

ХРОНИЧЕСКИЙ КАЛЬЦИФИЦИРУЮЩИЙ ПАНКРЕАТИТ: АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Хотиняну В.Ф., Карагац З.Ф., Казаков В.С., Казак А.В., Припа В.М.

Государственный университет медицины и Фармации им. Николая Тестемицану, г.Кишинев, Республика Молдова

Кальцифицирующий панкреатит представляет собой наиболее тяжелую форму хронического панкреатита. В 95% причиной его является алкоголизм, остальные 5% составляют наследственный, тропический, обменный и идиопатический кальцифицирующий панкреатит [1].

В нашей клинике в течение 10 лет оперировано 34 больных хроническим кальцифицирующим панкреатитом. При распределении по возрасту и полу мужчины составили 100% и подавляющее большинство из них находились в трудоспособном возрасте (Табл.1).

Распределение больных по возрасту и полу

	20-40 лет		40-60 лет		Старше 60 лет	
	м	ж	м	ж	м	ж
Хронический кальцифицирующий панкреатит (n =34)	15	-	13	-	6	-

Клинические проявления ХКП разнообразны и зависели от локализации камней, их числа, величины, степени изменений паренхимы поджелудочной железы и смежных с ней органов (Табл.2). Обычно от начала заболевания до оперативного вмешательства проходило 10-15 лет. Болевой синдром имел место у 30 (88.2%) больных, нарушения питания - у 18 (52.9%), кахексия - у 6 (17.6%) больных. Из анамнеза, установлено, что клиническим проявлениям хронического кальцифицирующего панкреатита предшествовал приступ острого панкреатита в 19 (55.8%) случаях, первично-

хронический панкреатит имел место у 15 (44.1%) больных.

Диагностика ХКП и его осложнений не всегда проста. Наряду с рутинными клинико-лабораторными исследованиями при ХКП необходимо выполнять обзорную рентгенографию брюшной полости, ультразвуковую эхолокацию поджелудочной железы, гастро- и дуоденоскопию, рентгеновское контрастное исследование желудка и двенадцатиперстной кишки, включая релаксационную дуоденографию, ретроградную холангиопанкреатографию.

Таблица 2

Клинические проявления кальцифицирующего панкреатита

Проявления панкреатита	n	%
Болевой синдром	30	88.2
Нарушения питательного статуса	24	70.5
Синдром билиарной гипертензии	4	8.8
Сахарный диабет	11	32.3
Сегментарная портальная гипертензия	8	23.7
Нарушение гастродуоденальной проходимости	6	17.6
Стеаторея	27	79.4
Кисты	8	23.5

У 8 из 34 больных с ХКП на обзорной рентгенографии брюшной полости обнаружены в области ПЖ кальцинаты, расположенные диффузно, а у 26 больных - в виде бусинок по ходу Вирсунгова протока.

При рентгенокопии желудка и 12-перстной кишки обнаружена развернутость подковы 12-перстной кишки в 9 (26.4%) случаях, увеличение ретрогастрального пространства во всех случаях кист ПДЖ, со смещением желудка - в 6 (17.6%) случаях, со смещением ободочной кишки - в 3 (8.8%) случаях.

Ультрасонографическое исследование применялось во всех случаях. Киста ПДЖ была диагностирована в 8 (23.7%) случаях, хронический калькулезный панкреатит - в 34 (100%) случаях. Компьютерная томография была применена у 17 (50%) больных, практически подтверждая данные, полученные при ультрасонографии и рентгенологических методах исследования.

Ретроградная холангиопанкреатография, выполненная в дооперационном периоде, позволила определить состояние протоков поджелудочной железы, наличие их стриктур, уровня блокады и смещения, степени расширения и затеков, что играет главную роль в выборе метода операции. При этом расширенный Вирсунгов проток установлен у 32 (94.1%) больных.

Несмотря на многообразие методов исследования, получить полное представление о характере изменений поджелудочной железы до операции не всегда удавалось. Тяжесть состояния больных, наличие у них осложнений и прежде всего гнойно-септических, нередко являлись противопоказанием для применения инвазив-

ных методов диагностики. Поэтому диагноз уточняли во время операции. Наряду с визуальной и пальпаторной оценкой состояния поджелудочной железы, которая при ХКП представляла собой плотное образование, спаянное с желудком и ободочной кишкой, с выраженным парапанкреатическим фиброзом, использовали интраоперационную Вирсунгографию, а также контрастирование кист и интраоперационное УЗИ.

Алгоритм комплексного хирургического лечения больных хроническим панкреатитом состоял из: 1) предоперационной подготовки, включающей купирование болевого синдрома, стабилизации энергетического метаболизма и функции жизненно-важных органов и систем, подавления экскреторной функции ПДЖ накануне операции, назначение H₂ блокаторов, цитостатиков, соматостатина; 2) оперативного лечения, направленного на внутреннее дренирование кист ПДЖ, либо декомпрессию протоковой системы ПДЖ; 3) послеоперационного лечения, включающего поддержание функции жизненно-важных органов и систем, коррекцию энергетического метаболизма, профилактику инфекционных осложнений [2, 3].

