

## ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛАНГИОГЕННЫЙ ПАНКРЕАТИТ

К.М. Курбонов, Н.М. Даминова, Х.Ю. Шарипов, Д.А. Абдуллоев

Кафедра хирургических болезней №1

**Введение.** В последние годы во всём мире наблюдается тенденция к увеличению частоты распространения хронических панкреатитов (ХП). Одним из ведущих этиологических факторов острого панкреатита, в том числе деструктивного, безусловно признаны заболевания жёлчных путей. Однако следует отметить, что ряд авторов [8,9] подвергают сомнению развитие ХП при заболеваниях жёлчных протоков, особенно после хирургических вмешательств, когда патологический процесс в поджелудочной железе очень редко приобретает хронический характер. Подобные сомнения не находят подтверждения в клинико-экспериментальных исследованиях российских [2,4-6] и зарубежных учёных [7].

В настоящее время с внедрением в клиническую практику современных технологий, окончательно установлено, что одним из этиологических факторов развития вторичного панкреатита являются заболевания жёлчных протоков вследствие микрохоледохолитиаза, папиллостеноза, а также тубулярного стеноза интрапанкреатической части общего жёлчного протока при первичном (алкогольном) панкреатите [1,3,4].

**Цель исследования:** улучшение диагностики и хирургического лечения хронического холангиогенного панкреатита.

**Материалы и методы.** Располагаем опытом комплексной диагностики и хирургического лечения 74 больных хроническим холангиогенным панкреатитом (ХХП), находившихся на лечении в клинике за последние 15 лет. Мужчин было 28 (37,8%), женщин 46 (62,2%). Возраст пациентов - от 28 до 84 лет. Следует отметить, что из 74 больных 46 (62,2%) страдали жёлчнокаменной болезнью в течение 5 - 10 лет и от предложенных оперативных вмешательств воздерживались, 12 больных ранее перенесли холецистэктомию. У 7 пациентов с ХХП причиной заболевания являлся первичный хронический панкреатит. Для диагностики ХХП больным проводили клинико-лабораторные, биохимические исследования, а также применяли инструментальные методы, включая УЗИ, КТ, МРТ.

**Результаты и их обсуждение.** Наличие ХХП в 89% случаев сопровождалось болевым синдромом, который был обусловлен затруднением оттока панкреатического сока с повышением внутрипротокового давления вследствие заболеваний жёлчных протоков, а также наличием воспаления в железе. Во всех наблюдениях (100%) определяли синдром билиарной гипертензии, клиническим проявлением которой являлась механическая желтуха и холангит.

Результаты клинико-лабораторных данных в 62% случаев показали наличие гипербилирубинемии, гипоальбуминемии, а также снижение показателей панкреатической секреции: объём секреции  $122 \pm 8,3$  мл/г, концентрация бикарбонатов  $42,4 \pm 7,4$  ммоль/л, уровень амилазы  $90,6 \pm 12,4$  нкат/кг, липазы -  $53,4 \pm 5,13$  нкат/кг. В некоторых случаях, особенно у больных ХХП, обусловленным стриктурой интрапанкреатической части общего жёлчного протока, наблюдалось повышение уровня АлАТ и АсАТ в сыворотке крови и щелочной фосфатазы.

Ведущее место в диагностике ХХП на сегодняшний день отводится инструментальным методам. УЗИ дали возможность в 94% случаев получить определённое представление о состоянии паренхимы и протоковой системы поджелудочной железы. При этом выделяли три типа эхограмм поджелудочной железы: однородный со значительно усиленной эхогенностью ( $n=18$ ), с неоднородной структурой вследствие наличия отдельных эхосигналов повышенной интенсивности ( $n=32$ ) и неоднородностью структуры разбросанными эхосигналами повышенной и умеренной интенсивности ( $n=24$ ). Наряду с выявлением конкрементов в общем жёлчном протоке у больных с ХХП наблюдали неровности контуров поджелудочной железы, с увеличением её размеров и главного панкреатического протока как на всём протяжении ( $n=24$ ), так и фрагментарно ( $n=19$ ).

Возможности распознавания поражений поджелудочной железы при жёлчнокаменной болезни значительно расширились с внедрением компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ). Эти исследования эффективно использовали у 23 больных с ХХП.

