

СТАНДАРТЫ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Рогаль М. Л., Корочанская Н. В., Мурашко Н. В.

НИИ СП имени Н. В. Склифосовского, Москва

Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии (РЦФХГ) Росздрава, Краснодар

РЕЗЮМЕ

Представлен комплекс клинико-морфологических исследований на предоперационном этапе, позволяющий детализировать характер осложнений хронического панкреатита, изменений протоковой системы поджелудочной железы и близлежащих органов, что обеспечивает индивидуализированный подход к выбору оперативного вмешательства.

Ключевые слова: осложненный хронический панкреатит, предоперационное исследование.

SUMMARY

The complex of clinico-morphological researches at the preoperative stage is presented, allowing to detail character of complications of a chronic pancreatitis, changes of ductus of a pancreas and nearby organs that provides the individualized approach to a choice of operative intervention.

Keywords: the complicated chronic pancreatitis, preoperative research.

По литературным данным, показания к прямым оперативным вмешательствам на поджелудочной железе (ПЖ), особенно при первичном хроническом панкреатите (ХП), не отличаются конкретностью. Чаще всего операции при ХП выполняются в связи с его осложнениями [1]. Поэтому важной задачей является разработка показаний к хирургическим вмешательствам до развития осложнений, представляющих угрозу жизни больного; до вовлечения в патологический процесс соседних органов, что затрудняет операцию, ухудшает ближайшие и отдаленные результаты [2–5]. Вместе с тем стандарты предоперационного обследования этой сложной группы пациентов до настоящего времени недостаточно разработаны.

Дооперационная диагностика морфологических изменений ПЖ, панкреатической протоковой системы, окружающих органов, выраженности воспалительного процесса имеет решающее значение в определении тактики лечения, вида и объема хирургического вмешательства. Диагностический поиск направлен на целенаправленное выявление осложнений ХП, сопутствующей патологии, особой задачей, обусловленной онконастороженностью, является максимальное исключение онкопатологии дуоденопанкреатобилиарного комплекса. В данном исследовании нами проанализированы результаты

инструментальных методов исследований, имеющих определяющее значение в выборе показаний к оперативному лечению осложненного ХП и способе его хирургической коррекции.

Цель работы: оптимизировать комплексную клинико-инструментальную диагностику патоморфологических изменений дуодено-панкреатобилиарного комплекса у пациентов с осложненным хроническим панкреатитом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В РЦФХГ с 1976 по 2006 год по поводу осложненного ХП проведено 740 оперативных вмешательств, из них малоинвазивных — 574, прямых операций на ПЖ — 117. В том числе выполнено 66 пилоросохраняющих панкреатодуоденальных резекций (ПС ПДР), 19 дуоденумсохраняющих резекций поджелудочной железы (ДСРГПЖ); 32 медиальные резекции поджелудочной железы (МРПЖ) с билатеральным панкреатоэнтероанастомозом (ПЭА). При этом послеоперационная летальность среди всех оперированных групп составила 0%. Комплекс стандартного клинико-инструментального обследования в дооперационном периоде подробно обсуждается нами далее.

