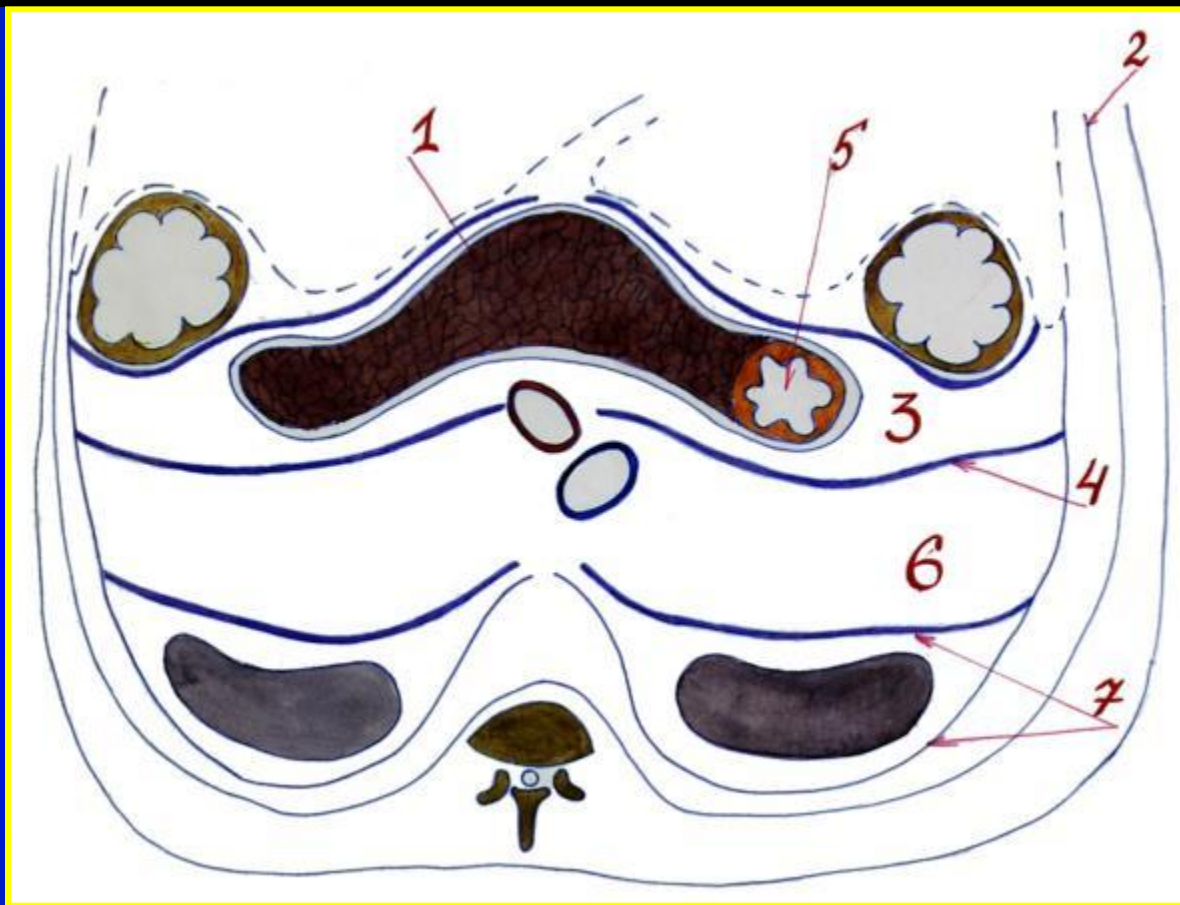
Гастропанкреатодуоденальная зона



● Хронический панкреатит



Схема забрюшинного пространства панкреато-дуоденального комплекса



- 1 – Поджелудочная железа, 2 – Забрюшинная фасция, 3 – Переднее околоободочное клетчатое пространство
4 – Фасция Тольдта, 5 – Нисходящий отдел двенадцатиперстной кишки
6 – Заднее околоободочное пространство Стромберга, 7 – Передняя преренальная фасция



● Хронический панкреатит

Хронический панкреатит (ХП) – это воспалительно – дегенеративный процесс, протекающий с фазами обострения и ремиссии, характеризующийся в конечном итоге замещением функционирующей ткани железы соединительной и развитием панкреатопатии.

