

Клиническое наблюдение

DOI: 10.16931/1995-5464.2017377-81

**Клиническое наблюдение
ошибочной хирургической тактики
у больного хроническим панкреатитом***Кригер А.Г., Смирнов А.В. *, Горин Д.С., Ратникова Н.К., Икрамов Р.З.**ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” МЗ РФ; 115093, Москва,
ул. Большая Серпуховская, д. 27, Российская Федерация*

В настоящее время операции по поводу осложнений хронического панкреатита вышли за рамки специализированных отделений и их выполняют хирурги, не имеющие достаточного опыта вмешательств на поджелудочной железе. Представлено клиническое наблюдение успешного хирургического лечения пациента, которому ранее по месту жительства выполнено вмешательство, не носившее радикального характера и не обеспечившее достижения желаемого результата, а название операции в выписке из истории болезни не соответствовало характеру примененного хирургического пособия.

Ключевые слова: дуоденальная дистрофия, бороздчатый панкреатит, диагностика, хронический панкреатит, хирургическое лечение.

**Case Report of Erroneous Surgical Tactics
in Patient with Chronic Pancreatitis***Krigger A.G., Smirnov A.V. *, Gorin D.S., Ratnikova N.K., Ikramov R.Z.**A.V. Vishnevsky Institute of Surgery; 27, B. Serpukhovskaya, Moscow, 115093, Russian Federation*

Currently, surgical treatment of chronic pancreatitis and its complications is performed by surgeons without necessary experience in pancreatic surgery. It is presented case report of successful surgical treatment of the patient who previously underwent non-radical pancreatic intervention without desired result. Moreover, the name of surgery in medical history did not correspond to true nature of the intervention.

Key words: duodenal dystrophy, groove pancreatitis, diagnosis, chronic pancreatitis, surgical treatment.

Сведения об авторах [Authors info]

Кригер Андрей Германович – доктор мед. наук, профессор, заведующий отделением абдоминальной хирургии №1 ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” МЗ РФ.

Смирнов Александр Вячеславович – аспирант ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” МЗ РФ.

Горин Давид Семенович – канд. мед. наук, научный сотрудник отделения абдоминальной хирургии №1 ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” МЗ РФ.

Ратникова Наталия Константиновна – врач-патологоанатом отделения патологической анатомии ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” МЗ РФ.

Икрамов Равшан Зияевич – доктор мед. наук, главный научный сотрудник отделения абдоминальной хирургии №2 ФГБУ “Институт хирургии им. А.В. Вишневского” МЗ РФ.

Для корреспонденции *: Смирнов Александр Вячеславович – 115093, Москва, ул. Большая Серпуховская, д. 27, Российская Федерация. Тел.: +7-926-204-81-48. E-mail: alvsmirnov@mail.ru

Krigger Andrey Germanovich – Doct. of Med. Sci., Professor, Head of the Abdominal Surgery Department No.1 of A.V. Vishnevsky Institute of Surgery.

Smirnov Alexandr Vyacheslavovich – Postgraduate Student, A.V. Vishnevsky Institute of Surgery.

Gorin David Semenovich – Cand. of Med. Sci., Researcher of the Abdominal Surgery Department No.1 of A.V. Vishnevsky Institute of Surgery.

Ratnikova Nataliya Konstantinovna – Pathologist of the Pathology Department of A.V. Vishnevsky Institute of Surgery.

Ikramov Ravshan Ziyavich – Doct. of Med. Sci., Chief Researcher of the Abdominal Surgery Department No.2 of A.V. Vishnevsky Institute of Surgery.

For correspondence *: Smirnov Alexandr Vyacheslavovich – 27, Bol. Serpukhovskaya str., Moscow, 115093, Russian Federation. Phone: +7-926-204-81-48. E-mail: alvsmirnov@mail.ru

Количество пациентов, страдающих хроническим панкреатитом и его осложнениями, требующими хирургического лечения, неуклонно увеличивается [1]. В настоящее время операции по поводу осложнений хронического панкреатита вышли за рамки специализированных отделений и их начали выполнять хирурги, не имеющие необходимого опыта вмешательств на поджелудочной железе (ПЖ). В результате встречаются случаи, когда вмешательство неадекватно необходимому объему и не обеспечивает достижения желаемого результата, а название операции в истории болезни не соответствует характеру примененного хирургического пособия. Приводим описание подобного наблюдения.