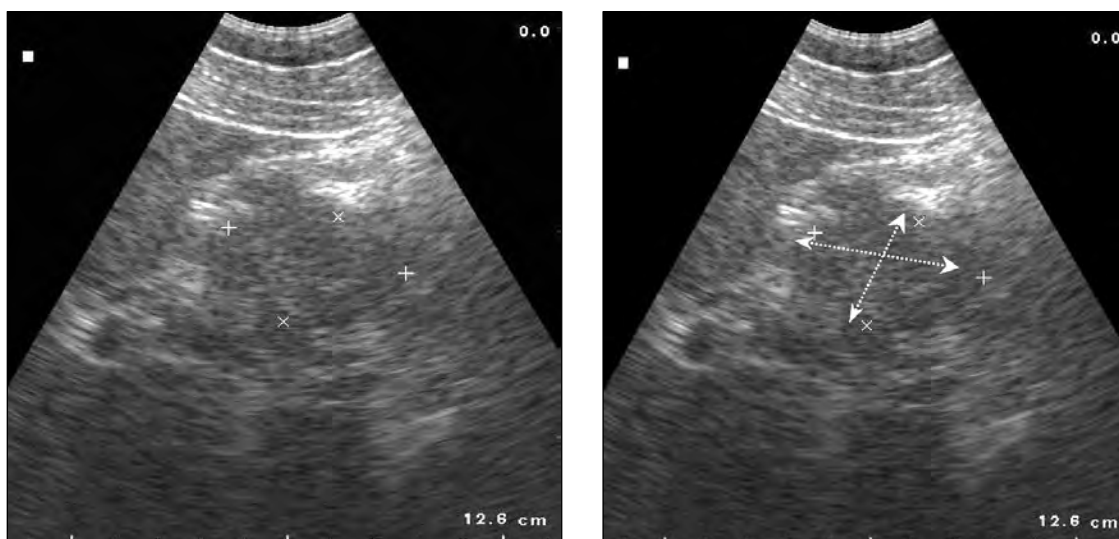


Рис. 1. Эхограмма. Диффузно фиброзированная, увеличенная головка ПЖ, К-К (58 мм) и В-Д размеры (52 мм).

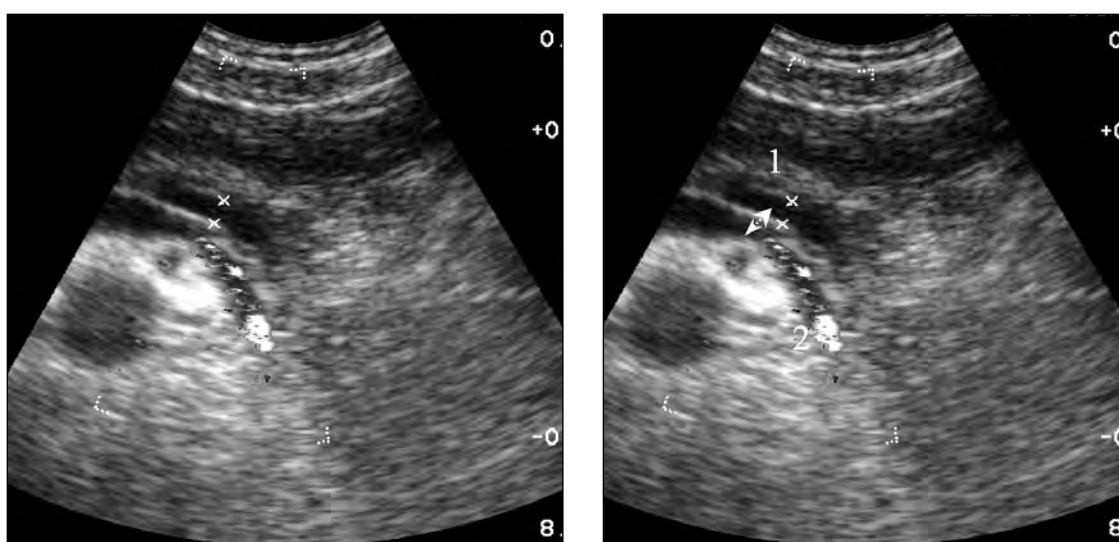


Рис. 2. Эхограмма. Дилатация ГПП на уровне перешейка 1. Расширенный ГПП. 2. Селезеночные сосуды.