При выборе методики оперативного лечения ХКП определяющим является состояние протоков: расширение, деформация, наличие камней, их локализация. При расширенном протоке использовали наложение продольного панкреатико-еюноанастомоза, предварительно удалив из него все камни: 5 больным выполнена панкреатоеюностомия с использованием петли омега, а в 19 случаях - изолированной по Roux петли тонкой кишки.

В 4 случаях помимо Вирсунговой гипертензии имел место и синдром билиарной гипертензии, что послужило основанием для наложения продольной панкреатое-

юностомии и холецистоюноанастомоза с использованием расщепленной изолированной петли тонкой кишки по Roux (Рис.1).

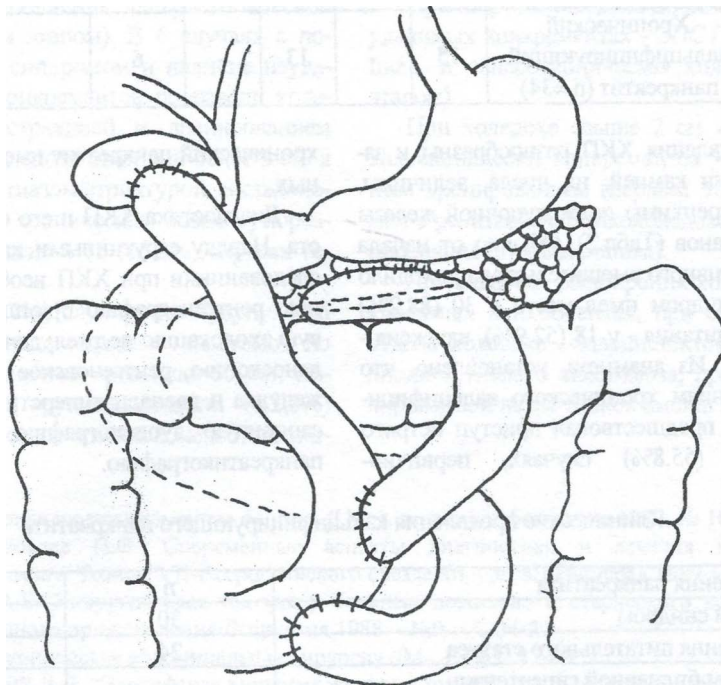


Рис.1. Наложение холецистоюно- и панкреатоеюноанастомоза на двойной петлей ROUX у больных с билиарной гипертензией

Поскольку ХКП нередко осложняется кистами возникла необходимость в 8 случаях дополнять вмешательство на ПЖ наружным или внутренним их дренированием. При наложении панкреатикоэнтероанастомоза кисту достаточно дренировать только наружу. У 4 больных разрез стенки кисты продлили на проток поджелудочной железы, после чего был сформирован цистопанкреатикоанастомоз. Такой прием создавал условия для извлечения всех камней и предотвращал рецидив кисты. В 2 случаях интраоперационно обнаружена диффузно склеротически измененная ПЖ без дилатации Вирсунгова протока, без синдрома билиарной гипертензии. В этих случаях выполнена маргитальная невротомия ПЖ. В послеоперационном периоде несостоятельность панкреатоеюноанастомоза с формированием панкреатического и тонкокишечного свищей развилось у 1 больного. Под воздействием консервативного лечения и

повторной реконструктивной операции наступило выздоровление.

В результате хирургического лечения у большинства больных (89.6%) удалось устранить или заметно уменьшить болевой синдром. Удалось также избавить больных от механической желтухи, непроходимости двенадцатиперстной кишки.

Таким образом, даже далеко неполный перечень операций показывает насколько сложна проблема хирургического лечения больных ХКП. Следует учитывать, что процесс в ПЖ необратим. Он прогрессирует независимо от предпринятого оперативного вмешательства. Операции на ПЖ направлены не на полное восстановление структуры и функции органа, а на снятие болевого синдрома и компенсацию по возможности тяжелых функциональных и органических нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Н.Н. Артемьева, И.П. Савинов и др. Хронический кальцифицирующий панкреатит: калькулез протоков и кальциноз паренхимы. //Вестник хирургии, 1991, №2, с.122-127.
2. L.Fernandez-Cruz, L.Sabater et al. Conservative pancreatic resection in patients with obstructive chronic pancreatitis. //J. Hepatogastroenterology 44 (16) 1997, 1023-1028.
3. B.M.Karlson, A.Ekbom et al. The risk of pancreatic cancer following pancreatitis: An association due to confounding? //J.Gastroenterology 113 (2) 1997, 587-592.

РЕЗЮМЕ

ХРОНІЧНИЙ КАЛЬЦИФІКУЮЧИЙ ПАНКРЕАТИТ: АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Хотиняну В.Ф., Карагац З.Ф., Казаков В.С., Казак А.В., Пріпа В.М.

За останні роки в хірургічній клініці прооперовано 34 пацієнта з кальцифікуючим хронічним панкреатитом. У більшості випадків використано метод поздовжнього панкреатикоюноанастомозу. Післяопераційні ускладнення виявлено у 1 випадку.

SUMMARY

CHRONIC CALCIFYING PANCREATITIS: ASPECTS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT

V.Hotineanu, Z.Caragat, V.Cazacov, A.Cazacu, V.Pripa

34 patients with calcifying chronic pancreatitis were operated last 10 years in Surgical Clinic. Were used mainly the method of longitudinal pancreatojejunostomy. Postoperative complications were determined in 1 case.