



В.Л. КОРОБКА, Р.Е. ГРОМЬКО, А.М. ШАПОВАЛОВ
Ростовский государственный медицинский университет
Ростовская областная клиническая больница

УДК 616.37-002

Возможности улучшения результатов хирургического лечения хронического панкреатита с преимущественным поражением головки поджелудочной железы

Коробка Вячеслав Леонидович

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургических болезней № 4,
директор Центра реконструктивно-пластической хирургии Ростовской областной клинической больницы
346720, Ростовская обл., г. Аксай, пер. Ландышевый, д. 14, тел. 8-918-558-47-91, e-mail: orph-rokb@yandex.ru

По поводу хронического панкреатита 21 больному выполнили дуоденумсохраняющую резекцию головки поджелудочной железы с профилактикой гнойно-септических осложнений брюшной полости. Результаты клинических и дополнительных инструментальных исследований подтвердили эффективность способа профилактики воспалительных, инфильтративных и распространенных гнойно-септических осложнений брюшной полости у больных, перенесших резекцию головки поджелудочной железы.

Ключевые слова: хронический панкреатит, хирургическое лечение.

V.L. KOROBKA, R.E. GROMYKO, A.M. SHAPOVALOV

Rostov State Medical University
Rostov Regional Clinical Hospital

The possibility of improving results of surgical treatment of chronic pancreatitis with a primary lesion of the pancreatic head

With regard to chronic pancreatitis 21 patients underwent duodenum preserving resection of pancreatic head with the prevention of septic complications of the abdominal cavity. Results of clinical studies and additional tools research have confirmed the effectiveness of prevention methods inflammatory, infiltrative and disseminated septic abdominal complications in patients underwent pancreatic head resection.

Keywords: chronic pancreatitis, surgical treatment.

Хирургическое лечение хронического панкреатита (ХП) и его осложненных форм по-прежнему остается одной из актуальных проблем современной хирургии ввиду высокой заболеваемости взрослого населения [1, 7, 10]. Данные литературы свидетельствуют о том, что более чем у 30% заболевших развиваются осложнения, которые требуют хирургического вмешательства [2, 6, 11]. Наличие стойкого болевого синдрома и сопровождающих его внутрипротоковой гипертензии, компрессии общего

желчного протоков, двенадцатиперстной кишки, магистральных сосудов как увеличенными кистозно-трансформированными проксимальными отделами ПЖ, панкреатическими кистами, так и воспалительным инфильтратом панкреатобилиарной зоны является основными показаниями к проведению хирургической операции у больных ХП [3, 5, 8, 13].

В настоящее время в панкреатологии при преимущественном поражении головки ПЖ предпочтения хирургов отданы

Рисунок 1.
Основные этапы способа профилактики
гнойных осложнений

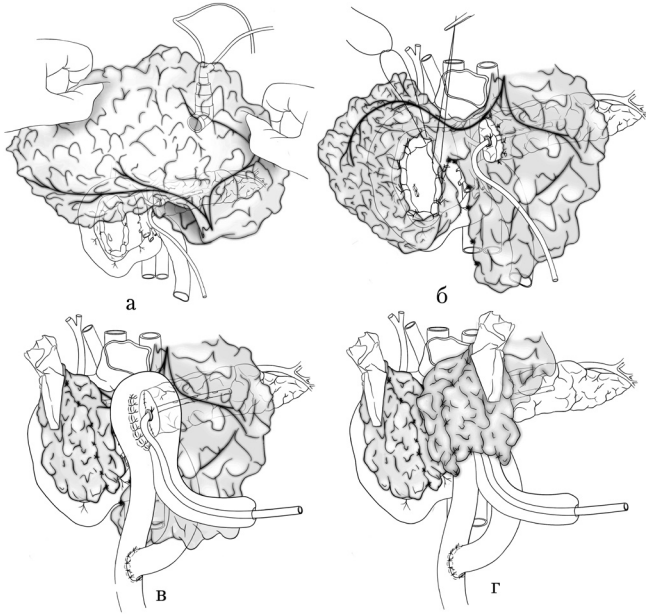


Рисунок 2.
Окончательный вид операции.
Вид «сальниковых сумок» в зоне резекции головки
ПЖ и панкреатикоэнтероанастомоза



резекциям проксимальных отделов органа с сохранением двенадцатиперстной кишки (одной из таких операций является дуоденумсохраняющая резекция головки ПЖ — операция Бегера), что продиктовано меньшим травматизмом, их физиологичностью и меньшим числом послеоперационных осложнений [4, 9, 12, 13]. Несмотря на это, у 20-30% оперированных больных все же не удается в полной мере достигнуть положительных результатов из-за развития в послеоперационном периоде осложнений, непосредственно связанных с операцией [9, 12].