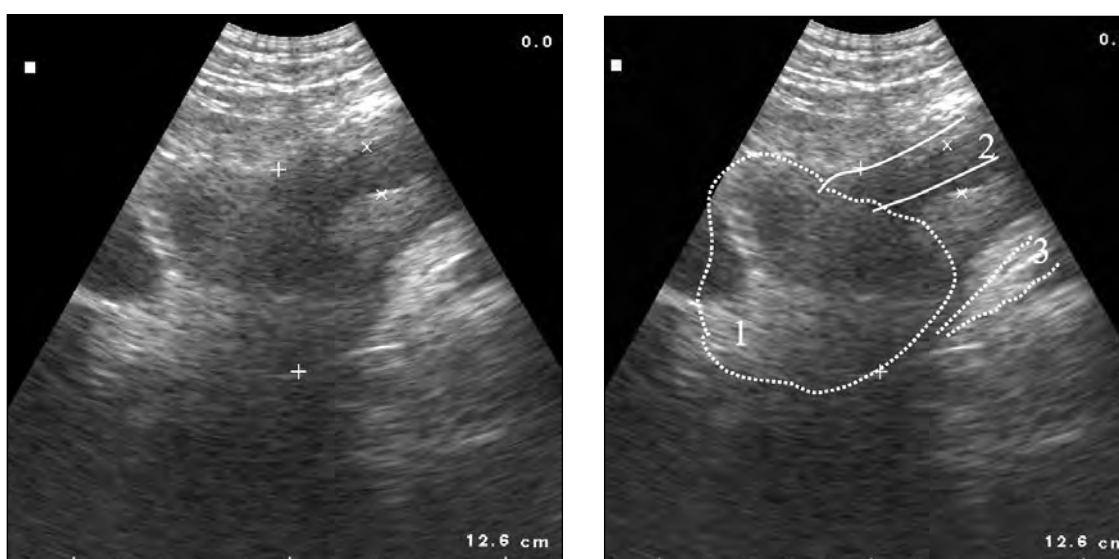


Рис. 3. Эхограмма. Фиброзированная увеличенная головка ПЖ с блоком ГПП. 1. Фиброзированная головка ПЖ (В-Д размер 49 мм). 2. Расширенный ГПП (12 мм). 3. Селезеночная вена.

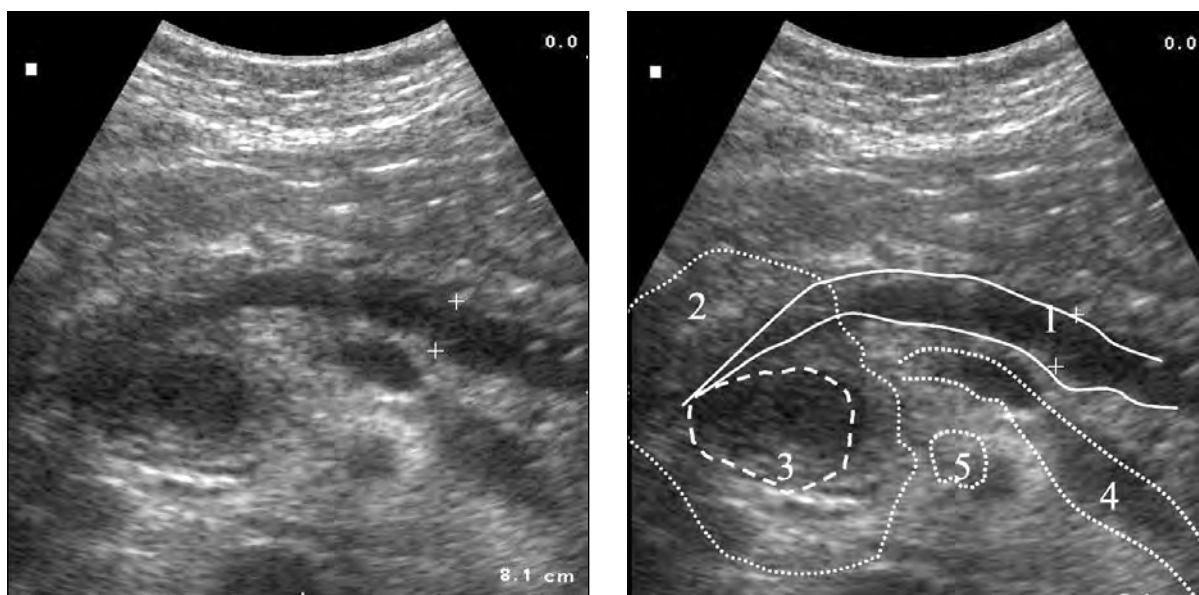


Рис. 4. Эхограмма. Увеличенная фиброзированная головка ПЖ с кистой крючковидного отростка. 1. Расширенный ГПП (8 мм). 2. Фиброзированная головка ПЖ. 3. Киста крючковидного отростка. 4. Селезеночная вена. 5. Верхняя брыжеечная артерия.

