

*Семенов В.А. Проблемы лечения осложненного хронического панкреатита// Академия педагогических идей «Новация». – 2018. – №5 (май). – АРТ 142-эл. – 0,3 п. л. – URL: <http://akademnova.ru/page/875548>*

**РУБРИКА: МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ**

**УДК 616.37**

**Семенов Виктор Алексеевич**

ординатор,

Калужская областная клиническая больница

г. Калуга, Россия

[chief.nauk@yandex.ru](mailto:chief.nauk@yandex.ru)

**ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ХРОНИЧЕСКОГО  
ПАНКРЕАТИТА**

*Аннотация:* В данной статье рассмотрены варианты хирургического лечения хронического панкреатита с признаками и характеристиками билиарной гипертензии, также отражены аспекты лечения холецистогенного панкреатита головки поджелудочной железы и др. Авторами проведен сравнительный анализ, сделаны выводы.

*Ключевые слова:* хронический панкреатит, хирургия, поджелудочная железа, билиарная гипертензия, здоровье, лечение.

**Semenenko Viktor Alekseevich**

resident,

Kaluga Regional Clinical Hospital

Kaluga, Russia

## PROBLEMS OF TREATMENT OF COMPLICATED CHRONIC PANCREATITIS

*Abstract:* In this article, we consider options for the surgical treatment of chronic pancreatitis with signs and characteristics of biliary hypertension, as well as aspects of the treatment of cholecystogenic pancreatitis of the pancreas head, etc. The authors carried out a comparative analysis and made conclusions.

*Key words:* chronic pancreatitis, surgery, pancreas, biliary hypertension, health, treatment.

Анатомический контакт поджелудочной железы (ПЖ) с соседними органами при прогрессировании хронического панкреатита (ХП) способствует развитию постпанкреотических осложнений - нарушение эвакуации по двенадцатиперстной кишке (ДПК), билиарной гипертензии, тромбоза или экстравазальной компрессии вен спленопортомезентериального конfluence [4; 19; 20 и др.].

При ХП нарушения проходимости ДПК усугубляет течение заболевания у 16 - 36% больных, препапиллярный стеноз общего желчного протока (ОЖП) - у 30 - 60%, а компрессия мезентериально-портальной системы - у 11 - 17% больных. При этом билиарная гипертензия (БГ) проявляется механической желтухой у 25-55% больных, а у 57% она диагностируется инструментальными методами.

В отдаленные сроки после оперативных вмешательств по поводу хронического панкреатита билиарная гипертензия проявляет себя у 25% больных после дренирующих операций и у 8 - 9% больных после резекционных операций, а по некоторым данным - даже у 30%.

Кроме тубулярного стеноза, вызванного панкреатическим фиброзом и воспалением в головке ПЖ, причинами нарушения проходимости ОЖП при ХП могут быть псевдокисты, периодические обострения воспалительного процесса в головке ПЖ, стеноз большого дуоденального сосочка ДПК, сжатие воспалительными массами терминального отдела ОЖП.

Отдельные авторы [8; 16; 25 и др.] выделяют отдельную форму ХП - холецистогенный панкреатит головки ПЖ. Авторы считают, что он обусловлен «переходом» воспалительного процесса из желчного пузыря и желчных протоков на поджелудочную железу по единым для них (прямым) лимфатическим связям, сложившимся в эмбриональном периоде при слиянии вентрального и дорзального зачатков кишечной трубки в результате ее ротации. Между сегментами головки ПЖ, которые развиваются из зачатков, сохраняется соединительно-тканый слой, выраженность которого определяет степень распространения воспалительного процесса по ПЖ (ограничение головкой или тотальное повреждение). Адекватным хирургическим вмешательством, по их мнению, является холецистэктомия, санация желчных протоков и формирования билиодигестивных анастомоз.

Так, например, для коррекции нарушения оттока желчи в 43,7% случаев выполняют субтотальную резекцию головки ПЖ с наложением продольной панкреатоэнтеростомии (ППЭС), в 13,8% - операцию Фрея, в 28,8% - панкреатодуоденальную резекцию (ПДР), в 7,8% - субтотальную резекцию головки ПЖ с наложением проксимального панкреатоеюноанастомоза, в 6% - операцию Бегера.

В настоящее время окончательно не определена хирургическая тактика у больных ХП с БГ. Общепринятыми считаются показания к хирургическому лечению ХП с БГ, которые включают вторичный цирроз

печени, наличие желчных конкрементов, прогрессирование билиарной структуры, бессимптомное повышение уровня щелочной фосфатазы (более чем в 2-3 раза) или уровня билирубина продолжительностью более одного месяца.

