

УДК 616.37-002-036.12-06-072.1

**ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА
У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ
ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ**

Корочанская Наталья Всеволодовна – д.м.н.,
профессор
*МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО»,
Кубанский государственный медицинский
университет, Краснодар, Россия*

Рогаль Михаил Леонидович – д.м.н., профессор
НИИСП им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия

Макаренко Александр Владимирович – к.м.н.
МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Краснодар, Россия»

Мурашко Надежда Владимировна – к.м.н.
МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

В статье представлены результаты комплексного обследования 117 больных с осложненным хроническим панкреатитом, подвергшихся прямым оперативным вмешательствам на поджелудочной железе, патогенетически обоснованы схемы предоперационной подготовки.

Ключевые слова: **ОСЛОЖНЕННЫЙ
ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ,
ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА.**

UDC 616.37-002-036.12-06-072.1

**PRE-OPERATED TREATMENT OF PATIENTS
WITH COMPLICATED CHRONIC
PANCREATITIS**

Korochanskaya Natal'a Vsevolodovna – MD, prof.
*City Hospital Nr 2 «KVMDA»,
Kuban state medical university, Krasnodar, Russia*

Rogal' Mikhail Leonidovich – MD, prof.
ERI by name of N.V. Sklifosovskii, Moscow, Russia

Makarenko Alexandr Vladimirovich – MD
City Hospital Nr 2 «KVMDA», Krasnodar, Russia

Murashko Nadejda Vladimirovna – MD
City Hospital Nr 2 «KVMDA», Krasnodar, Russia

The article presented the results of complex scanning of 117 patients with complicated chronic pancreatitis after direct surgeries on the pancreas. The pre-operated treatment schemes were proved pathogenetically.

Key words: **COMPLICATED CHRONIC
PANCREATITIS, PRE-OPERATED TREATMENT.**

Несмотря на значительное увеличение объема знаний о хроническом панкреатите (ХП) в настоящее время отсутствует единая хирургическая тактика ведения больных, страдающих этим заболеванием [1]. По литературным данным, показания к прямым операциям на поджелудочной железе (ПЖ), особенно при первичном ХП, не отличаются конкретностью. Чаще всего операции при ХП выполняются в связи с его осложнениями [2]. Поэтому основными задачами исследования являются разработка показаний к хирургическим вмешательствам до развития осложнений, представляющих угрозу жизни для больного, и вовлечения в патологический процесс соседних органов, что затрудняет операцию, ухудшает ближайшие и отдаленные результаты, а также патогенетическое обоснование схем адекватной предоперационной подготовки.

Цель исследования: патогенетически обосновать схемы предоперационной подготовки у больных с осложненным ХП.

Материал и методы исследования. По поводу осложненного ХП проведено 740 хирургических вмешательств, из них малоинвазивных – 574, прямых операций на ПЖ – 117 (табл. 1). Кроме того, выполнено 66 пилоросохраняющих панкреатодуоденальных резекций (ПСПДР), 19 дуоденумсохраняющих резекций головки поджелудочной железы (ДСРГПЖ); 32 медиальные резекции поджелудочной железы (МРПЖ) с билатеральным панкреатоэнтероанастомозом (ПЭА). При этом послеоперационная летальность среди всех оперированных групп составила 0 %.

Таблица 1 – Распределение больных по типу оперативного вмешательства

Больные с хроническим панкреатитом, подвергшиеся оперативному лечению, <i>n</i> = 117, чел. (%)		
ПСПДР	ДСРГПЖ	МРПЖ с ПЭА
66 (39,75)	19 (18,67)	32 (41,56)

Для выполнения поставленных задач были применены 11 методов исследования, суммарная характеристика которых представлена в таблице 2.

Таблица 2 – Перечень использованных методов и количество выполненных исследований

Использованные методы	Количество обследований
1. Оценка индекса массы тела (ИМТ)	117
2. Биохимические исследования сыворотки крови	234
3. Определение активности амилазы – в сыворотке крови – в моче	312 200
4. Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС)	234
5. Ультразвуковое исследование (УЗИ) ПЖ, желчевыводящих путей (ЖВП), желчного пузыря	234
6. Компьютерная томография	30
7. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ)	80
8. Дуоденография (-скопия)	52
9. Интраоперационная вирсунгоскопия	55
10. Фистулография	107
Всего	1655

Результаты исследования

Результаты комплексного исследования пациентов демонстрируют следующие клинические примеры.