Неудовлетворительные результаты обусловлены развитием в послеоперационном периоде воспалительных и гнойных осложнений брюшной полости. Нередко субстратом воспалительного процесса является как оставленная после резекции ткань головки ПЖ, так и панкреатикодигестивные анастомозы, в случае несостоятельности их швов. Негерметичность панкреатикоэнтероанастомоза может явиться причиной развития

Рисунок 3.
КТ картина зоны операции (10-е сутки после операции).
а — «сальниковая сумка» в зоне резекции головки ПЖ;
б — «сальниковая сумка»
над панкреатикоэнтероанастомозом



таких гнойных осложнений, как абсцессы, перитонит, свищи и приводить к новому инфильтративно-воспалительному процессу в зоне анастомоза. Формирование послеоперационных парапанкреатических инфильтратов, вовлекающих соседние органы, приводит к рецидиву дуоденостаза, механической желтухи, портальной гипертензии, возобновлению болевого синдрома.

Возникающие послеоперационные инфильтративно-воспалительные и гнойные осложнения, являются причинами неудач, а нередко и гибели больных в ранние сроки после операции, что снижает эффективность органосохраняющих проксимальных резекций ПЖ.

Целью работы стало повышение эффективности дуоденумсохраняющей резекции головки поджелудочной железы посредством профилактики гнойно-воспалительных осложнений брюшной полости разработанным способом.

Материалы и методы

С 2005 по 2011 г. в объеме прямых резекционных вмешательств на ПЖ по поводу хронического панкреатита оперированы 89 больных, из них 21 — выполнили дуоденумсохраняющую резекцию головки ПЖ (операцию Бегера). Для профилактики послеоперационных осложнений, связанных с развитием гнойно-септических осложнений брюшной полости у этих больных, применили разработанный нами способ (решение о выдаче патента по заявке № 2011111237 от 01.02.2012 г.). Сущностью способа профилактики гнойных осложнений при дуоденумсохраняющей резекции головки поджелудочной железы является изоляция зоны резекции головки ПЖ и панкреатикоэнтероанастомоза от свободной брюшной полости дренируемыми наружу «сальниковыми сумками», сформированными из лоскутов большого сальника (рисунок 1).

Способ осуществляли следующим образом. После мобилизации ПЖ ее пересекали в области перешейка. Острым путем со стороны панкреатического протока максимально удаляли измененную паренхиму головки ПЖ, при этом сохраняли переднюю и заднюю ветви поджелудочно-двенадцатиперстной артерии и интрапанкреатическую часть общего желчного протока. После дренирования и герметизации главного панкреа-



тического протока дистальной культы ПЖ приступали к этапу заготовки лоскутов большого сальника. Для придания мобильности сальник острым путем в бессосудистой части отделяли от ободочной кишки. С целью сохранения кровоснабжения его правой половины производили диафаноскопию, тем самым определяли положение и ход желудочно-сальниковой артерии (рисунок 1а). В бессосудистой части лоскут сальника разделяли на две половины, с лигированием мелких сосудов по линии разделения. После заготовки сальниковых лоскутов свободный край его правой половины фиксировали одиночными узловыми швами по периметру к оставшейся паренхиме резецированной головки поджелудочной железы (рисунок 1б) и основанию сальникового лоскута. Таким образом формировали дренируемую наружу «сальниковую сумку», изолирующую зону резекции головки ПЖ от свободной брюшной полости (рисунок 1в). По окончании формирования панкреатикоэнтероанастомоза осуществляли его изоляцию от брюшной полости второй «сальниковой сумкой», выполненной из левой половины сальникового лоскута (рисунок 1г).

Результаты

Из общего числа оперированных больных, перенесших дуоденумсохраняющую резекцию головки ПЖ, в 18 случаях из лоскутов большого сальника удалось сформировать две «сальниковые сумки», тем самым изолировать зону резекции головки ПЖ и панкреатикоэнтероанастомоз от свободной брюшной полости. У 3 больных использовать большой сальник для формирования двух «сальниковых сумок» не представлялось возможным, так как он был поврежден при предыдущих операциях. В этих случаях формировали одну «сальниковую сумку» для изоляции зоны резекции головки ПЖ. Осложненное течение послеоперационного периода зарегистрировано у 4 больных, погибли 2 человека. Осложнения были связаны с непосредственным проведением оперативного вмешательства. У 3 больных в ранние сроки после операции развилось кровотечение в полость «сальниковой сумки», из них у 2 кровотечения удалось остановить консервативными мероприятиями, в одном наблюдении больной погиб. Еще в одном случае причиной смерти стало аррозивное кровотечение из верхней брыжеечной артерии.