Существуют также различные подходы относительно сроков выполнения операций. Одни авторы [2; 6; 19 и др.] являются сторонниками ранних вмешательств, до развития осложнений. Ранние вмешательства при скрытой БГ авторы обосновывают существованием риска развития вторичного билиарного цирроза печени. Другие [18; 23; 29 и др.] считают, что риск вторичного билиарного цирроза печени является преувеличенным и рассматривают показания к операции только при неэффективности консервативных мероприятий при прогрессирующей желтухе.

Некоторые исследователи [1; 27 и др.] придерживаются двухэтапного подхода при ХП с поражением головки ПЖ, осложненным выраженной желтухой: сначала выполняют миниинвазивные вмешательства для ликвидации желтухи, а затем прямое вмешательство в ПЖ. По мнению некоторых авторов [3; 12 и др.], БГ является лишь одним из осложнений ХП с поражением головки ПЖ, поэтому паллиативные дренирующие вмешательства на ОЖП не решают проблемы ХП в целом. БГ в них часто сочетается с выраженным болевым синдромом, портальной гипертензией, псевдокистой, непроходимостью ДПК и другими осложнениями. Учитывая определяющую роль в патогенезе заболевания головки ПЖ, формирование только обходных анастомозов не устраняет всех проблем, часто требуя повторных вмешательств у этих пациентов.

Ряд авторов [11; 20 и др.] на основе анализа собственных результатов рекомендуют у больных ХП с БГ выполнять операцию Фрея, дополненную наложением обходных анастомозов. Хотя в раннем послеоперационном

периоде количество послеоперационных осложнений у таких больных вдвое больше, отдаленные результаты являются удовлетворительными. Сам Фрей в качестве показаний к операции у пациентов с БГ считает холангит, билиарный цирроз печени, устойчивую желтуху в течение одного месяца.

Другие исследователи [9; 21 и др.] при ХП с БГ предпочитают операции Бегер и ее Бернские модификации. По данным Бегер и Бюхлер, наличие таких осложнений ХП как стеноз ОЖП, ДПК и портальная гипертензия является показанием к изолированной резекции головки ПЖ (операции Бегер). Они показали, что иссечение рубцово-воспалительных тканей с сохранением автономности желчевыводящих протоков и использованием интрапанкреатического желчевыводящего сообщения при ХП с поражением головки ПЖ в 43-58% наблюдений позволяет отказаться от традиционного билиодигестивного анастомоза с хорошими отдаленными результатами. Экстрапанкреатические шунтирующие операции при выполнении Бернской операции, по мнению отдельных авторов, показаны при отсутствии других осложнений ХП и невозможности выделения интрапанкреатической части холедоха. При этом билиарные послеоперационные осложнения отмечены в 5,9% случаев, в частности, стриктуры билиодигестивных анастомозов в 1,5% случаев, недостаточность анастомозов - в 4,4% случаев.

Некоторые современные исследователи [7; 13; 22 и др.] отдельно выделяют ХП с билиарной протоковой гипертензией без панкреатической проточной гипертензии и считают необходимым при этом проводить эндоскопическое вмешательство (эндоскопическую папалосфинктеротомию или эндоскопическую супрапапиллярную холедодуоденостомию, при неэффективности - билиодигестивный

анастомоз (супрадуоденальную холедоходуоденостомию или гепатикоеюностомию по Ру).

Другие авторы [14; 26] при ХП, осложненном билиарной и панкреатической гипертензией предложили новый паренхимосберегающий способ оперативного вмешательства на ПЖ - продольную панкреатовирсунгодуодено-папиллотомию с продольной панкреатоеюнодуоденостомией по Ру. Метод предусматривает создание внутреннего билиопанкреатического соустья, а в случаях «атонии» холедоха и его распространения более 20 мм - наложения билиодигестивных анастомозов. Другие исследователи при сочетании билиарной и панкреатической гипертензии при ХП рекомендуют накладывать панкреатоеюно- и гепатикоеюноанастомозы на разобщенных петлях.

Кроме того, отдельные исследователи [15; 30 и др.] предлагают при БГ устранять ее не скелетированием стенки ОЖП, а проводить резекцию прилегающей к ней фиброзной ткани с широким раскрытием просвета протока в полость, образовавшуюся после резекции головки и крючкообразного отростка - Бернский вариант резекции. Важной деталью этого варианта операции авторы считают выделение всей ткани ПЖ, прилегающей к интрамуральному отделу ОЖП, и прецизионной подшивки слизистой ОЖП в ткани ПЖ по всему периметру сложившейся полости.

