



Современный Подход К Вопросу Лечения Хронического Панкреатита

1. Агзамова М. Н.

Received 2nd Sep 2022,

Accepted 3rd Oct 2022,

Online 14th Nov 2022

Аннотация: В нашей работе включены данные литературного анализа по аспектам лечения панкреатита, которые имеют важное значение у медиков особенно у хирургов, а также изучения этой проблемы остается открытым вопросом.

Ключевые слова: поджелудочная железа, аспекты, анализ, боли, осложнения.

¹ доцент кафедры общей хирургии.
Ташкентский Педиатрический
Медицинский Институт

В последние годы хронический панкреатит (ХП) стал наиболее частой патологией поджелудочной железы (ПЖ), составляя в структуре заболеваемости органов желудочно-кишечного тракта 8 - 9%, а среди общей патологии - 0,5% . Оперативное лечение ХП, основанное на современных достижениях хирургии, в настоящее время представляет большой раздел панкреатологии.

Тем не менее, предметами дискуссий остаются не только уточнение определения, но даже и главная характеристика ХП, как контуры («очерчен-ность границ») самой его нозологической формы. Эксперты-панкреатологи отметили: «хронический панкреатит - это загадочный процесс с неясным патогенезом, непредсказуемой клинической картиной и неясным лечением» . Многие исследователи считают ХП группой хронических воспалительных заболеваний ПЖ, имеющих различную этиологию и патогенез.

В литературных источниках отмечено, что выбор вида хирургического вмешательства при хроническом панкреатите строится с учётом преимущественной локализации процесса в ПЖ, изменений протоковой системы, а также имеющих осложнения. Тем не менее, многообразие этиологических факторов и клинических форм ХП, необходимость учета возрастных изменений и отягощенности сопутствующей патологией не всегда позволяют однозначно высказаться в пользу определенного вида операции. Поэтому ряд вопросов хирургической тактики при ХП остаются предметами дискуссий.

До недавнего времени многими хирургами отмечались несомненные преимущества дренирующих операций по сравнению с различными видами проксимальных резекций ПЖ. В последние годы представлены убедительные данные о том, что ХП часто осложняется возникновением карциномы ПЖ. С позиций доказательной медицины установлено, что при длительном течении ХП вероятность развития рака ПЖ увеличивается в 5 раз. Следовательно,

остающийся после дренирующих операций необратимый процесс в головке ПЖ является «почвой», основой для возникновения карциномы ПЖ. Поэтому оставление выраженной патологии, преимущественно локализуемой в головке ПЖ, при дренирующих операциях, чревато реальной опасностью малигнизации. К тому же, продолжающаяся интрапанкреатическая гипертензия в оставшейся головке ПЖ с необратимыми воспалительными изменениями нервных волокон поддерживает патологический процесс. Следовательно, при преимущественной локализации патологии в головке ПЖ дренирующие операции оказались недостаточно эффективными.

Анализ литературных источников показал, что при наиболее тяжёлых формах ХП с преимущественным поражением головки ПЖ, осложнённых дуоденальной и (или) билиарной обструкцией стала проводиться панкреатодуоденальная резекция (ПДР). ПДР устраняет панкреатическую и билиарную гипертензию, удаляет необратимый процесс в головке ПЖ, предотвращая тем самым малигнизацию. С накоплением опыта выполнения ПДР по поводу ХП, эти вмешательства в специализированных центрах стали сопровождаться низким числом осложнений и минимальной летальностью. В то же время, согласно данным специальной литературы, потребность в ПДР не удовлетворяется даже на 10% как при опухолевом поражении ПЖ, так и при ХП. Однако исследования показали, что удаление двенадцатиперстной кишки (ДПК) и привратника при ПДР в отдаленном периоде обуславливает выраженные метаболические нарушения и ухудшение качества жизни больных. В связи с этим вопрос о показаниях и противопоказаниях к ПДР при хроническом панкреатите остаётся дискуссионным.