Пример 1: больной Е., 42-х лет, история болезни № 487, поступил с жалобами на: общую слабость, ноющие боли постоянного характера в области эпигастрия, больше справа, без связи с приемом пищи, рвоту, вздутие живота, снижение массы тела на 12 кг за 4 месяца. Считает себя больным в течение 6 лет, резкое ухудшение отмечает в течение последних 3-х месяцев перед поступлением. Злоупотребляет алкоголем.

Результаты УЗИ: размеры поджелудочной железы увеличены, головка 48×60 мм, тело 35, контуры бугристые, эхогенность повышена, паренхима неоднородная с множеством гиперэхогенных включений с акустической тенью, в головке – полостное образование 40×30 мм с

толстыми стенками, содержимое неоднородное с гиперэхогенным осадком. Главный панкреатический проток в теле и хвосте расширен до 15 мм, в просвете – гиперэхогенные образования до 0,6 см в диаметре. Луковица двенадцатиперстной кишки (ДПК) расширена, содержит большое количество жидкости. Диаметр общего желчного протока 6 мм. Уровень СА 19-9 67 Е/мл.

Под УЗ-контролем выполнены биопсия стенки и дренирование полостного образования головки. При гистологическом исследовании биоптата стенка кистозного образования представлена рубцовой и созревающей грануляционной тканью с выраженной макрофагальной с примесью гранулоцитов инфильтрацией. Заключение: ложная (постнекротическая) киста (рис. 1).

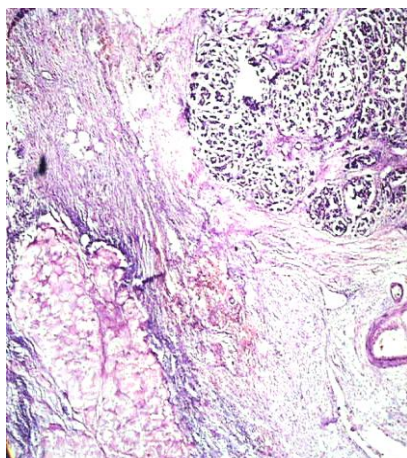


Рисунок 1. Гистогарма. Стенка хронической кисты ПЖ. Выраженное активное воспаление. Окраска гематоксилин-эозином. Увеличение $\times 40$

Пример 2: больной В., 38 лет, история болезни № 1013, поступил с жалобами на боли в эпигастрии, тошноту, изжогу, рвоту, снижение массы тела на 30 кг за 6 месяцев. Болеет около года. Был оперирован в ЦРБ по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК). Злоупотребляет алкоголем.

Результаты УЗИ: головка ПЖ значительно увеличена в размерах, 52×65 мм за счет верхнего полюса, контуры бугристые, эхогенность

повышена, паренхима неоднородная с множеством гиперэхогенных включений с акустической тенью. Желудок гигантских размеров, содержит большое количество жидкости (гастростаз). Желчный пузырь увеличен. Диаметр общего желчного протока 12 мм. Диаметр главного панкреатического протока 5 мм. Уровень СА 19-9 52 Е/мл.

Результат ФГДС: ЯБДПК, стеноз ДПК в стадии декомпенсации (полная обструкция ДПК в области луковицы и постлуковичных отделов).

Под УЗ-контролем выполнена биопсия головки ПЖ (рис. 2).

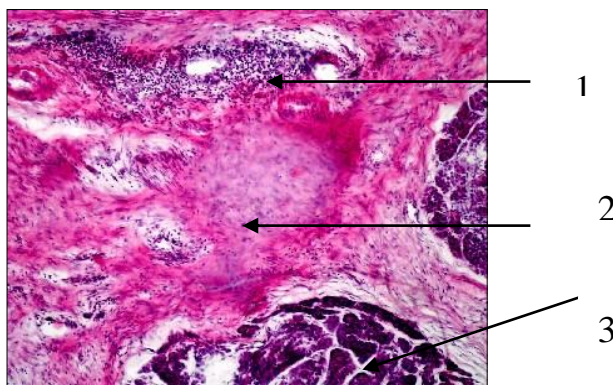


Рисунок 2. Паренхиматозный хронический панкреатит, окраска гематоксилином-эозином. Увеличение $\times 40$: микроочаг стромального некроза. 1. Воспалительно-клеточный «вал» по периферии очага некроза. 2. Очаг некроза. 3. Панкреатические дольки