Другие авторы [17; 28] предлагают при БГ модифицированную операцию Фрея, которую назвали «интрапаренхиматозной резекцией головки ПЖ». В отличие от операции Фрея, при этой модификации удаляется не только вентральная часть "сердцевины" головки ПЖ, но и большая часть фиброзной ткани ее дорзальной половины, что, по мнению авторов, может способствовать ликвидации таких осложнений, как дуоденальная непроходимость, желчная и портальная гипертензия. Вместе

с этим, у больных ХП с механической желтухой рекомендуется формирования гепатико-энтероанастомоз (ГЭА). Вопрос о тактике при БГ без механической желтухе (проводить дренирующую операцию, накладывать билиодигестивный анастомоз или билиопанкреатический анастомоз (БПА) требует дальнейшего изучения с проведением в предоперационном периоде Магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ) или эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРПХГ).

К слову, нет единых подходов по устранению тубулярного стеноза ОЖП при ХП. В дополнение к проксимальной резекции ПЖ выполняют: билиодигестивные анастомозы, папилохоледохопластику, дренирование желчных протоков, перидуктальное иссечение воспалительных масс вокруг ОЖП. По данным отдельных публикаций, отказ от билиодигестивного анастомоза при компенсированных стенозах ОЖП при ХП с поражением головки ПЖ приводит к необходимости формирования ГЭА в качестве повторной операции.

Большинство авторов [10; 24 и др.] считают, что оптимальным методом выполнения билиодигестивных анастомозов является наложение ГЭА на длинной петле с Ру. При этом осложнения возникают у 12% больных, а летальность - у 4,8%. Другие авторы предпочитают наложению холедоходуоденоанастомоз. В отдаленном послеоперационном периоде достоверной статистической разницы между результатами перидуктального иссечения рубцово-воспалительных масс ПЖ и традиционным билиодигестивным анастомозом нет. Кроме этого, по мнению авторов, при необратимых рубцовых изменениях терминального отдела ОЖП с полной его облитерацией перидуктальное иссечение неэффективно; таким больным необходимо формировать билиодигестивный анастомоз.

В настоящее время не разработаны и не систематизированы критерии оценки адекватности выполнения оперативных вмешательств при ХП с БГ. Исследователи [5; 13 и др.] проводят анализ адекватности операции по билиарной декомпрессии, в основном, по клиническим (желтуха), лабораторными (гипербилирубинемия) и инструментальным (УЗИ) данным.

Стеноз ДПК возникает у 5-10% больных ХП. По данным Бегер, обструктивный стеноз ДПК часто сочетается с дилатацией крупных протоков ПЖ. Стеноз ДПК чаще всего возникает в результате сжатия кистой головки ПЖ или фиброзно-воспалительными массами головки ПЖ. При этом важно исключить другие возможные причины стеноза ДПК (язвенная болезнь, опухоль). Отдельными авторами при этом предлагается выполнять наложение гастроэнтероанастомоза и операцию Бегер с иссечением кисты головки ПЖ.

Стеноз и окклюзия портальной и селезеночной вены встречаются у 7-10% больных ХП вследствие сжатия вен псевдокистами и воспалительными массами головки ПЖ. Легкая и средняя степень портальной гипертензии является показанием к выполнению операций резекционного типа (Бегер, Фрея). При тяжелой степени портальной гипертензии с тромбозом в системе портальной вены резекция ПЖ является технически трудной, имеет высокий риск интраоперационного кровотечения. Поэтому ряд хирургов считают, что портальная гипертензия является противопоказанием к выполнению любых вмешательств на ПЖ. Развитие левосторонней сегментарной портальной гипертензии, наоборот, является прямым показанием к операции у всех больных ХП. При этом некоторые авторы предлагают наряду с вмешательствами на ПЖ выполнять спленэктомию, которая, по их мнению, не увеличивает риск осложнений и летальности.

**Всероссийское СМИ**

**«Академия педагогических идей «НОВАЦИЯ»**

Свидетельство о регистрации ЭЛ №ФС 77-62011 от 05.06.2015 г.

(выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций)

Сайт: [akademnova.ru](http://akademnova.ru)

e-mail: [akademnova@mail.ru](mailto:akademnova@mail.ru)

**Список использованной литературы:**

1. Аниконова Л.И., Радченко В.Г., Ряснянский В.Ю., Болдуева С.А., Гайковская Л.Б., Ключева С.Н., Вавилова Т.В. Цистатин С как ранний биомаркер контраст-индуцированного острого почечного повреждения // Нефрология. 2012. Т. 16. № 2. С. 84-89.
2. Апарцин К.А., Гумеров Р.Р., Галеев Ю.М., Попов М.В., Гольдберг О.А., Григорьев С.Е., Травников А.И., Дехнич В.М. Диссеминированный спленоз после спленэктомии // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2009. № 10. С. 53-55.
3. Белобородова Э.И., Корнетов Н.А., Загрямова Т.А. Частота возникновения и особенности течения язвенной болезни у лиц с разным конституциональным морфофенотипом // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1995. Т. 5. № 1. С. 40-45.
4. Берсенева Е.А., Лалабекова М.В., Черкасов С.Н., Мешков Д.О. Актуальные вопросы создания автоматизированной системы расчета объемов первичной медико-санитарной помощи в тверской области // Вестник современной клинической медицины. 2016. Т. 9. № 4. С. 15-20.
5. Галлямова Ю.А. Атопический дерматит и дисбактериоз // Лечащий врач. 2010. № 10. С. 14.
6. Гладкова Н.Д., Алексеева О.П., Комарова Л.Г., Грунина Е.А., Криштопенко С.В. Способ прогнозирования эффективности лазерной терапии // Патент на изобретение RU 2127617
7. Городин В.Н. Патогенетическое обоснование и оптимизация интенсивной терапии тяжелых форм лептоспироза: автореф. дисс. ... докт. мед. наук. - Ростов-на-Дону, 2007. – 42 с.
8. Григорян З.Э., Евсеева М.Е. Кардиоренальные взаимоотношения на начальных стадиях хронической болезни почек // Нефрология и диализ. 2007. Т. 9. № 2. С. 173-177.
9. Гурьева В.А. Фиброзно-кистозная болезнь (патогенез, классификация, лечение). - Барнаул, 2000. – 210 с.
10. Гусейнов Т.С., Гусейнова С.Т. Влияние дегидратации на морфогенез лимфатического русла и иммунных образований тонкой кишки // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. 2008. Т. 145. № 6. С. 704-706.
11. Ермоленко К.Д., Гончар Н.В., Ермоленко Е.И., Суворова М.А., Тарасова Е.А., Котылева М.П., Лобзин Ю.В. Роль острых кишечных инфекций вирусной этиологии в формировании функциональной патологии желудочно-кишечного тракта у детей // Фарматека. 2016. № 1 (314). С. 55-61.
12. Жирнова Т.Ю., Ачкасов Е.Е., Цирульникова О.М., Шилов Е.М., Добровольский О.Б. Влияние физической реабилитации на качество жизни после трансплантации почки // Вестник Российской академии медицинских наук. 2014. Т. 69. № 3-4. С. 65-70.
13. Иорданишвили А.К., Бельских О.А., Карев Ф.А., Тишков Д.С., Музыкин М.И., Либих Д.А. Функциональные показатели вкусовой рецепции при хронических заболеваниях почек, кишечника и эндокринной патологии // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2016. № 2 (58). С. 81-84.
14. Козловская С.Е., Шахова Е.Г. Динамика функционального состояния щитовидной железы в процессе лечения поликатоном хронического тонзиллита у лиц с

**Всероссийское СММ**

**«Академия педагогических идей «НОВАЦИЯ»**

Свидетельство о регистрации ЭЛ №ФС 77-62011 от 05.06.2015 г.

(выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций)

Сайт: [akademnova.ru](http://akademnova.ru)

e-mail: [akademnova@mail.ru](mailto:akademnova@mail.ru)

эндокринной патологией // В сборнике: Современные здоровьесберегающие технологии в обеспечении здоровья населения Волгоградской области Материалы научно-практической конференции, посвященной 60-летию Государственного учреждения здравоохранения "Волгоградский областной центр медицинской профилактики". 2008. С. 294-297.

15. Кочурова Е.В. Значение онкомаркеров слюнной жидкости при плоскоклеточном раке органов полости рта: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Москва, 2008

16. Николенко А.В., Прелоус И.Н., Лейдерман И.Н. Коррекция стрессовой гипергликемии у больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости // Общая реаниматология. 2013. Т. IX. № 2. С. 29-34.

17. Орлинская Н.Ю., Хмельницкая Н.М. Патология щитовидной железы у жителей нижегородской области по данным операционного материала // Медицинский альманах. 2011. № 4. С. 160-161.