Больной Н. 50 лет госпитализирован в клинику 10.10.2016 с жалобами на боль в верхней половине живота, тошноту, рвоту съеденной накануне пищей, снижение массы тела на 20 кг, из которых потеря 8 кг произошла за последние 2 мес.

Из представленной медицинской документации следовало, что в 2004 г. у пациента обнаружены признаки хронического калькулезного панкреатита в виде увеличения размеров головки ПЖ до 4 см и наличия в ней кальцинатов. Патологических изменений двенадцатиперстной кишки (ДПК) не выявлено. Выраженный стойкий болевой синдром явился показанием к хирургическому лечению. В ведомственном госпитале выполнена резекция головки ПЖ с сохранением ДПК — операция Бегера, после которой боль в животе сохранялась. В 2007 г. повторно оперирован в областной клинической больнице, где по поводу кисты головки ПЖ сформирован цистоэнтероанастомоз. После операции отметил кратковременное улучшение, затем боль в животе возникла вновь, а в 2013 г. появилась клиническая картина нарушения эвакуации пищи из желудка, подтвержденная рентгенологически. Причина эвакуаторных нарушений не установлена. После очередного ухудшения был направлен

в Институт хирургии им. А.В. Вишневского с диагнозом “обострение хронического панкреатита”.

При поступлении состояние средней тяжести. Кожный покров и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Тип телосложения долихоморфный. Индекс массы тела 18 кг/м². В легких при аускультации — везикулярное дыхание во всех отделах, хрипов нет. Частота дыхательных движений 14 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 74 в минуту. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст. На передней брюшной стенке рубец после верхней срединной лапаротомии. Живот мягкий, при пальпации незначительно болезненный в верхней половине, опухолевидные образования не определяются. При аускультации шум плеска в верхней части живота.

По данным инструментальных методов исследования: ЭКГ — ритм синусовый, признаки острого коронарного синдрома отсутствуют; при **рентгенографии грудной клетки** очагово-инфильтративных изменений не выявлено.

Рентгенография желудка с контрастированием бариевой взвесью: акт глотания не нарушен, пищевод свободно проходим. Желудок эктазирован, перистальтика его вялая, эвакуация контрастного препарата из желудка в процессе исследования не наступила. Луковица ДПК расширена до 6–7 см. Через час в желудке осталась основная часть контрастного препарата и лишь небольшое его количество поступило в тонкую кишку; через 6 ч в желудке остается некоторое количество бариевой взвеси, при этом часть контрастного препарата достигла слепой кишки.

При **компьютерной томографии с контрастированием** (рис. 1) размер головки ПЖ составляет 37 мм, диаметр вирсунгова протока 3 мм, а санториниева протока — 4 мм. Перешеек железы не визуализируется. В паренхиме тела и хвоста ПЖ множественные петрификаты, диаметр панкреатического протока 7 мм, в его просвете крупные конкременты. Нисходящая часть ДПК стенозирована. Диаметр общего желчного протока в супрадуоденальном отделе 22 мм, а на уровне ретропанкреатического — 4 мм.

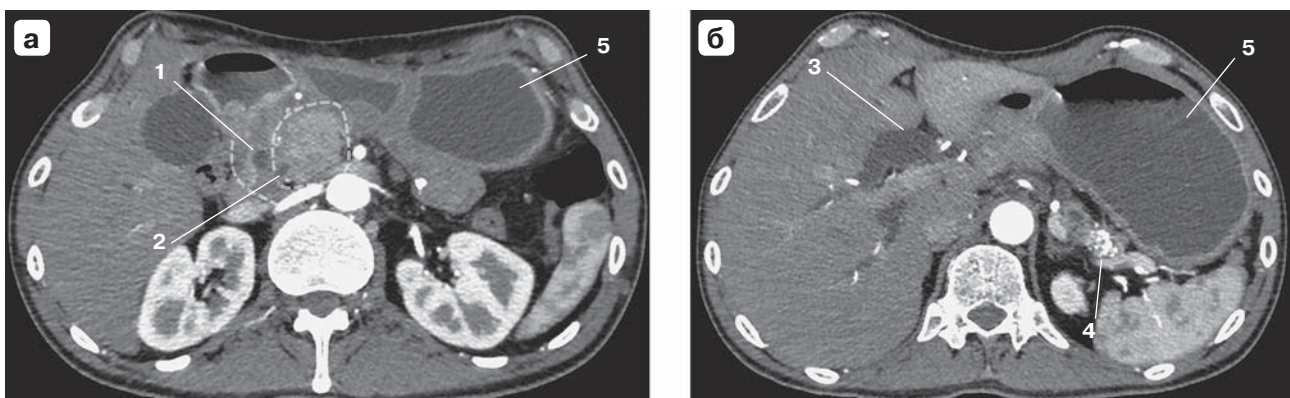


Рис. 1. Компьютерные томограммы брюшной полости, артериальная фаза: 1 — киста в стенке ДПК; 2 — общий желчный проток; 3 — общий печеночный проток; 4 — хвост ПЖ с множественными конкрементами и кальцинатами; 5 — эктазированный желудок. Замкнутой пунктирной линией обозначена головка ПЖ. Пунктиром обозначен просвет ДПК.