Первое определение ХП принадлежит M.Comfort и соав. (1946)

Актуальность

1 – рост показателей заболеваемости, обусловленный истинным ростом ЖКБ, злоупотреблением алкоголем;

2 – трудности в диагностике (диагностические ошибки от 10% до 40%). ХП часто симулирует другие заболевания: гастрит, дуоденит, холецистит, колит т.п.;

3 – трудности в выборе комплексного лечения и, в частности, хирургического;

4 – ряд вопросов этиологии и патогенеза ХП остаются дискуссионными.



Этиопатогенез ХП

ХП, как правило, в 70 – 80% случаев является следствием острого панкреатита:

- после 1 – го приступа – в 10% случаев
- после нескольких приступов – в 70 % наблюдений

В связи с этим различают:

- 1 – первичный ХП
- 2 – рецидивирующий
- 3 – резидуальный
- 4 – осложненный (диабет, кисты, свищи, холецистит, камни протоков железы)



Классификация хронического панкреатита (Марсельско-Римская 1988)

- 1 Кальцифицированный (калькулезный)
- 2 Обструктивный
- 3 Фиброзно-индуративный
- 4 Кисты и псевдокисты поджелудочной железы



Классификация хронического панкреатита (по Ю. М. Панциреву)

- 1 Хронический холецистохолангиопанкреатит
- 2 Хронический индуративный панкреатит
- 3 Хронический кистозно-фиброзный панкреатит
- 4 Хронический панкреатит, обусловленный нарушением оттока панкреатического сока в duodenum
- 5 Хронический паренхиматозно-фибриозный панкреатит