Существует обоснованное мнение, что первично возникший патологический процесс в головке ПЖ, так называемый «головчатый» панкреатит, является основным субстратом ХП, обуславливающим дальнейшие изменения в ПЖ. Результаты ряда исследований показали, что головка ПЖ, особенно содержащая мелкие ретенционные кисты, петрификаты, очаги некроза, воспалительные изменения периневральных оболочек и сдавление нервных окончаний, является «триггером», «водителем ритма» и дальнейшим «двигателем» патологических изменений для всей ПЖ. При этом хронический воспалительный процесс в теле и хвосте ПЖ возникает вторично. Поэтому головчатый и тотальный ХП следует считать первичным ХП, имеющим единые механизмы возникновения. Следовательно, при первичном ХП, даже в случаях фиброзного поражения всей ПЖ, операцию следует производить на её головке. Полное или частичное удаление поражённой головки ПЖ является основным фактором уменьшения боли и сдерживания дальнейшего патологического процесса. На основании этих данных стали разрабатываться различные варианты резекции головки ПЖ с сохранением двенадцатиперстной кишки (ДПК) по методикам Н. Beger и С.Н. Frey. Следует отметить, что Н. Beger обозначил головку ПЖ в качестве «пейскемера» ХП и уже в 1972 году впервые представил хирургическую технику изолированной резекции головки ПЖ. Сейчас эти операции стали распространенными в зарубежных специализированных центрах. Однако в нашей стране данные оперативные вмешательства пока ещё не получили широкого применения в клинической практике.

Тем не менее, подчёркивается, что операция изолированного удаления головки ПЖ показана в более ранние сроки, с целью предотвращения, а не лечения тяжёлых осложнений ХП в виде механической желтухи и дуоденальной обструкции. Своевременная диагностика более ранних стадий ХП даёт возможность проведения дуоденосохраняющей резекции головки ПЖ (операции Beger Н.С. или Frey С.Ф., а также их модификации). В то же время, следует отметить, что ПДР, как правило, выполняется не только при преимущественной локализации фиброзного процесса в головке ПЖ с наличием в ней интрапаренхиматозных множественных мелких, а

также единичных больших полостных образований (хронический абсцесс или псевдокиста), калькулеза и кальциноза, но и в сочетании с механической желтухой и/или нарушениями проходимости двенадцатиперстной кишки (ДПК) (билиарная и/или дуоденальная обструкция). При этом у пациентов отмечается выраженный болевой синдром с проявлениями тяжёлой внешнесекреторной недостаточности. Проведение ПДР у этой группы пациентов требует тщательной предоперационной подготовки, совершенной техники выполнения и качественного послеоперационного ведения. Поэтому выбор варианта проксимальной резекции ПЖ остаётся актуальным.

Дальнейший анализ литературных данных показал, что изменения окружающей среды, технологий пищевой промышленности, стиля жизни и распространение «западного питания», являются причиной роста заболеваний поджелудочной железы. За последние 30 лет отмечена общемировая тенденция к увеличению заболеваемости острым и хроническим панкреатитом более чем в 2 раза. Являясь важной социально-экономической проблемой, хронический панкреатит составляет 0,6% случаев временной нетрудоспособности и 9% среди всех причин желудочно-кишечных заболеваний. Заболевания поджелудочной железы приводят к снижению качества жизни, изменению социального статуса большого числа больных молодого и среднего возраста.

Клиницистами отмечен тот факт, что наиболее частыми причинами панкреатитов являются злоупотребление алкоголем и патология билиарного тракта. Повреждению поджелудочной железы способствуют поражение двенадцатиперстной кишки связанные с нарушением питания, воздействие различных медикаментов и химических факторов. Патологические состояния слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки при хронических панкреатитах характеризуются местным или диффузным воспалением, повреждением слизистой оболочки. По мнению ряда отечественных и зарубежных авторов в основе воспалительных изменений поджелудочной железы могут быть нарушения иммунного ответа, в основе которых лежат аллергические реакции, а также ответ на бактериальный фактор.

Однако до настоящего времени иммунные нарушения у больных хроническими панкреатитами, остаются мало изученными, а данные об местных иммунных изменениях слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки при данной патологии и вовсе отсутствуют.

Проблема диагностики и лечения панкреонекроза (ПН) и его осложнений является наиболее сложной и противоречивой в хирургической гастроэнтерологии. За последние 20 лет заболеваемость острым панкреатитом выросла в 40 раз и составляет от 4 до 11,8 % среди больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости. В трудоспособном возрасте, находятся 70 % больных острым панкреатитом. Среди выживших у 73 % возникает стойкая утрата трудоспособности. Это лишний раз подчеркивает социальную значимость, этой тяжелой патологии.