При **эзофагогастродуоденоскопии** выявлены эрозивный рефлюкс-эзофагит, недостаточность кардии. Желудок расширен, привратник зияет, имеются проявления диффузного гастрита. ДПК стенозирована на уровне перехода верхней части в нисходящую в результате, вероятнее всего, воспалительной инфильтрации.

Пациент страдает сахарным диабетом в течение трех лет, на протяжении последнего года получает Актрапид НМ по 6 Ед п/к 3 раза в день в 9, 13 и 18 ч, Протофан НМ 6 Ед п/к в 22 ч. Значение уровня гликированного гемоглобина составило 6,5% (компенсация процесса).

На основании анамнеза, данных клинического и инструментального обследования сформулирован диагноз: хронический калькулезный панкреатит, вирсунголитиаз, панкреатическая и билиарная гипертензия; дуоденальная дистрофия, инфильтративная форма, субкомпенсированный стеноз ДПК; резекция перешейка ПЖ (2004 г.), цистоеюностомия (2007 г.). Установлены показания к радикальному хирургическому лечению в объеме панкреатодуоденальной резекции.

12.10.2016 больной оперирован. Выполнена лапаротомия двухподреберным доступом. После разобщения множественных плоскостных аваскулярных сращений установлено: печень обычного цвета и размеров, край заострен, желчный пузырь без органических изменений. Диаметр гепатикохоледоха увеличен до 20 мм, стенка не утолщена. Желудок эктазирован, стенка его гипертрофирована, привратник расширен. Луковица ДПК расширена до 6–7 см, нисходящая часть кишки стенозирована в средней части и теряется в рубцовых и инфильтрированных тканях. После вскрытия сальниковой сумки установлено, что перешеек ПЖ резецирован, определяется место слияния верхней брыжеечной и селезеночной вен. Головка ПЖ увеличена – 50 × 70 мм, каменной плотности, без признаков перенесенной резекции, медиальный край расположен по контуру венозного мезентерико-портального ствола. Дистальная культя железы плотная, пальпируются расширенный панкреатический проток и камни. Определена культя тела ПЖ, анастомозированная “конец в бок” с участком тощей кишки, отключенным по Ру, при этом заглушенная “слепая” часть кишки имеет длину 30–40 мм. Межкишечный анастомоз по Ру сформирован на расстоянии 1 м от двенадцатиперстно-тощекишечного изгиба, а длина свободного участка кишки составила 60 см. После разделения сращений установлено, что по наружному правому контуру головки ПЖ, между нижней полой и воротной венами к железе подшита петля подвздошной кишки с межкишечным анастомозом по Брауну. Расстояние от анастомоза до илеоцекального перехода около 70 см, просвет межкишечного анастомоза пальпаторно не определяется (рис. 2).

Ход операции. Произведена холецистэктомия, выделена из сращений печеночно-двенадцатиперстная связка. Общий печеночный проток пересечен

тотчас выше устья пузырного протока, желчь прозрачная, слизистая протока бархатистая. Выделены общая печеночная и желудочно-двенадцатиперстная артерии, последняя пересечена и перевязана. Мобилизован антральный отдел желудка и частично луковица ДПК. Последняя пересечена на 3 см дистальнее привратника. Головка и крючковидный отросток ПЖ отделены от верхней брыжеечной вены. Пересечена связка крючковидного отростка. ДПК мобилизована по Кохеру, при этом разделены грубые сращения с нижней полой веной, возникшие за счет ранее сформированного цистоеюноанастомоза. Подвздошная кишка, подшитая к головке железы, отсечена по контуру предполагаемого анастомоза, однако его просвет не обнаружен; образовавшийся дефект стенки кишки ушит. Межкишечный анастомоз по Брауну не разошелся. Тощая кишка пересечена на уровне первой сосудистой аркады. Комплекс органов, включавший головку ПЖ и ДПК, удален. Вскрыт просвет расширенного до 8 мм панкреатического протока на протяжении тела и проксимальной части хвоста ПЖ, извлечены коралловидные камни; рассечена стенка избыточной культя тонкой кишки, ранее сформированный панкреатоеюноанастомоз зондом не проходим. Сформирован продольный панкреатикоеюноанастомоз длиной 5 см. Культя общего печеночного протока анастомозирована с начальным отделом тощей кишки, а культя ДПК – с тонкой кишкой ниже ранее сформированного межкишечного анастомоза. Гемостаз. Дренажирование подпеченочного пространства.