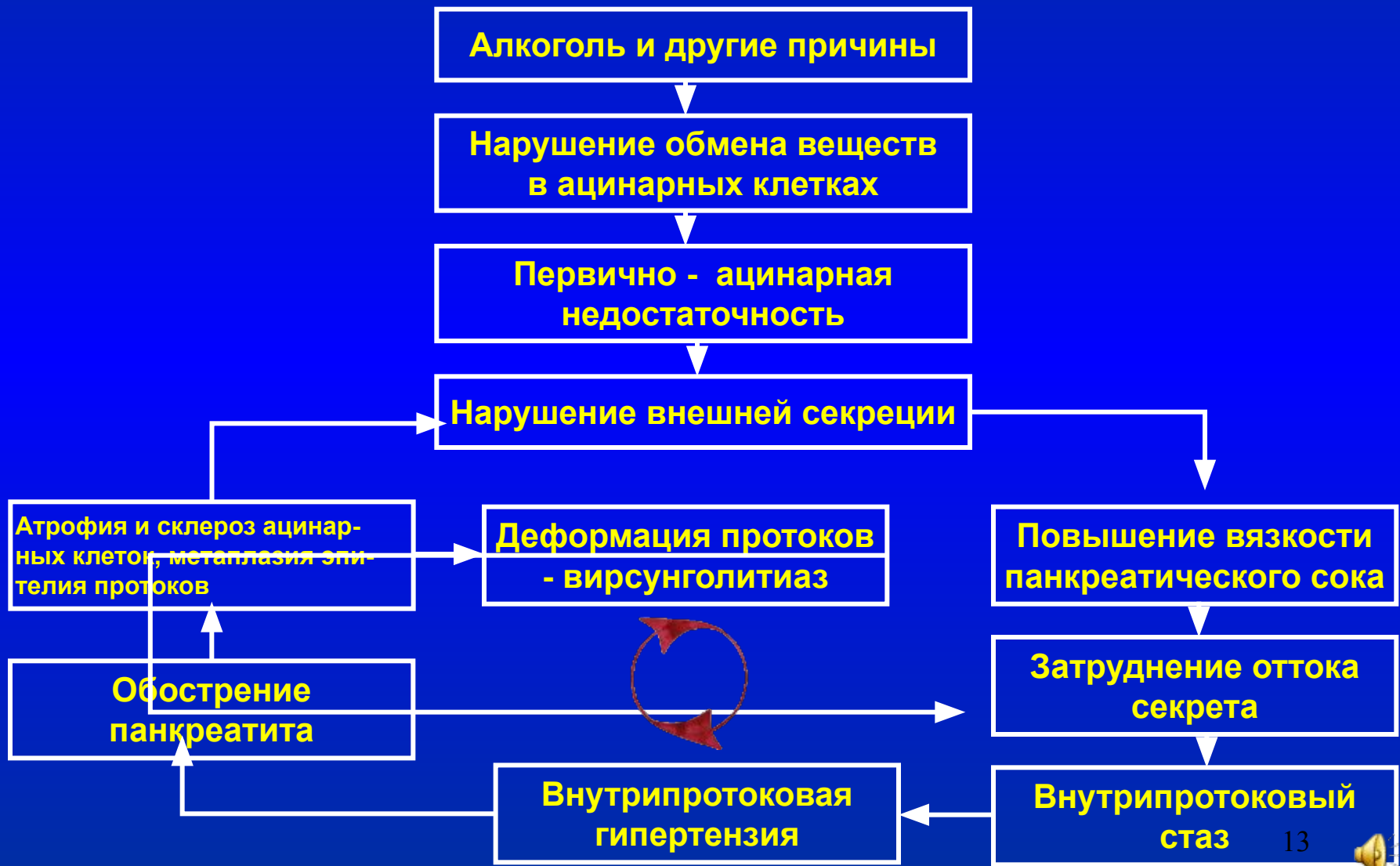


Классификация хронического панкреатита по М.И. Кузину

	Патогенетические типы панкреатита		
	Первичный	Посттравматический	Вторичный
Этиологические разновидности панкреатита	<p>1.Алкогольный</p> <p>2.На почве нарушения питания</p> <p>3."Лекарственный панкреатит"</p> <p>4.На почве обменных нарушений.</p> <p>5.Неустановленной этиологии</p>	<p>1.На почве открытой травмы поджелудочной железы</p> <p>2.На почве тупой травмы</p> <p>3.После интраоперационных повреждений</p> <p>4.На почве ЭРПХГ</p>	<p><u>1.Холангиогенный</u>, в том числе: лимфогенный холецистопанкреатит, на почве холедохолитиаза, при папиллостенозе.</p> <p><u>2.При заболеваниях желудочно-кишечного тракта</u>, в том числе: при первичном и вторичном дуоденостазе, при дуоденальных дивертикулах, при язвенной болезни, при хроническом колите</p> <p><u>3.При окклюзии ветвей брюшной аорты</u></p> <p><u>4. При эндокринопатиях</u></p> <p><u>5.На почве других этиологических факторов</u></p>



Схема патогенеза хронического первичного панкреатита



Стадии течения хронического панкреатита

1 стадия – легкой степени (начальная) - обострения 1 – 2 раза в год; без признаков нарушения функции поджелудочной железы

2 стадия – средней тяжести - обострения 3 – 4 раза в год; нарушение функции – вторичный сахарный диабет

3 стадия – тяжелой степени (терминальная, кахектическая) - частые и длительные обострения, упорные поносы, прогрессирующее истощение, полигипоавитаминозы

В последнее время выделяется аутоиммунный ХП- это отдельная категория заболевания с неизвестной этиологией и аутоиммунным патогенезом



Клиника ХП

Боль (92 – 95%) – ведущая жалоба. Боли в эпигастрии, подреберье – сильные, постоянные, сверлящие, колющие, схваткообразные, опоясывающие, усиливающиеся после приема жирной, обильной холодной или горячей пищи, при длительном лежании на спине

Диспептические расстройства (30 – 40%) – тошнота, рвота, метеоризм, чередование запоров и поносов, отсутствие аппетита

Диарея – стеаторея (выделение жира с калом), реже креаторея (выделение с калом непереваренных мышечных волокон), потеря массы тела, слабость, похудание, астенизация.

Сахарный диабет (25 – 40%) – при выраженном ХП часто в латентной форме, потребность в больших дозах инсулина, редкость кетоацидоза

В анамнезе - частые приступы о. панкреатита, заболевания желчных путей или 12-ти перстной кишки, перемежающаяся иктеричность склер или явная желтуха

При осмотре – болезненность и резистентность при пальпации поджелудочной железы, при обследовании лабораторно улавливается уклонение ферментов (гиперамилазурия, гиперамилаземия, гиперлипаземия)

Исследуется внешняя и внутренняя функция поджелудочной железы



Инструментальные методы исследования

- 1 обзорная рентгенография брюшной полости: **обызвествление паренхимы, возможны камни вирсунгова протока;**
- 2 рентгеноскопия желудка и 12-ти перстной кишки с гипотонией: **выправление подковы 12-ти перстной кишки, дивертикулы, рефлюкс контраста в протоки, расширение позадидиафрагмального пространства, симптом Фройберга – перевернутой «3»**
- 3 ирригоскопия: **опущение ободочной кишки**
- 4 УЗИ, МРТ, СКТ
- 5 ФГДС, ЭРХПГ, ЧПХГ, фистулография
- 6 Селективная ангиография
- 7 лапароскопия с оментобурсоскопией и биопсией железы
Биопсия локального увеличения поджелудочной железы под контролем
- 8 УЗИ и КТ

Дифференцировать: рак поджелудочной железы, хр. абдоминальную ишемию, «солярный» синдром (солярит), хр. колит.