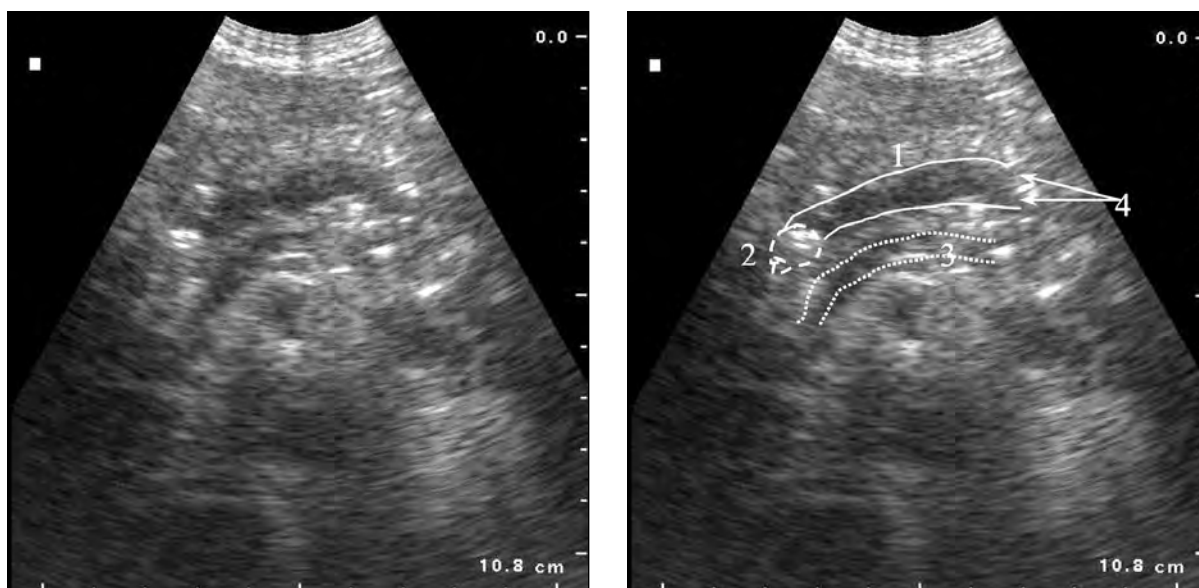


Рис. 5. Эхограмма. Проксимальный блок ГПП, обусловленный вирсунголитиазом. 1. Расширенный ГПП. 2. Группа вирсунголитов, вызывающих стеноз ГПП. 3. Селезеночная вена. 4. Панкреатолиты хвоста ПЖ.

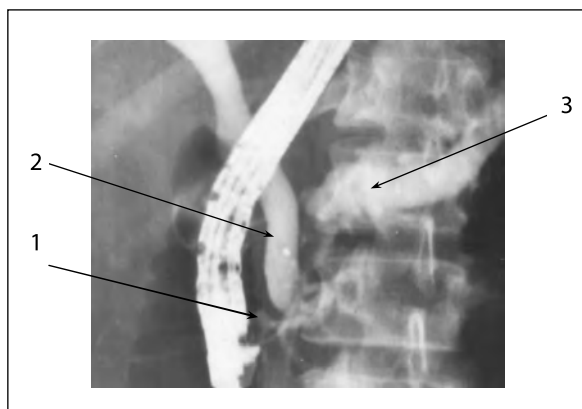


Рис. 6. Холангиопанкреатограмма. Обтурационный панкреатит- стеноз ГПП на уровне БДС. 1. Уровень стеноза – БДС. 2. Дилатированный холедох. 3. Дилатированный ГПП.

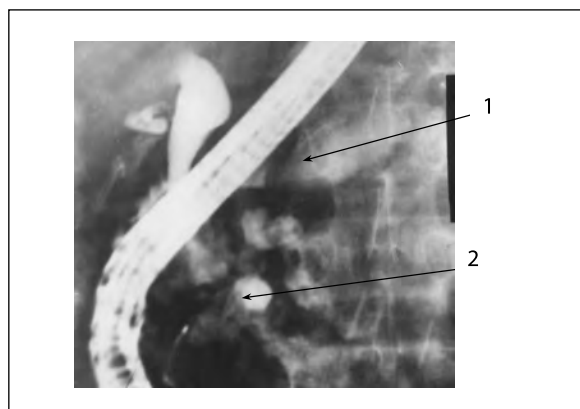


Рис. 7. Холангиопанкреатограмма. Блок ГПП на уровне головки ПЖ, обусловленный вирсунголитиазом. 1. Расширенный ГПП. 2. Крупный вирсунголит терминального отдела ГПП в сочетании со стриктурой.



Рис. 8. Компьютерная томограмма. Стеноз ГПП, обусловленный постнекротическим очагом фиброза в головке ПЖ. 1. Очаг фиброза в головке ПЖ. 2. Дилатированный ГПП.



Рис. 9. Компьютерная томограмма. Стеноз ГПП, обусловленный фиброзом головки ПЖ. 1. Фиброзно-измененная головка ПЖ. 2. Дилатированный в теле и хвосте ГПП.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно нашим данным, трансабдоминальное УЗИ органов дуодено-панкреатобилиарного комплекса позволяет в короткий срок получить информацию о топографо-анатомических взаимоотношениях ПЖ и окружающих ее органов и тканей, при наличии патологического очага оценить его протяженность и глубину, выявить не только увеличение размеров головки ПЖ, но и стеноз (обтурацию) главного панкреатического протока (ГПП) и холедоха с протоковой гипертензией (престенотическая дилатация), детализировать этиологические особенности дуктального блока.