Послеоперационный период протекал без осложнений. При контрольных ультразвуковых исследованиях через 1 и 4 сут после операции свободной и осумкованной жидкости в брюшной полости не выявлено; дренажные трубки удалены на 4-е сутки после операции. Выписан под наблюдение гастроэнтеролога и эндокринолога по месту жительства на 7-е сутки.

При **морфологическом исследовании** макропрепарата установлено, что головка ПЖ увеличена – 65 × 50 × 50 мм. Диаметр общего желчного протока в супрадуоденальном отделе составляет 20 мм, в ретропанкреатическом – 2 мм. Слизистая оболочка нисходящей части ДПК до уровня большого сосочка утолщена и уплотнена, бугристая по задней поверхности. Просвет ДПК сужен до 10 мм. Ткань головки ПЖ значительно уплотнена, плотно фиксирована к стенке ДПК, на разрезе имеет рубцы и грубые прослойки белесовато-серой ткани. Граница со стенкой ДПК нечеткая. Мышечный слой стенки кишки вовлечен в рубцовые изменения. В толще подслизистого слоя имеется кистозная полость диаметром 0,3 см, с гладкой внутренней поверхностью, мутным желтоватым содержимым. Ткань крючковидного отростка ПЖ сохранена, дольчатой структуры, желтовато-розового цвета (рис. 3).

При **микроскопическом исследовании** в ткани головки ПЖ элементов опухоли не выявлено. В стенке ДПК на уровне описанного стеноза имеются резко

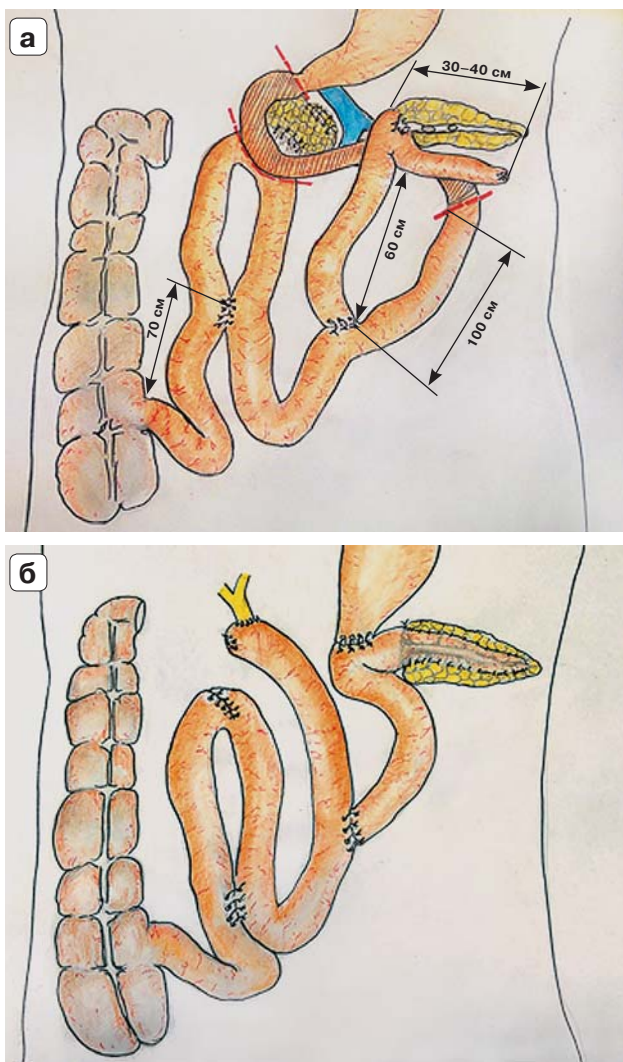


Рис. 2. Схема операции: а – исходное состояние: панкреатикојеюноанастомоз с участком тощей кишки, отключенной по Ру, и цистоеюноанастомоз с петлей тонкой кишки и межкишечным соустьем; б – состояние после панкреатодуоденальной резекции.