Вирсунгография (ЭРХПГ)



Осложнения ХП

1 Образование кист (истинных и ложных)

2 Заболевания ЖКТ

3 Серозиты (плевриты, перикардиты)

4 Суставной синдром (боли в суставах, костях, моно – или полиартриты, в связи с локализацией жировых некрозов в костях, синовиальных оболочках и отложением солей кальция)



Оперативное лечение ХП

Основные показания к оперативному лечению:

- выраженный болевой синдром
- неэффективность консервативной терапии
- наличие осложнений

Цель оперативного вмешательства:

- 1 – устранение болевого синдрома
- 2 – коррекция осложнений панкреатита
- 3 – возможно максимальное сохранение функции поджелудочной железы и ее островкового аппарата
- 4 – устранение первоначальной причины ХП



Классификация оперативных вмешательств на поджелудочной железе и органах, связанных с ней (по поводу хронического панкреатита) (часть 1)

А Операции на поджелудочной железе

- 1** Резекция всей или части железы: тотальная панкреатэктомия; панкреато-дуоденальная резекция; левосторонняя резекция железы с энтероанастомозом или без него
- 2** Панкреато-дигестивные анастомозы (при расширении вирсунгова протока до 15 – 20 мм)
- 3** Дренаж кисты: наружный или внутренний
- 4** Литотомия
- 5** Перевязка главного панкреатического протока
- 6** Пломбировка протоков поджелудочной железы силиконовым эластомером через устье панкреатического протока

Б Операции на органах, связанных с поджелудочной железой:

а. Операции на желчной системе:

- 1** Холецистэктомия
- 2** Наружный дренаж желчных путей: холецистостомия и холедохостомия
- 3** Внутренний дренаж желчных путей: холедоходуоденоанастомоз, холедехоеюноанастомоз, холецисто-еюноанастомоз, гепатохолангиоеюноанастомоз, диссоциация протоков по В.А. Тарасову
- 4** Операции на большом дуоденальном сосочке: эндоскопическая папиллосфинктеротомия, трансдуоденальная сфинктеропластика, транспапиллярный дренаж

б. Операции на желудочно-кишечном тракте:

- 1** Гастроэнтероанастомоз
- 2** Гастроэктомия
- 3** Выключение привратника
- 4** Резекция желудка с анастомозом по Ру, для выключения двенадцатиперстной кишки



В Операции на вегетативной нервной системе (при паренхиматозно – фиброзной форме ХП)

а. Симпатэктомия:

- 1 Тораколюмбальная
- 2 Резекция чревных нервов
- 3 Резекция полулунных узлов (двусторонняя или односторонняя)
- 4 Спланхникэктомия с резекцией полулунного узла
- 5 Постганглионарная невротомия по Joshioka – Wakabayashi
- 6 Периартериальная невротомия печеночного ствола по Lataryet
- 7 Маргинальная невротомия

б. Ваготомия

в. Лапароскопическая лазеротерапия





Кисты поджелудочной железы

Кисты поджелудочной железы – это ограниченные организованными стенками скопления жидкости, образующиеся в паренхиме железы или в окружающих ее тканях и имеющие вид мешотчатых опухолей



Классификация кист поджелудочной железы (часть 1)

I **Врожденные кисты** (чаще истинные, стенка из плотного слоя фиброзной соединительной ткани с кровеносными сосудами и эпителиальной выстилкой)

1. Дермоидные кисты
2. Тератомные кисты
3. Фиброкистозная дегенерация
4. Врожденные аденомы
5. Поликистозная дегенерация

II **Воспалительные кисты**

1. Псевдокисты в результате перенесенного деструктивного панкреатита
2. Ретенционные кисты: при хроническом панкреатите, при закупорке протока, при сдавливании поджелудочной железы извне.