При выполнении УЗИ прицельно определяли: размеры головки ПЖ в различных плоскостях (В — Д, К — К); характер изменений паренхимы (фиброз, панкреатолитиаз); наличие очаговых изменений в головке ПЖ и их локализацию (кисты, очаги фиброза, кальцинаты); диаметр ГПП на всем протяжении с определением уровня дуктального стеноза (блока); наличие вирсунголитиаза и локализацию конкрементов; диаметр холедоха на протяжении с определением уровня стеноза (блока). Среди при-

чин, выявленных при трансабдоминальном УЗИ и вызвавших стеноз ГПП на уровне головке ПЖ, нами были отмечены: тотальный и очаговый фиброз головки, кисты головки, вирсунго- и панкреатолитиаз, либо их сочетание (рис. 1–5).

Следующим этапом обследования выполняли ретроградную холецистопанкреатографию (РХПГ). Это исследование позволяет получить полную информацию о состоянии протоковой системы ПЖ: уровень обструкции ГПП, наличие камней в протоковой системе, наличие и локализацию кист и свищей, обосновать целесообразность и выполнить в ряде случаев эндоскопическую папилосфинктеротомию (ЭПСТ) для декомпрессии протоковой системы ПЖ и желчевыводящей системы в предоперационном периоде в целях профилактики послеоперационных осложнений. В нашем материале РХПГ были выполнены в 80 случаях. Неудачи были связаны с невозможностью провести фибродуоденоскоп из-за сдавления луковицы двенадцатиперстной кишки (ДПК) увеличенной головкой ПЖ (15 случаев), реже — невозможностью катетеризировать большой дуоденальный сосочек (БДС) из-за резко

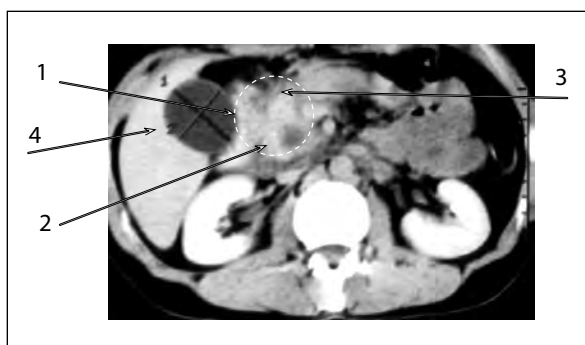


Рис. 10. Компьютерная томограмма. Стеноз ГПП, обусловленный фиброзом головки и кистой крючковидного отростка. 1. Увеличенная фиброзированная головка ПЖ. 2. Киста крючковидного отростка. 3. Дилатированный ГПП. 4. Увеличенный желчный пузырь.



Рис. 11. Компьютерная томограмма. Стеноз ГПП, обусловленный фиброзом и множественными кистами головки. 1. Увеличенная фиброзированная головка ПЖ. 2. Кисты головки. 3. Дилатированный ГПП. 4. Увеличенный желчный пузырь.

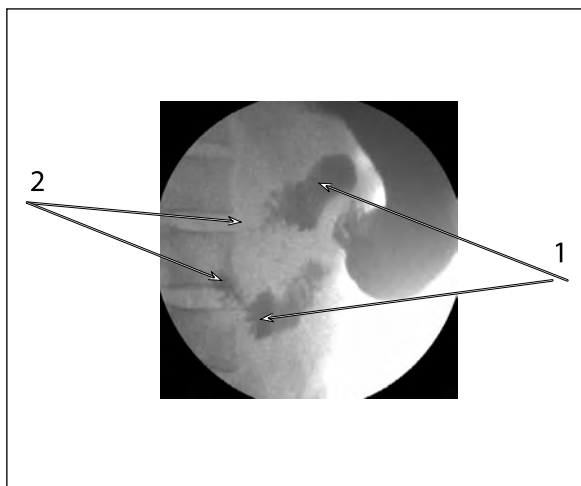


Рис. 12. Гастродуоденограмма. Сдавление ДПК увеличенной головкой ПЖ. 1. ДПК. 2. Участок сдавления – нисходящая ветвь ДПК.