В ряде случаев в наших наблюдениях решающее значение в диагностике ХХП отводилось эндоскопическим методам исследования и ЭРХПГ (эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография). В 27 случаях, наряду с отёком, гиперемией слизистой двенадцатиперстной кишки у пациентов диагностировали наличие папиллостеноза. У 12 пациентов на ретроградных панкреатограммах выявляли малые признаки хронического панкреатита - небольшое увеличение главного панкреатического протока, его деформация, увеличение времени сброса контрастного вещества в двенадцатиперстную кишку. Большие признаки хронического панкреатита наблюдали у 8 пациентов, и он характеризовался резкой дилатацией и кистозным расширением протока с симптомом «цепи озёр».

Хирургические вмешательства при ХХП были направлены на устранение патологических механизмов поражения поджелудочной железы путём удаления очага инфекции в жёлчном пузыре, санации инфицированных жёлчных протоков, освобождения устья главного панкреатического протока при его блокаде и предотвращения патологического билиарно-панкреатического рефлюкса (табл. 1).

**Таблица 1**

**Характер оперативных вмешательств при хроническом холангиогенном панкреатите**

Название операции	Кол-во	%	Осложнения
Холецистэктомия. Дренирование общего жёлчного протока по Холсте ду-Пиковскому	14	18,9	2
Холецистэктомия. Холедохолитотомия. Дренирование холедоха по Керу	10	13,5	2
Видеолапароскопическая холецистэктомия. Дренирование холедоха по Холстеду-Пиковскому.	8	10,8	1
Холецистэктомия. Холедохолитотомия с холедоходуоденостомией по Юрашу-Виноградову	6	8,2	-
Холецистэктомия. Холедохолитотомия с холедоходуоденостомией по методике клиники	4	5,4	-
Холецистэктомия. Трансдуоденальная литэкстрация с папиллосфинктеропластикой	4	5,4	2
Эндоскопическая литэкстрация с папиллосфинктеротомией	8	10,8	1
Эндоскопическая папиллосфинктеротомия	2	2,7	-
Трансдуоденальная папиллосфинктеропластика	2	2,7	-
Холецистэктомия. Гепатикоюностомия на изолированной петле по Ру	9	12,1	-
Холецистэктомия с гепатикоюноанастомоз по усовершенствованной методике клиники	7	9,5	3
Всего	74	100	11

При ХХП у 14 больных при наличии конкрементов в жёлчном пузыре и инструментальных признаков поражения поджелудочной железы после холецистэктомии и ревизии магистральных жёлчных протоков и поджелудочной железы, операцию завершали дренированием холедоха по Холстеду - Пиковскому, а у 10 больных, при наличии у них ещё холедохолитиаза, холедохолитотомия дополнялась наружным дренированием общего жёлчного протока по Керу. Видеолапароскопическая холецистэктомия при ХХП была выполнена у 8 больных. Для исключения патологии гепатикохоледоха и поджелудочной железы выполняли субоперационную УЗИ-холангиографию с последующим дренированием холедоха наружу через пузырный проток.

Наличие обтурирующих и стенозирующих поражений магистральных жёлчных протоков и большого дуоденального сосочка, вызывающих гипертензию в жёлчевыводящей системе и способствующих развитию вторичного панкреатита являлось показанием к оперативному вмешательству у 42 больных.

Учитывая отрицательные стороны холедоходуоденостомии при лечении пациентов с ХХП (рецидивирующий рефлюкс-холангит, «синдром слепого мешка», дуоденит, дискинезия двенадцатиперстной кишки), данную операцию выполняли по строгим показаниям, в частности, при протяжённом стенозе дистального отдела общего жёлчного протока (n=7) и множественном литиазе вне-и внутривнутрипечёночных жёлчных протоков (n=3), резком их расширении с утратой эластичности стенки гепатикохоледоха. Холедоходуоденостомию выполняли 10 пациентам, при том у 6 она формировалась по методике Юраша-Виноградова, у 4 - по методике клиники (патент РТ № 70 от 13.12.2006г.) с формированием арефлюксного клапанного холедоходуоденоанастомоза.

При наличии выраженных анатомических изменений в двенадцатиперстной кишке, нарушающих её проходимость, а также у больных с первичным хроническим панкреатитом с тубулярным стенозом панкреатической части общего жёлчного протока (n=12) выполняли гепатикоеюностомию с изолированной по Ру петлёй тощей кишки (n=9) по усовершенствованной методике (n=6) с включением двенадцатиперстной кишки. Преимуществом вышеуказанных операций являлось снижение опасности дегистивно-билиарного рефлюкса и послеоперационного восходящего холангита.

Следует подчеркнуть, что выполнение билиодегистивного анастомоза при первичном хроническом панкреатите предусматривало лишь воздействие на поражённую поджелудочную железу в расчёте на последующее восстановление свободного жёлчеоттока, и обратного развития патоморфологических изменений в железе. Однако результаты исследования показали, что из 7 больных у 6 патологический процесс в поджелудочной железе не только рецидивировал, но и прогрессировал, что потребовало повторных прямых вмешательств на поджелудочной железе.

