

МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА

[К. Г. Пахомов¹](#), [А. П. Надеев²](#), [Ю. М. Шутов²](#)

¹Чикская районная больница (р.п. Чик Новосибирской области)

²ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава
России (г. Новосибирск)

В статье рассмотрены результаты лечения 100 пациентов с острым билиарным панкреатитом. Подтверждено клинически и обосновано морфометрическими исследованиями, что острый билиогенный панкреатит свойствен людям брахиморфного типа телосложения. Выявлены топографо-анатомические особенности строения желчевыводящих путей и поджелудочной железы у трупов людей различного соматотипа и во время операции у пациентов различного типа телосложения. Сделаны выводы о целесообразности проведения антропометрических исследований у больных с острым билиогенным панкреатитом.

Ключевые слова: соматотип, антропометрия, билиарный панкреатит, морфометрия, желчевыводящие пути, поджелудочная железа.

Пахомов Константин Геннадьевич — врач-хирург Чикской районной больницы, р.п. Чик Новосибирской области, e-mail: konstantin2011@ngs.ru

Надеев Александр Петрович — доктор медицинских наук, профессор кафедры патологической анатомии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383) 225-07-37, e-mail: nadeevngma@mail.ru

Шутов Юрий Миронович — доктор медицинских наук, профессор кафедр факультетской хирургии, госпитальной и детской хирургии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383) 355-39-44

Введение. Проблема лечения острого панкреатита является одной из самых злободневных в современной ургентной абдоминальной хирургии. Перед специалистами, сталкивающимися с данной патологией в повседневной практике, встает ряд тяжелых, порой трудноразрешимых задач. Исходя из доклада главного хирурга Санкт-Петербурга, летальность при остром панкреатите составляет 3 %, а при тяжелых формах — до 20 %. По мнению ряда зарубежных и отечественных авторов, общая летальность даже выше приведенных цифр — 10 %. Эти цифры наводят на мысли о том, что лечение острого панкреатита — проблема, не решенная в настоящее время [2, 3].

Панкреатит — заболевание полиэтиологичное. В зависимости от страны, региона, лечебного учреждения билиарный панкреатит — либо второй, либо первый по частоте встречаемости [7-10]. Эпидемиологическое исследование по изучению этиологии и смертности при остром панкреатите, проведенное в пяти европейских странах, показало, что наиболее частыми причинами панкреатита являются алкоголь и желчнокаменная болезнь (41 и 37 %). При атаке панкреатита летальность была одинаковой при алкогольном и билиарном генезе [4-6]. При остром рецидивирующем панкреатите летальность от алкогольных форм была значимо ниже, чем при билиарных или идиопатических (соответственно 6, 30 и 25 %). По данным Н. А. Яицкого, В. М. Седого, среди пациентов с панкреатитом, наблюдавшихся ими, преобладает билиарный генез (35,5 %, а при тяжелом панкреатите с гнойными осложнениями — 48 %), на втором месте алкогольный (21,4 %).

Нами проанализировано 100 историй болезни пациентов с диагнозом билиарный панкреатит, которые находились в отделении по оказанию неотложной хирургической помощи Городской клинической больницы № 1 г. Новосибирска. Возраст больных был от 21 года до 83 лет. Из них женщин — 75 (75 %), мужчин — 25 (25 %), прооперировано по экстренным показаниям 12 (12 %) больных. По данным УЗИ у всех выявлен квалкулез желчного пузыря. Желтуха наблюдалась у 23-х больных (23 %). Лечение проводилось комплексно и включало промывание желудка холодной водой, паранефральную блокаду, спазмолитики, инфузионную терапию с форсированным диурезом, антиферменты, антибиотики. Из оперированных умерло трое. Летальность составила 3 %. Все умершие больные были брахиморфного типа телосложения.

В настоящее время в медицинских исследованиях все чаще ставится вопрос не только о причинах развития патологического процесса, но и о факторах, способствующих их возникновению [1]. К этим факторам относятся и показатели морфофункционального показателя организма. В разносторонних исследованиях, проводимых с целью развития этого положения, особое внимание привлекает учение о соматотипе, как наиболее емком понятии, характеризующем проявление морфологической адаптации, особенно в его крайних вариациях.

Цель исследования: изучить зависимость топографо-анатомического, положения, морфофункционального состояния общего желчного протока, большого дуоденального сосочка, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной от типа телосложения человека. На основании этого выявить причины, способствующие развитию билиарного панкреатита, а, следовательно, улучшить диагностику и лечебную тактику, возможные осложнения и профилактику данной патологии.

Материал и методы. Нами подвергнуты секционному исследованию 90 трупов людей с различным типом телосложения, умерших от причин, не связанных с патологией гепатодуоденальной области. Изучена внутри- и внеорганный топография, формирования долевых протоков, их длина, диаметр, глубина расположения от висцеральной поверхности печени, начиная от сегментарных протоков и на всем протяжении гепатодуоденальной связки. Применяли методы анатомической препаровки, морфометрии, наливки протоков контрастной массой.