На протяжении последних десятилетий в отечественной и зарубежной литературе прослеживаются перемены в тактике ведения больных острым панкреатитом от широкой пропаганды прямых вмешательств на поджелудочной железе до сугубо консервативного лечения. В настоящее время процесс пересмотра диагностических и лечебных программ продолжается; что обусловлено появлением новых диагностических методик, лекарственных препаратов и малоинвазивных лечебных приемов. Параллельно с улучшением результатов лечения острым панкреатитом в фазе-токсемии возросло количество больных с гнойно-некротическими осложнениями.

Авторами установлено, что вариации ПН весьма велики, но важно подчеркнуть, что от объёма некроза забрюшинной клетчатки, скорости её инфицирования зависит клиническая картина и

исход заболеваний. Точно объём некроза, можно определить только во время аутопсии. Все клинические способы оценки объёма ПН, некроза забрюшинной- клетчатки являются косвенными. У 40-70 % больных происходит инфицирование очагов некроза, что является абсолютным показанием к операции и основной причиной поздней летальности при деструктивном панкреатите.

По данным анкетирования ведущих клиник страны, только 10 % хирургических стационаров использует эндоскопически ассоциированные варианты, оперативных вмешательств, как наименее травматичные и-более эффективные, чем традиционные варианты этапных оперативных вмешательств; при гнойно-некротических осложнениях ПН. Этот сравнительно "новый" методологический подход в лечении ПН дал свои позитивные результаты в виде снижения послеоперационной летальности без дифференциации её клинических форм с 26 % до 15,4 % .

В то же время; несмотря на успехи в лечении больных ПН применением эндоскопически ассоциированных вмешательств, остаются такие нерешенные-вопросы, как определение объёма, и прогнозирование инфицирования; ретроперитонеонекроза.

Зарубежными и отечественными авторами установлено ,что также остаётся немало нерешенных проблем в лечении сформированных псевдокист (ПК) ПЖ. Современный подход к лечению ПК ПЖ отражает общую тенденцию к внедрению миниинвазивных технологий в хирургическую практику. Во многом это стало возможным благодаря применению УЗИ и компьютерной томографии (КТ), которые осуществляют высокоточную диагностику и позволяют выполнять манипуляции с минимальным риском повреждения внутренних органов. Однако широко применяемые пункционные чрескожные санлирующие и склерозирующие технологии при сформированных ПК, имеющих выраженную фиброзную стенку, не всегда эффективны. В последние годы некоторыми исследователями представлены случаи эффективности эндоскопического внутреннего дренирования ПК . Тем не менее, выбор варианта внутреннего дренирования зависит от локализации, размеров и степени зрелости ПК, а также характера связи её с главным панкреатическим протоком и состояния последнего. В частности, выполнение эндоскопических цистодигестивных анастомозов возможно при сформировавшейся стенке кисты, тесно спаянной с желудком или ДПК и обособленной от окружающих тканей. Поэтому проблема внутреннего дренирования ПК остаётся актуальной.

Таким образом, подводя итоги литературного обзора можно сказать ,что проблема панкреатита в аспекте хирургического лечения остается открытым вопросом.

Литература

1. Алибегов Р.А. Опыт операции Бегера в лечении хронического панкреатита / Алибегов Р.А., Нарезкин Д.В., Сергеев О.А., Прохоренко Т.И., Хлусов А.Н., Жвितिашвили И.Д. // Анналы хирургической гепатологии. 2008. - Том 13, №3.-С. 151;
2. Багненко С.Ф. Хронический панкреатит: Рук-во для врачей, / С.Ф. Багненко, А.А. Курыгин, Н.В. Рухляда, СПб.: Питер-Юг, 2000. 416 с;
3. Бебурешвили А.Г. Хирургическое лечение постнекротических кист головки поджелудочной железы / Бебурешвили А.Г., Бурчуладзе Н.Ш., Михайлов Д.В. и др. // Анналы хирургической гепатологии. 2008. -Том 13.-№3.-с. 152- 153;
4. Бир А., Браун Г., Кюммель Г. Оперативная хирургия: операции на животе. М. Л.: Гос. изд-во, 1929. - Т. 3. - 740 е.;