III **Травматические кисты**

1. В результате непосредственного повреждения железы
2. В результате индиректного повреждения железы

IV **Паразитарные кисты**

1. Эхинококкоз железы
2. Цистицеркоз железы

V **Неопластические кисты**

1. Кистаденомы
2. Кистаденокарциномы
3. Кавернозные гемангиомы
4. Кистозные эпителиомы
5. Саркома
6. Лимфангиомы



Классификация кист поджелудочной железы (часть 2)



По клиническому течению:

1. Острые (до 2 – 3 месяцев)
2. Подострые (от 3 до 6 месяцев)
3. Хронические (от 6 месяцев до нескольких лет)



По тяжести течения:

1. Простые
2. Осложненные (нагноением, перфорацией с перитонитом, кровотечение, свищи, злокачественное перерождение)

4 стадии формирования кисты поджелудочной железы:

1. Через 1-1,5 месяца от начала заболевания формируется первичная полость кисты;
2. Через 2-3 месяца формируется капсула. Оболочка кисты рыхлая и легко рвется;
3. Через полгода завершается формирование капсулы, ее стенки образует плотная фиброзная ткань;
4. От полугода до года киста обособливается, становится подвижной и с легкостью отделяется от соседних тканей



Клиника и диагностика кист (часть 1)

- I Болевой синдром (80%) – сначала неопределенные, потом постоянные, тянущие, давящие в эпигастральной области, правом и левом подреберье, иррадируют в спину, лопатку, могут быть в виде колик
- Диспептические явления (20 – 30%) – нарушение функции кишечника, потеря аппетита, чувство тяжести в эпигастральной области, тошнота, рвота, отрыжка, изжога, запор или понос
- Изменение общего состояния (40 – 60%) – слабость, быстрая утомляемость, похудание, лихорадка (чаще при больших кистах и злокачественном перерождении)
- V Симптомы, зависящие от давления кисты на другие органы брюшной полости
- V Наличие пальпируемой опухоли (60%) – опухоль имеет четкие границы, форма округлая или овоидная, гладкая поверхность, может быть плотной и бугристой, может быть зыбление, перкуторно – наличие тупости, окруженной зоной тимпанита



Клиника и диагностика кист (часть 2)




Признаки осложненного течения кисты:

- I **Перфорация** – внезапные острые боли, коллапс, симптомы раздражения брюшины, исчезновение или уменьшение опухоли
- **Образование внутренних свищей** – боли уменьшаются, температура снижается, киста уменьшается в размерах, возможно самоизлечение или формирование гнояников в брюшной полости, перитонит
- **Нагноение кисты** – боли усиливаются, температура нарастает, опухоль увеличивается, нарастает гнойная интоксикация
- **Кровотечение в полость кисты** – сильные боли, явления внутреннего кровотечения, быстрое увеличение кисты, может быть прорыв в брюшную полость
- **Явления кишечной непроходимости** – возникает в результате сдавления кишечника кистой, спайками
- **Злокачественное перерождение** – ухудшение общего состояния, рост инфильтрата, свищи

● **Диагностика кист теми же инструментальными методами, что и при ХП**

Лечение кист

Виды операций:

-  **Полное удаление кист:** а – экстирпация; б – резекция части железы с кистой; в – панкреатодуоденальная резекция (ПДР)
-  **Неполное удаление кист:** а – вскрытие и ушивание полости кисты; б – цистотомия с частичной резекцией и ушиванием оставшейся части поджелудочной железы; в - внутреннее дренирование кисты: цистоеюно-анастомоз, цистогастроанастомоз, цистодуоденоанастомоз
-  **Наружное дренирование** при нагноении или несформировавшейся стенке кисты, что в 35 – 40% случаев приводит к формированию свища: а – лапаротомия, опорожнение и дренирование; б – наружное дренирование с тампонированием кисты по А.В.Вишневскому; в – внебрюшинное дренирование кисты через люмботомию; г – марсупиализация – подшивание стенок кисты к передней брюшной стенке
-  **Чрезкожное, трансперитонеальное дренирование кисты под контролем УЗИ, КТ, возможно со склерозированием кисты 96% этиловым спиртом**



Дренирование кисты поджелудочной железы под контролем УЗИ





Свищи поджелудочной железы

Свищами поджелудочной железы называют патологические сообщения протоков железы с внешней средой или внутренними органами.