В течение всего раннего послеоперационного периода у больных оценивали количество и характер отделяемого из «сальниковых сумок». До 2-3 суток после операции отделяемое из «сумки», изолирующей зону резекции головки ПЖ было серозно-геморрагическим, его объем не превышал 200 мл. С 3-4 суток после операции отделяемое было серозно-гнойным, в объеме от 50 до 150 мл. В этот же временной период количество отделяемого по дренажам брюшной полости не превышало 50-80 мл и носило преимущественно серозный характер, что свидетельствовало о герметичности «сальниковой сумки», и отсутствии поступления раневого серозно-гнойного отделяемого в брюшную полость.

Оценивая характер и динамику отделяемого из «сальниковой сумки», изолирующей зону панкреатикоэнтероанастомоза, у большинства больных отделяемое было преимущественно серозного характера, при этом его количество варьировало от 10 до 20 мл в сутки и к 15-20-м суткам после операции его поступление прекращалось полностью. Однако у 2 больных с 5-х суток после операции отметили значительный прирост отделяемого, от 100 до 150 мл, при этом его характер был преимущественно серозно-гнойным. Данное обстоятельство расценивалось нами как несостоятельность панкреатикоэнтероанастомоза. Следует отметить, что количество и характер отделяемого по дренажам брюшной полости, установленным как к анастомозу, так и в отлогие места брюшной полости не

изменились — оно оставалось серозно-геморрагическим, перитониальная симптоматика отсутствовала.

Динамические инструментальные исследования в ранние сроки после операции не выявили свободной жидкости в брюшной полости, органы, прилежащие к зоне резекции головки ПЖ и панкреатикоэнтероанастомозу оставались интактными, инфилтративные изменения в зоне операции отсутствовали (рисунок 3).

Перед выпиской из стационара всем больным выполняли контрольное УЗ-исследование или компьютерную томографию органов брюшной полости.

Дренажи брюшной полости у больных удаляли с 15-х по 20-е сутки. При незначительном количестве отделяемого из «сальниковых сумок» резиновые выпускники удаляли на 12-е сутки, при обильном поступлении отделяемого дренажи удаляли с 25-х по 30-е сутки послеоперационного периода. Панкреатикостомический дренаж удаляли с 35-х по 45-е сутки после проведения контрольной фистулографии и УЗ-исследования органов брюшной полости.

При контрольном осмотре в позднем послеоперационном периоде (в среднем через 3-4 месяца после операции) состояние оперированных больных было удовлетворительное, болевой синдром у них полностью удалось купировать, отмечалась прибавка в весе, диспепсических и эндокринных нарушений мы не регистрировали. Следует отметить, что данные КТ зоны вмешательства выявили полную организацию «сальниковой сумки» при отсутствии каких-либо полостей в области изоляции зоны резекции головки ПЖ, при этом органы, прилежащие к зоне операции оставались интактными.

Выводы

Разработанный способ изоляции оставшихся тканей культы головки ПЖ и панкреатикоэнтероанастомоза от брюшной полости дренируемыми наружу «сальниковыми сумками» позволяет снизить вероятность распространения гнойного воспаления из зоны резекции головки и зоны анастомоза на соседние ткани и органы. Использование разработанной методики при дуоденумсохраняющей резекции головки ПЖ надежно профилактирует рецидив компрессионных осложнений хронического панкреатита, способствует сокращению сроков выздоровления больных, уменьшает число послеоперационных осложнений и летальности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буторова Л.И., Васильев А.П., Козлов И.М. и др. Хронический панкреатит как медико-социальная проблема // Русский медицинский журнал. — 2008. — Т. 16, № 7.
2. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. — М.: Медицина, 1995. — 510 с.
3. Кубышкин В.А., Козлов И.А., Яшина Н.И. и др. Обоснование выбора способа хирургического лечения хронического панкреатита // Бюллетень сибирской медицины. — 2007. — № 3. — С. 43-49.
4. Кубышкин В.А., Козлов И.А., Вишневецкий В.А. и др. Выбор способа хирургического лечения хронического панкреатита с преимущественным поражением головки поджелудочной железы. Материалы XV Международного конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии» 17-19 сент., г. Казань. — Анналы хир. гепатол. — 2008. — Т. 13, № 3. — С. 172.
5. Оноприев В.И. Хронический панкреатит. Аспекты хирургического лечения и медикаментозной реабилитации. — Краснодар. — 2007. — 212 с.

Полный список литературы на сайтах
www.mfv.ru, www.pmarchive.ru