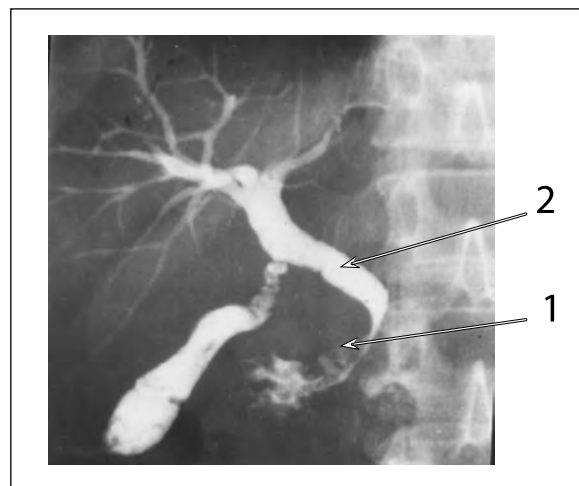


Рис. 13. Продленная стриктура интрапанкреатического отдела холедоха. 1. Стриктура холедоха. 2. Супрастенотическая дилатация

выраженного папиллита (23 случая) либо продленной стриктуры выходного отдела ГПП (5 случаев) или камня выходного отдела ГПП (18 случаев). При РХПГ нами выявлены следующие причины протоковой гипертензии: патология БДС (рис. 6), фиброз головки (продленная стриктура), вирсунголитиаз (тени камней или дефекты наполнения) (рис. 7), а также изменения по типу «цепи озер».

Следующим этапом обследования выполняли компьютерную томографию (КТ). Хотя, по нашим наблюдениям, томография и не играет ключевой роли в выявлении панкреатической протоковой гипертензии, но в то же время дает возможность детализировать изменения паренхимы ПЖ (рис. 8–11): локальное или диффузное изменение размеров, очаговые образования и их локализацию (кисты, очаги фиброза, кальцинаты), денситометрическую плотность, четкость и ровность контуров.

Завершали обследование выполнением полипозиционной гастродуоденографии (рис. 12) для выявления ХДН, обусловленной сдавлением ДПК увеличенной головкой ПЖ. При наличии у больных разгрузочных холецисто-(холангио) стом, сформированных на этапах лечения, под УЗ-контролем выполняли чресфистульные холецисто-(холангио)графии (скопии) (рис. 13).

ЛИТЕРАТУРА

1. Нестеренко, Ю. А. Хронический панкреатит/Ю. А. Нестеренко, В. П. Глабай, С. Г. Шаповальянц. — М., 2000. — 181 с.
2. Buchler, M. Prevention of postoperative complications following pancreatic surgery/M. Buchler, H. Friess//Digestion. — 1993. — Vol. 54, № 1. — P. 41–46.
3. Ho, H. S. Current approach to the surgical management of chronic pancreatitis/H. S. Ho, C. F. Frey//Gastroenterologist. — 1997. — Vol. 5, № 2. — P. 128–136.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, необходимость выполнения комплекса диагностических исследований в процессе обследования больных осложненным ХП обусловлена многообразием выявляемых морфологических изменений ПЖ. Наиболее информативным неинвазивным методом диагностики ХП является трансабдоминальное УЗИ, позволяющее определить размеры ПЖ в различных плоскостях, наличие кист ПЖ, литиаза и фиброза железы, диаметр ГПП и холедоха на протяжении. Применение ЭРХПГ в диагностике ХП возможно не у всех пациентов, что связано с техническими трудностями при стриктурах и вирсунголитах выходного отдела ГПП.

В результате проведенного комплексного инструментального обследования больных осложненным ХП получены данные, отражающие состояние ПЖ, ее протоковой системы, окружающих органов, анализ и сопоставление которых позволяют детализировать характер осложнений ХП, выявить различные варианты изменений протоковой системы ПЖ при ХП в виде стеноза (блока) ГПП различной локализации и этиологии. Детализация особенностей характера осложнений ХП позволяет определить оптимальный способ хирургической коррекции осложнений в зависимости от полученных данных.

4. Russell, C. G. Indication for surgery/C. G. Russell//Eds. H. G. Beger et al./Pancreas. — 1998. — Vol. 2. — P. 815–823.
5. Sakorafas, G. H. Surgical management of chronic pancreatitis at the Mayo Clinic/G. H. Sakorafas, M. B. Farnell, D. M. Nagorney et al.//Surg. Clin. North Am. — 2001. — Vol. 81, № 2. — P. 457–465.