Свищи поджелудочной железы, как и кисты, являются осложнением воспалительного процесса в поджелудочной железе или травмы этого органа

Образованию свищей способствуют: затруднение оттока панкреатического сока по главному панкреатическому протоку и непрекращающаяся соковыделительная функция железы. Вследствие потерь панкреатических ферментов развиваются анемия, гипопропротеинемия, инсулиновая недостаточность, хроническая интоксикация больного вплоть до развития амилоидоза почек и других органов

ДИАГНОСТИКА: фистулография, ЭРХПГ, ФГДС, УЗИ, КТ, лабораторные исследования содержимого, выделяющегося по свищу



Классификация свищей поджелудочной железы

По этиологии:

- I после деструктивного панкреатита, травмы поджелудочной железы, наружного дренирования поджелудочной железы

По связи с протоковой системой железы:

- а) имеется связь свища с протоком (панкреатические)
- б) проходимость протока нарушена; свищ не связан с протоком (парапанкреатические)

По локализации:

- I исходящие из головки, тела, хвоста поджелудочной железы, смешанные

По сообщению с внешней средой:

- V 1. - наружные; 2. - внутренние; 3. - наружно-внутренние

По сочетанию свища поджелудочной железы:
с желчным и кишечным свищами

V A – неосложненные; Б - осложненные

I A – первичные; Б - рецидивирующие



Лечение свищей поджелудочной железы

1

Консервативной терапии подлежат неполные и неосложненные свищи:

- диета (исключить жирную пищу);
- секретопонижающие препараты (атропин, квамател, октриатид);
- ингибиторы протеаз (контрикал, гордокс);
- местно – введение р. йода, ляписа, рентгенотерапия, облучение радием
- окклюзия свища РАБРОМ – рассасывающийся, антибактериальный, биологический рентгеноконтрастный окклюзионный материал, создан на основе белков плазмы крови с регулируемым временем отвердения и рассасывания. Длительность лечения более 10 суток. Рецидив до 13,7%.

2

Оперативное лечение:

- анастомоз свища с ЖКТ (панкреатоеюно -, фистулогастро -, фистуло-еюно-анастомозы подкожно по Смирнову);
- панкреатофистулотомия;
- резекция поджелудочной железы со свищем;
- коррекция с помощью ЭПСТ
- пластика протока железы



ЛИТЕРАТУРА

- Багненко С.Ф. Хронический панкреатит. – С.-Петербург, 2000.
- Белокуров С.Ю., Могутов М.С., Потапов М.П., Якубов Р.Р. Постнекротические кисты поджелудочной железы и их осложнения. – Ярославль, 2003.
- Богер М. М. Панкреатиты. - Новосибирск, 1984.
- Вилявин Г.Д., Кочиашвили В.И., Калтаев К.К. Кисты и свищи поджелудочной железы. – М., «Медицина», 1976.
- Виноградов В. В. и др. Хирургия панкреатита. - Ташкент, 1974.
- Виноградов В. В. и др. Кисты поджелудочной железы. - Ташкент, 1975.
- Данилов М. В. и др. Хирургия поджелудочной железы. - М., 1995.
- Земсков В. С. с соавт. Постпанкреаторезекционный синдром. - Киев, 1986.
- Кузин М. И., Данилов М. В., Благовидов Д. Ф. Хронический панкреатит. М., 1985.
- Милонов О. Б., Соколов В. И. Хронический панкреатит. - М., 1976.
- Нестеренко Ю.А., Глабай В.П., Шаповальянц С.Г. Хронический панкреатит. – М., 2000.
- Радзиховский А. П. Свищи поджелудочной железы. - Киев, 1987
- Скуя Н. А. Заболевания холангио-дуоденопанкреатической зоны. -Рига, 1981.
- Скуя Н. А. Заболевания поджелудочной железы. - М., 1986.
- Соколов В. И., Цыбырне К. А. Холепанкреатит. - Кишинев, 1978.
- Смирнов А. В., Порембский О. Б., Фрид Д. И. Хирургическое лечение заболеваний поджелудочной железы и периампулярной области. - Л., 1972.
- Шалимов А. А. Хирургия поджелудочной железы. - М., 1964.
- Шалимов А. А. Болезни поджелудочной железы и их хирургическое лечение. - М, 1970.
- Шелагуров А. А. Болезни поджелудочной железы. - М, 1970.