5. Бока В. А. Диагностика и хирургическое лечение хронического панкреатита (С оценкой отдалённых результатов): Автореферат дис. . кандидата мед. наук. Рига., 1981. - 15 с.
6. Буриев И.М. Классификация хронического панкреатита // Анналы хир. гепатологии. 2005. - Т. 10, № 3. - С. 67 - 79;
7. Егоров В.И. Хирургия печени и поджелудочной железы в университетских клиниках Гейдельберга (Баден-Вюртемберг) и Регенсбурга (Бавария). Отчет о командировке в Германию, IV — VII, 2006 г. // Хирургия. -2007.-№9.-С. 77-79;
8. Жерлов Г.К. К методике формирования панкреатоеюноанастомоза при панкреатодуоденальной резекции / Г.К. Жерлов, А.Н. Корнев, А.П. Кошель и др. // Вестник хирургии. 2003. - №3. - С. 31 - 35;
9. Жуков Г.С. Течение хронического осложнённого панкреатита после прямых оперативных вмешательств на поджелудочной железе: Автореферат дис. . канд. мед. наук. Краснодар, 2004. -21 е.;
10. Зегер Г. Б. Показания, техника и результаты хирургического лечения хронического панкреатита // Мат. Росс. Герм, симпозиума «Хирургия поджелудочной железы на рубеже веков». - М., 2000. - С. 162-163;
11. Иванина А.П. Морфофункциональное состояние слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки после частичного и полного удаления поджелудочной железы: Автореф. дис. . канд. мед. наук Ставрополь, 2001.-23 е.;
12. Ивашкин В.Т. Краткое руководство по гастроэнтерологии. / Под редакцией В.Т.Ивашкина, Ф.И.Комарова, С.И. Рапопорта. М.: ООО «Изд. дом» М-Вести, 2001. - 256 е.;
13. Щепилов Д.В. Тактика лечения ложных кист поджелудочной железы: Дис. . д-ра мед. наук. Москва, 2000. — 208 е.;
14. Adam U., Makowiec F., Riediger H. et al. Risk factors for complication after pancreatic head resection // Am. J. Surg. 2004. — P. 187: 2;
15. Adam U., Makowiec F., Riediger H., Hopt U.D. Distal pancreatic resection-indications techniques and complications // Zentralbl. Chir. 2001. -V. 126.-N 11.-P. 879-883;
16. Arger P.H., Mulhern C.B., Bonavita J.A. et al. An analysis of pancreatic sonography in suspected pancreatic disease //J. Clin. Ultrasound.- 1979.-Vol. 7.-P. 91-97;
17. Friess H., Berberat P.O., Wirtz M., Buchler M.W. Surgical treatment and long-term follow-up in chronic pancreatitis. // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. 2002. - Vol. 14. - P. 971 - 977;
18. Gall F.P. // International Hepatobiliary Pancreatic Association. Meeting, 10-th: Communications. Nice, 1988;
19. Forssmann K., Schirr K., Schmid M. et al. Postoperative follow-up in patients with partial Whipple duodenopancreatectomy for chronic pancreatitis //Z. Gastroenterol. 1997. - Vol. 35. - P. 1071-1079;
20. Forsmark M. The diagnosis of chronic pancreatitis// Gastrointestinal Endoscopy . 2000. - Vol. 52. - N2. - P. 293-298;

21. Kummerle F. et al. Acute pancreatitis in terdisziplina-re standortbestimmung/ L. F. Hollender, P. Lehnert, M. Wan-ke// Med. Welt.-1984.- V.35, № 8. P. 240-251.
22. Lerch M. M., Adler G. Acute pancreatitis // Ibid. 1994. - Vol.11. -P. 186-192.
23. Mahon Th., Malone D., Griffin J. et al. Failure of ultrasound to detect extrapancreatic abscesses in severe acute pancreatitis// Europ. J. Radiol. 1989. -Vol.9, N4. - P.248-249.
24. Malagelada T.R. Patophysiology of alcoholic pancreatitis// Pancreas. 1986. -V.1. - P.270-278.
25. Mallory A., Kern F., Drug induced pancreatitis // Gastroenterology. -1980.- V. 78, N8. -P. 813-820.
26. Nordesgaard A.C., Wilson S.E. Williams R.A. Early computerized tomography as a predictor of outcome in acute pancreatitis// Amer. J. Surg. 1986. -V.152. - P. 127-132.

