

УДК 616.37-008

ЛЕЧЕБНАЯ И ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОСЛОЖНЕННОМ ПАНКРЕАТИТЕ

© 2006 г. А.А. Шепелев, С.В. Новиков, А.Н. Катрич, В.В. Щербин, А.В. Макаренко, М.Л. Рогаль,
В.И. Оноприев

Цель работы – повышение качества диагностики и улучшение результатов хирургического лечения при хроническом осложненном панкреатите.

Материалы и методы. С 2003 по 2005 г. в клинике РЦФХГ обследовано и оперировано 144 больных хроническим осложненным панкреатитом, а также разработан особый тактический подход к диагностике и лечению данной сложной патологии у этой категории больных.

Всем больным при поступлении в стационар обязательно выполнялось трансабдоминальное ультразвуковое исследование (ТАУЗИ) органов брюшной полости для уточнения диагноза, уровня стеноза и причины блока главного панкреатического протока (панкреато- и вирсунголитиаз, кисты, фиброз и склероз ткани поджелудочной железы). ТАУЗИ во всех случаях дополняла ультразвуковая доплерография (УЗДГ) магистральных сосудов портальной системы. При этом измеряли диаметр, площадь поперечного сечения вен, среднюю и объемную скорость кровотока по воротной, селезеночной и верхней брыжеечной венам, определяли функционирующие коллатерали. При наличии портального блока ТАУЗИ и УЗДГ позволяют диагностировать его причины (сдавление сосудов за счет фиброзных изменений ткани поджелудочной железы (ПЖ), компрессия сосудов кистами, перифлебит и тромбоз вен портальной системы).

С 2004 г. в дополнение к ТАУЗИ осуществляется эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) ПЖ, позволяющая уточнить причину и протяженность блока в сложных диагностических случаях.

На следующем этапе больным производится ретроградная панкреатография для получения дополнительной информации о протяженности блока, наличии «разгерметизации» протоковой системы ПЖ. По показаниям выполнялась эндоскопическая папиллотомия (ЭПТ), вирсунготомия, механическая вирсунголитоксэкстракция. Таким образом, применяемые нами эндоскопические технологии можно рассматривать как лечебно-диагностические (диапевтические).

При выявлении кист ПЖ производим чрезкожные пункции и дренирование данных жидкостных образований под ультразвуковым контролем. Данные малоинвазивные вмешательства во всех случаях являются лечебно-диагностическими, так как позволяют установить наличие сообщения ГПП с полостью кисты (при фистулографии) и одновременно служат эффективным методом декомпрессии при наличии блока и гипертензии в протоковой системе ПЖ. Формирование наружного искусственного свища рассматривается как один из этапов подготовки к последующим радикальным вмешательствам на ПЖ (9,7 % больных). В случае постнекротической кисты (кисты), не связанной с протоком ПЖ, и при отсутствии протоковой и сегментарной портальной гипертензии чрезкожное дренирование под контролем УЗИ может яв-

ляться окончательным лечебным вмешательством (22,9 % больных).

При наличии показаний (выявление при ТАУЗИ очаговых изменений паренхимы ПЖ, повышение СА 19,9 %) с дифференциально-диагностической целью выполняем пункционную биопсию измененной ткани поджелудочной железы под контролем УЗИ (13,8 % больных).

Одним из необходимых диагностических этапов считаем выполнение лапароскопического ультразвукового исследования, которое позволяет провести дифференциальную диагностику ХП с новообразованиями ПЖ, определить причину и протяженность блока ГПП, диагностировать признаки сегментарного портального блока. Данную методику считаем особенно показанной в случае сдавления ДПК измененной головкой ПЖ, когда выполнение РПГ и ЭУС технически затруднено.

Операцию по поводу ХП начинаем с интраоперационного ультразвукового исследования (ИОУЗИ) брюшной полости, позволяющего окончательно решить вопрос об объеме и способе оперативного вмешательства. Хирургический этап включает пересечение ПЖ по перешейку (медиальную резекцию ПЖ), ликвидацию портального блока путем выделения магистральных вен из рубцовых тканей, вирсунголитоксэкстракцию. Операцию заканчиваем формированием концевителевого панкреатоэнтероанастомоза (14,7 %). При выраженных воспалительных изменениях выполнялось наружное дренирование культи головки и/или хвоста (тела) ПЖ как способ подготовки к последующей реконструктивной операции (20,6 %). При продленных стенозах ГПП на уровне головки ПЖ формировали билатеральный концевителевый анастомоз по оригинальной методике (61,7 %).

Результаты. Применение в комплексе диагностических мероприятий ТАУЗИ, ЭУС, ИОУЗИ и УЗДГ позволяет произвести топическую диагностику, выявить причины протоковой гипертензии, наличие портального блока. Признаки портальной гипертензии (увеличение диаметра и площади поперечного сечения, изменение скоростных и объемных показателей кровотока, наличие венозных коллатералей) обнаружены у 21 % больных. Причиной сегментарной портальной гипертензии у 2,4 % больных явился тромбоз мезентерикопортального ствола, селезеночной вены.

В результате декомпрессии и ангиолизиса после операции уменьшается диаметр ГПП, отмечается ремиссия хронического панкреатита (ХП) и повышение качества жизни, происходит нормализация показателей кровотока и диаметра портальных сосудов, уменьшение венозных коллатералей.

Заключение. Разработанная этапная диагностическая технология позволяет улучшить результаты хирургического лечения ХП. При УЗДГ сосудов портальной системы у больных ХП признаки сегментарной

портальной гипертензии наблюдаются достаточно часто, что требует особого подхода при их лечении. Разработанная органосохраняющая хирургическая технология позволяет радикально купировать протоковую

гипертензию и подпеченочный портальный блок при ХП, является малотравматичной и улучшает качество жизни пациентов.