Из приведенных примеров видно, что большинство пациентов до обращения в специализированную хирургическую гастроэнтерологическую клинику в течение ряда лет неоднократно проходили лечение в стационарах различного уровня с уже установленным диагнозом ХП. Позднее направление больных в специализированное хирургическое учреждение привело к прогрессированию панкреатопатии, развитию экзокреторной и инкреторной недостаточности, несвоевременному оперативному лечению ХП.

Начало заболевания с приступа острых болей отмечено более чем у половины пациентов. Первое место среди клинических проявлений ХП у больных изучаемых групп занимал болевой синдром (100 %) различной

интенсивности, что было обусловлено наличием протоковой гипертензии, вовлечением нервных окончаний в воспалительный процесс. Однако выраженность болей, по нашим наблюдениям, не связана напрямую со степенью дилатации главного панкреатического протока (ГПП) и морфологической формой заболевания (паренхиматозной, фибропластической, калькулезной). Это, по-видимому, обусловлено различной величиной давления в протоковой системе ПЖ у разных больных, постепенным снижением давления за счет атрофии паренхимы и уменьшения количества вырабатываемого панкреатического сока. Выраженность и характер болевого синдрома, по нашим наблюдениям, также во многом зависят от наличия в ПЖ кист и панкреатолитов, что подтверждает многофакторность генеза болевого синдрома при ХП [3, 4].

В патогенезе болей при ХП важное значение имеет повышение внутрипротокового давления в ПЖ как следствие нарушения оттока панкреатического сока с развитием ферментного асептического воспаления, поэтому обезболивающий эффект достигался путем торможения ее экзокринной функции. Для снижения внутрипротокового давления применялись ферментотерапия (креон 25000 ЕД за 20 минут до еды – торможение панкреатической секреции по принципу обратной связи [5], блокаторы протонной помпы (омепразол 20 мг 2 раза в день, лансопразол 30 мг 2 раза в день), для создания функционального покоя ПЖ больным назначались регуляторные пептиды – соматостатин, даларгин.

Экзосекреторная недостаточность ПЖ дооперационно наблюдалась у 25 (21,4 %) больных. Это связано с тем, что развитие экзосекреторной недостаточности, как правило, соответствует запущенным случаям ХП с атрофией паренхимы, когда болевой синдром уходит на второй план и не требуется проведения декомпрессирующей операции.

Наиболее благоприятным сроком хирургического лечения больных при осложненном ХП считаем 1,0–1,5 месяца от последнего обострения панкреатита на фоне активной противовоспалительной терапии.

Заключение

Пациенты с осложненным ХП нуждаются в комплексном предоперационном обследовании для уточнения тактики оперативного вмешательства и активной предоперационной подготовки, направленной на коррекцию внешнесекреторной недостаточности и обеспечение функционального покоя ПЖ.

Список литературы

1. *Нестеренко Ю.А., Глабай В.П., Шаповальянц С.Г.* Хронический панкреатит. – М., 2000. – 181 с.
2. *Данилов М.В., Федоров В.Д.* Хирургия поджелудочной железы. – М.: Медицина, 1995. – 511 с.
3. *Chan C., Vilatoba M., Bartolucci A., Vickers S.* Improved reduction in pain in chronic pancreatitis with combined intraoperative celiac axis plexus block and lateral pancreaticojejunostomy // *Curr. Surg.* – 2001. – Vol. 58, № 2. – P. 220–222.
4. *Branch S.M.* Motion-pancreatic endoscopy is useful for the pain of chronic pancreatitis: arguments for the motion // *Can. J. Gastroenterol.* – 2003. – Vol. 17, № 1. – P. 57–59.
5. *Коротько Г.Ф.* Секрция поджелудочной железы. – М.: «Триада-Х», 2002. – 224 с.