Эндоскопические, трансдуоденальные вмешательства на большом дуоденальном сосочке выполнены у 10 больных, в 8 случаях они сопровождались литэкстракцией. Лишь в 6 случаях прибегали к трансдуоденальным вмешательствам на большом дуоденальном сосочке с литэкстракцией (n=4) лапаротомным доступом. В послеоперационном периоде у 16 больных наблюдались осложнения в виде: послеоперационного панкреатита (n=10), жёлчеистечения (n=2), подпечёночного абсцесса (n=2), несостоятельности швов анастомозов (n=2). Летальный исход имел место в 5 случаях.

Таким образом, диагностика и лечение ХХП до настоящего времени остаётся сложной и не до конца решённой проблемой и требует дальнейшего глубокого исследования.

## ВЫВОДЫ

1. Причинами развития хронического холангиогенного панкреатита в 97,3% являются желчнокаменная болезнь и её осложнения, в 2,75 % случаев - первичный хронический панкреатит с обструкцией интروпанкреатической части холедоха.

2. Высокоинформативными методами ранней диагностики хронического холангиогенного панкреатита являются МРТ и ЭРХПГ.

3. При хроническом холангиогенном панкреатите, обусловленном заболеваниями жёлчных путей, патогенетически обоснованным методом лечения являются реконструктивно-восстановительные и декомпрессионные вмешательства на жёлчных протоках, которые в значительной степени улучшают функцию поджелудочной железы.

4. При первичном хроническом панкреатите, осложненном тубулярным стенозом и расширением главного панкреатического протока, эффективным методом лечения являются прямые вмешательства на поджелудочной железе с декомпрессией жёлчных путей.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Багненко С.Ф. Диагностика и хирургическое лечение билиарного панкреатита Автореф. док. дисс. - СПб, 1988

2. Виноградов В.В., Базилевич Ф.В., Зима П.И., Денисенко В.И. Хирургическое лечение камней большого дуоденального сосочка // Хирургия -1985, -№1, -С.10-15

3. Данилов М.К., Фёдоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы -М- Медицина, 1995

4. Кузин М.И., Данилов М.В., Благовидов Д.Ф. Хронический панкреатит - М-Медицина, 1985

5. Милонов О.Б., Цацаниди К.П., Тимошин А.Д. и др. Роль эндоскопического исследования с ретроградным контрастированием желчных и панкреатических протоков у больных оперированных на желчных путях / Хирургия 1986 - №2, -С.48-56

6. Нестеренко Ю.А., Глабай В.А., Шаповальянц С.А. Хронический панкреатит, М., 2000

7. Hess W. Die chronische Pancreatitis - Berne Stuttgart - 1969 -267

8. Sarner M., Cotton P.B Classification of pancreatitis || Gut, 1984. - Vol. 25-P. 756-759

9. Warning H. The papilla chronic pancreatitis/hepato-gastroenterol-1986-Vol 35 -P. 165-169

## ХУЛОСА

### Илтиҳоби холангиогении музмини ғадуди зери меъда

#### К.М. Қурбонов, Н.М. Даминова, Х.Ю. Шарипов, Д.А. Абдуллоев

Натиҷаҳои таҳлили маҷмӯи ва ҷарроҳии 74 бемори гирифтори илтиҳоби холангиогении (аз талхароҳа сарзада) музмини ғадуди зери меъда таҳлил карда шудааст.

Муаллифон муайян намудаанд, ки муоинаи фавқусадой, МРТ, ЭРХПГ усулҳои нисбатан муносиби таҳлили ин беморӣ мебошанд. Ба андешаи муаллифон даҳолати барқарорсозӣ (тармимию таҷдидӣ) ва декомпрессиивӣ усулҳои аз нуқтаи назари патогенетикӣ асоснокӣ илоҷи ҷарроҳӣ ба шумор мераванд.

## SUMMARY

### CHRONIC CHOLANGIOGENIC PANCREATITIS

#### K.M. Kurbonov, N.M. Daminova, H.Yu. Sharipov, D.A. Abdulloev

In the work the results of complex diagnostics and surgical treatment of 74 patients with chronic cholangiogenic pancreatitis were analyzed. The authors achieved that the most informative methods of diagnostics are USI, MRT and ERPCG. Pathogenetically grounded methods of surgical treatment under the disease are reconstructive and decompressive operations on biliary ducts.