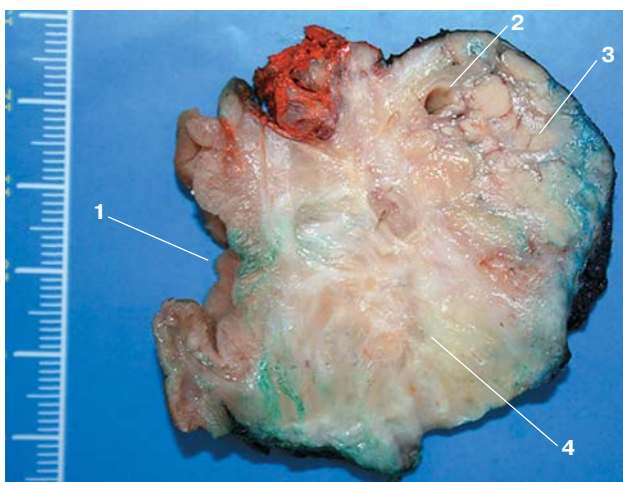


Рис. 3. Макропрепарат (панкреатодуоденальный комплекс), поперечный срез через головку ПЖ и ДПК: 1 – слизистая оболочка ДПК; 2 – общий желчный проток; 3 – головка ПЖ; 4 – рубцовая ткань в зоне “борозды”.

выраженные рубцовые изменения, с участками гиалиноза, отека, со значительной деформацией волокон мышечного слоя, фиброзом стромы прилежащих участков ткани железы, атрофией ацинусов, деформацией протоков. Толщина рубцовоизмененной стенки кишки достигает 20 мм. В строме ПЖ – слабо выраженная хроническая воспалительная инфильтрация. На границе рубцовоизмененного мышечного слоя стенки кишки и ткани ПЖ располагаются немногочисленные деформированные мелкие, кистозно измененные протоки. В просветах некоторых из них определяются микрокальцинаты. В подслизистом слое кишки выраженная гиперплазия бrunnerовых желез с утолщением подслизистого слоя, обширным распространением желез в слизистую оболочку. В толще мышечного слоя стенки кишки и в ткани ПЖ определяются небольшие единичные псевдокисты с остатками лейкоцитарного детрита в просвете, грануляционной тканью на внутренней поверхности. Фиброзные изменения распространяются в парапанкреатическую клетчатку с гипертрофией нервных стволиков. Нормальная структура ткани ПЖ сохранена преимущественно в медиальных участках препарата и в области крючковидного отростка.

Таким образом, морфологическая картина соответствует инфильтративной форме дуоденальной дистрофии (бороздчатому панкреатиту) с поражением нисходящей части ДПК.

Фиброзное перерождение зоны между дорсо-краниальной частью головки ПЖ, ДПК выше уровня ее большого сосочка и общим желчным протоком впервые было описано V. Becker и U. Mischke в 1973 г., а затем M. Stolte и соавт. в 1982 г. под наименованием “бороздчатый панкреатит” [2, 3]. В отечественной литературе при описании бороздчатого панкреатита используется собирательный термин “дуоденальная дистрофия” [4].

Наиболее вероятным механизмом развития заболевания является воспаление не полностью инволютированной ткани дорсальной головки ПЖ, внедренной в стенку ДПК на уровне малого сосочка ДПК. Причиной же воспаления служит нарушение оттока секрета ПЖ по санториниевому протоку [5].

Описанный случай демонстрирует ошибочную тактику хирургического лечения больного хроническим панкреатитом. Хронологически первая операция, выполненная больному и названная “операцией Бегера”, на самом деле соответствовала срединной резекции ПЖ. Будучи патогенетически не обоснованной, она не могла ликвидировать панкреатическую гипертензию как на уровне головки ПЖ, так и в дистальной части органа, поскольку вирсунголитиаз не был устранен. За счет сохраняющегося на фоне вирсунголитиаза нарушения оттока панкреатического секрета от дистальной части железы прои-