Клинические исследования включали антропометрию больных с острым холециститом, панкреатитом, ультразвуковое исследование гепатодуоденальной области и поджелудочной железы. При оперативном лечении изучали формирование протоков, определяли их длину, диаметр, углы слияния сегментарных, долевых, а также общего печеночного, пузырного и общего желчного протоков. Эти измерения проводили

специальным инструментарием.

Обсуждение результатов. Как показали проведенные исследования, у трупов людей брахиморфного типа телосложения общий печеночный проток в 90 % случаев формировался из 2-х протоков и только в 10 % случаев — из 3-х или 4-х. Диаметр правого печеночного протока составлял 6–7 мм, левого 4–5 мм. Длина правого печеночного протока была от 15 до 30 мм. Главный левый печеночный проток был длиннее правого, размеры его доходили до 35 мм. Длина общего печеночного протока составляла от 2 до 4 см, в среднем 3,5 см, диаметр 6 мм. Длина пузырного протока была от 1 до 4 см, в среднем 2,58 см, диаметр 3–6 мм, средний 4,45 мм. У трупов брахиморфного типа телосложения в 98 % пузырный проток впадал в общий печеночный проток под углом 80–90°. У места слияния диаметр протока был в пределах 7–8 мм. Общий печеночный проток составлял 7–8 см, располагался горизонтально и впадал в 12-перстную кишку на уровне 1-го поясничного позвонка, интрапанкреатическая и ретродуоденальная часть его составляла 2–3 см. Все это создавало предпосылки для забрасывания желчи в панкреатические протоки, вызывая острый билиогенный панкреатит.

У трупов долихоморфного типа телосложения общий печеночный проток только в 70 % формировался из 2-х протоков, а 30 % из 3-х или 4-х. Длина правого и левого печеночных протоков была практически одинакова и длиннее, чем у трупов брахиморфного типа телосложения, составляла от 5 до 6 см, диаметр был меньше — от 3 до 4 мм. Пузырный проток также был значительно длиннее и достигал от 3 до 5 см. Угол впадения пузырного протока в общий печеночный проток был острым и составлял 15–30°. Общий желчный проток имел длину 8–10 см, направление ближе к вертикальному, интрапанкреатическая и ретродуоденальная часть его была 3–4 см. При данном топографо-анатомическом положении общего желчного протока условий для возникновения острого билиогенного панкреатита значительно меньше, что и было подтверждено клиническими наблюдениями.

При воспалительных же процессах длина, диаметр, углы слияния внепеченочных желчных протоков значительно изменялись. Обнаруживались изгибы и расширения протоков. Они становятся извитыми, расширенными, а общий желчный проток принимает S-образную форму. Это создает условия для хронического воспалительного процесса в желчевыводящих путях, особенно в его интрапанкреатической части и паренхиме поджелудочной железы.

Выводы

1. Острый билиогенный панкреатит свойствен людям брахиморфного типа телосложения в связи с топографо-анатомическими особенностями желчевыводящих путей, которые находятся в прямой связи с соматотипом.
2. В диагностический алгоритм обследования необходимо включать данные антропометрии, отражающие морфофункциональное состояние желчевыводящих путей и поджелудочной железы.
3. У пациентов с брахиморфным типом телосложения при наличии острого билиарного панкреатита необходимо проводить раннюю декомпрессию желчевыводящих путей, как профилактику тяжелых осложнений.
4. При наличии желчнокаменной болезни необходимо как можно раньше проводить холецистэктомию с целью предупреждения морфологических изменений паренхимы железы.