18. Павлова В.Ю., Чеснокова Ю.Л., Барбараш О.Л. Особенности синдрома артериальной гипертензии у пациентов с хронической почечной недостаточностью // Патология кровообращения и кардиохирургия. 2006. № 1. С. 67-71.

19. Панченков Д.Н., Баранов М.В., Логинов В.А., Серов И.А., Ким П.П., Костин А.Ю., Мороз О.В. Особенности течения острого панкреатита в условиях моделирования эффектов микрогравитации (экспериментальное исследование) // Анналы хирургической гепатологии. 2009. Т. 14. № 2. С. 89-93.

20. Слесаренко С.С., Федоров В.Э. Принципы хирургической тактики и лечения больных механической желтухой неопухолевого генеза // Анналы хирургической гепатологии. 2003. Т. 8. № 2. С. 115.

21. Тагирова З.Г., Ахмедов Д.Р., Омарова С.М., Абусуева А.С. Уровень и динамика цитокинов у больных острой бактериальной дизентерией // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. 2016. № 2 (19). С. 21-25.

22. Толстокоров А.С., Гоч Е.М., Скопец С.М., Дергунова С.А., Рахнаев Д.Я., Саркисян З.О. Способ профилактики кровотечения из папиллосфинктеротомической раны после многоэтапной эндоскопической операции при холедохолитиазе // Патент на изобретение RUS 2458636 02.03.2011

23. Упницкий А.А. Функциональные расстройства желчного пузыря и сфинктера одди: общие принципы диагностики и лечения // Гастроэнтерология. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2010. № 1. С. 30-34.

24. Шангина О.А., Костин В.И., Котурга Л.И. Качество жизни пожилых пациентов с ишемической болезнью сердца и коморбидными депрессивными расстройствами на фоне терапии различными группами антиангинальных препаратов // Клиническая медицина. 2005. Т. 83. № 7. С. 35-37.

25. Широких И.Н., Мавлитова Л.А., Туев А.В., Хлынова О.В. Диагностика фиброза печени: идеальны ли методы? // Пермский медицинский журнал. 2013. Т. 30. № 3. С. 93-102.

26. Шойбонов Б.Б., Кравченко М.А., Баронец В.Ю., Толпыго С.М., Костырева М.В., Шабалина А.А., Замолотчикова Т.С., Котов А.В., Панченко Л.Ф. Определение атерогенности иммунных комплексов, содержащих модифицированные липопротеины, в тесте связывания комплемента // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. 2014. № 4. С. 133-138.

Всероссийское СМИ

«Академия педагогических идей «НОВАЦИЯ»

Свидетельство о регистрации ЭЛ №ФС 77-62011 от 05.06.2015 г.

(выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций)

Сайт: akademnova.ru

e-mail: akademnova@mail.ru

27. Яблокова Е.А., Горелов А.В., Чумакова О.В., Ратникова М.А., Сичинава И.В., Полотнянко Е.Ю., Грамматопуло М.И., Новикова А.В., Сурикова О.А. Нарушение минерализации костной ткани у детей с воспалительными заболеваниями кишечника // Вопросы современной педиатрии. 2006. Т. 5. № 4. С. 56-61.

28. Abushkin I.A., Privalov V.A., Noskov N.V., Neizvestnykh E.A., Kotlyarov A.N., Shekunova Y.G., Lappa A.V. Laser technologies in treatment of degenerative-dystrophic bone diseases in children // Progress in Biomedical Optics and Imaging - Proceedings of SPIE Ser. "Photonic Therapeutics and Diagnostics X" 2014. С. 89263Q.

29. Korobtsov A., Kotova S., Losevsky N., Mayorova A., Patlan V., Timchenko E., Lysov N., Zarubina E. Optical tweezers technique for the study of red blood cells deformation ability // Laser Physics. 2012. Т. 22. № 7. С. 1265-1270.

30. Nosov D.A., Bhargava P., Esteves W.B., Strahs A.L., Lipatov O.N., Lyulko O.O., Anischenko A.A., Chacko R.T., Doval D., Slichenmyer J. Final analysis of the phase ii randomized discontinuation trial (rdt) of tivozanib (av-951) versus placebo in patients with renal cell carcinoma (RCC) // Journal of Clinical Oncology. 2011. Т. 29. № S15. С. 4550.

*Дата поступления в редакцию: 23.05.2018 г.*

*Опубликовано: 28.05.2018 г.*

© Академия педагогических идей «Новация», электронный журнал, 2018

© Семененко В.А., 2018