зошло полное рубцевание панкреатоеюноанастомоза. Кроме того, при формировании отключенного по Ру участка кишки была допущена ошибка, заключающаяся в избыточном расстоянии анастомоза от двенадцатиперстно-тощекишечного изгиба. При повторной операции, выполненной через 3 года, вмешательство носило паллиативный характер, поскольку анастомозирование постнекротической кисты головки ПЖ с тонкой кишкой не устраняло другие осложнения хронического панкреатита (панкреатическую и билиарную гипертензию и уже, по-видимому, начинающуюся дуоденальную дистрофию). Анастомоз был сформирован на “кольцевой” петле кишки по Брауну, что допустимо, но не является лучшим вариантом. Однако использование для анастомозирования подвздошной кишки являлось ошибкой. Таким образом, в двух различных стационарах при хирургическом лечении были допущены тактические ошибки, которые привели к прогрессированию заболевания, возникновению сахарного диабета. Возникший у больного стеноз ДПК привел к тяжелым нарушениям эвакуации, однако его причина не была выявлена при амбулаторном и стационарном обследовании по месту жительства.

Установленные при обследовании в Институте хирургии воспалительные изменения головки ПЖ и ДПК со стойким нарушением проходимости последней, полное рубцевание анастомоза тощей кишки с дистальной культей ПЖ могли быть устранены только путем радикального оперативного лечения — панкреатодуоденальной резекции и реконструкции дистального панкреатоеюноанастомоза. Избыточные петли тонкой кишки, сформированные для анастомозирования при предшествующих вмешательствах, удалось успешно использовать при реконструктивном этапе нашей операции.

Можно предположить, что если бы первоначальная операция была выполнена в объеме резекции головки ПЖ по Бегеру (субтотальное удаление головки ПЖ), это могло обеспечить хороший отдаленный результат и предотвратить развитие дуоденальной дистрофии со стенозом ДПК.

Соблюдение установок, изложенных в национальных клинических рекомендациях по хирур-

гическому лечению хронического панкреатита, позволит избежать грубых тактических ошибок и добиться хороших результатов лечения.

● Список литературы

1. Клинические рекомендации по хирургическому лечению больных хроническим панкреатитом. Национальные клинические рекомендации. [Электронный ресурс]: Федеральная электронная медицинская библиотека Министерства здравоохранения Российской Федерации. URL: http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001385248S/HTML/
2. Becker V., Mischke U. Groove pancreatitis. *Int. J. Pancreatol.* 1991; 10 (3-4): 173–182.
3. Stolte M., Weiss W., Volkholz H., Rosch W. A special form of segmental pancreatitis: “groove pancreatitis”. *Hepatogastroenterology.* 1982; 29 (5): 198–208.
4. Кригер А.Г., Смирнов А.В., Берелавичус С.В., Горин Д.С., Кармазановский Г.Г., Ветшева Н.Н., Нерестюк Я.И., Калинин Д.В., Глотов А.В. Диагностика и тактика лечения дуоденальной дистрофии у больных хроническим панкреатитом. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* 2016; 8: 25–32.
5. Кригер А.Г., Паклина О.В., Смирнов А.В., Берелавичус С.В., Горин Д.С., Кармазановский Г.Г., Калинин Д.В. Хирургическое лечение и морфологические аспекты дуоденальной дистрофии. *Анналы хирургической гепатологии.* 2016; 21 (3): 83–91.

● References

1. *Klinicheskie rekomendacii po khirurgicheskomu lecheniju bol'nyh khronicheskim pankreatitom. Nacional'nye klinicheskie rekomendacii* [Clinical guidelines for surgical treatment of patients with chronic pancreatitis. National Clinical recommendations]. [Electronic resource]: federal electronic medical library of the Russian Federation Ministry of Health. URL: http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001385248S/HTML/ (In Russian)
2. Becker V., Mischke U. Groove pancreatitis. *Int. J. Pancreatol.* 1991; 10 (3-4): 173–182.
3. Stolte M., Weiss W., Volkholz H., Rosch W. A special form of segmental pancreatitis: “groove pancreatitis”. *Hepatogastroenterology.* 1982; 29 (5): 198–208.
4. Kriger A.G., Smirnov A.V., Berelavichus S.V., Gorin D.S., Karmazanovsky G.G., Vetsheva N.N., Nerestyuk Ya.I., Kalinin D.V., Glotov A.V. Diagnosis and treatment of duodenal dystrophy in patients with chronic pancreatitis. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova.* 2016; 8: 25–32. (In Russian)
5. Kriger A.G., Paklina O.V., Smirnov A.V., Berelavichus S.V., Gorin D.S., Karmazanovsky G.G., Kalinin D.V. Pathogenesis and surgical treatment of duodenal dystrophy. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii.* 2016; 21 (3): 83–91. (In Russian)

Статья поступила в редакцию журнала 12.12.2016.

Received 12 January 2016.