Список литературы

1. Беков Д. Б. Индивидуальная анатомическая изменчивость органов, систем и формы тела человека /Д. Б. Беков. — К. : Здоровье, 1988.
2. Минушкин О. Н. Хронический панкреатит : некоторые аспекты патогенеза, диагностики и лечения / О. Н. Минушкин // Consilium Medicum. — 2002. — Т. 4, № 1. — С. 23-26.
3. Некоторые вопросы эпидемиологии хронического панкреатита / И. В. Маев [и др.] // Клинико-эпидемиологические и этно-экологические проблемы заболеваний органов пищеварения : материалы III Восточно-Сибирской гастроэнтерологической конф. / Под ред. проф. В. В. Цуканова. — Красноярск, 2003. — С. 9-52.
4. Ильченко А. А. Ферментативный холецистит / А. А. Ильченко // Эксперим. и клин. гастроэнтерология. — 2009. — № 7. — С. 70-73.
5. Ильченко А. А. Болезни желчного пузыря и желчных путей : рук. для врачей / А. А. Ильченко. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : ООО Изд-во «Медицинское информационное агентство», 2011. — 880 с.
6. Ильченко А. А. Диагностика билиарного сладжа в практике врача-терапевта поликлиники : справочник поликлинического врача / А. А. Ильченко. — 2009. — № 10. — С. 59-63.
7. Селезнева Э. Я. Клинические особенности течения желчнокаменной болезни, сочетающейся с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и патогенетические особенности их развития / Э. Я. Селезнева, А. А. Ильченко // Эксперим. и клин. гастроэнтерология. — 2011. — № 4. — С. 31-36.
8. Селезнева Э. Я. Желчнокаменная болезнь, сочетающаяся с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки : обзор литературы / Э. Я. Селезнева, А. А. Ильченко // Эксперим. и клин. гастроэнтерология. — 2008. — № 2. — С. 48-55.
9. Болезни печени и желчных путей : рук. для врачей / Под ред. В. Т. Ивашкина. — М. : ООО Издат. дом «М-Вести», 2002. — 416 с.
10. Значение динамической холесцинтиграфии при желчнокаменной болезни / А. А. Ильченко [и др.] // Рос. гастроэнтерологический журн. — 2000. — № 2. — С. 13-20.

MORPHOMETRIC CHARACTERISTIC OF BILIARNY PANCREATITIS

[K. G. Pakhomov](#)¹, [A. P. Nadeev](#)², [Y. M. Shutov](#)²

¹*Chik regional hospital (i.c. Chick of the Novosibirsk region)*

²*SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health» (Novosibirsk c.)*

Results of treatment of 100 patients with acute biliary pancreatitis are considered in the article. It is clinically confirmed and proved by morphometric researches that acute biliogenic pancreatitis is common at people of brachymorphic somatotype. Topographic and anatomic features of bile passages and pancreas structure at people corpses of various somatotypes are revealed and during operation at patients of various somatotypes. It was concluded on expediency of performing anthropometric researches at patients with acute biliogeny pancreatitis.

Keywords: somatotype, anthropometry, biliary pancreatitis, morphometry, bile passages, pancreas.

About authors:

Pakhomov Konstantin Gennadevich — surgeon at Chik regional hospital, i.c. Chick of the Novosibirsk region, e-mail: konstantin2011@ngs.ru

Nadeev Alexander Petrovich — doctor of medical science, professor of pathological anatomy chair at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», office phone: 8 (383) 225-07-37, e-mail: nadeevngma@mail.ru

Shutov Yury Mironovich — doctor of medical science, professor of faculty, hospital and pediatric surgery chair at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», office phone: 8 (383) 355-39-44

List of the Literature:

1. Bekov D. B. Individual anatomic variability of organs, systems and shape of a body of the person / D. B. Bekov. — K.: Health, 1988. Беков Д. Б.
2. Minushkin O. N. Cronical pancreatitis: some aspects of pathogenesis, diagnostics and treatment / O. N. Minushkin // Consilium Medicum. — 2002. — V. 4, № 1. — P. 23-26.
3. Some questions of epidemiology of chronic pancreatitis / I. V. Mayev [etc.] // Clinical epidemiological and ethno environmental problems of diseases of the digestive system: materials of the III East Siberian gastroenterological conf. / Under the editorship of the prof. V. V. Tsukanov. — Krasnoyarsk, 2003. — P. 9-52.
4. Ilchenko A. A. Enzymatic cholecystitis / A. A. Ilchenko // Exper. and clin. gastroenterology. — 2009. — № 7. — P. 70-73.
5. Ilchenko A. A. Illnesses of a gall bladder and cholic ways: guidacne for doctors / A. A. Ilchenko. — 2nd prod., rev. and ad.— M.: JSC Publishing house «Medical news agency», 2011. — 880 P.
6. Ilchenko A. A. Diagnostics of biliary sludge in practice of the therapist of out-patient department: reference book of the polyclinic doctor / A. A. Ilchenko. — 2009. — № 10. — P.

59-63.

7. Seleznyova E. Y. Clinical features of cholelithiasis which is combined with peptic ulcer of duodenum and pathogenetic features of their development / E. Y. Seleznyova, A. A. Ilchenko // *Exper. and clin. gastroenterology*. — 2011. — № 4. — P. 31-36.
8. Seleznyova E. Y. Cloelithiasis combined with peptic ulcer of duodenum: literature review / E. Y. Seleznyova, A. A. Ilchenko // *Exper. and clin. gastroenterology*. — 2008. — № 2. — P. 48-55.
9. *Illnesses of liver and cholic ways: guidance for doctors* / Under the editorship of V. T. Ivashkin. — M.: JSC Publ. house of «M-message», 2002. — 416 P.
10. Value of cholescintigraphic dynamics at cloelithiasis / A. A. Ilchenko [etc.] // *Rus. Gastroenterological journal*. — 2000. — № 2. — P. 13-20.