

панкреатитом (ХП) с наличием нарушения проходимости главного панкреатического протока (ГПП).

Материалы и методы: Анализированы истории болезни 102 пациентов, оперированных по поводу ХП. У 100 (98%) пациентов имелись осложнения ХП, среди которых: псевдокисты - у 89, стойкие незакрывающиеся свищи поджелудочной железы (ПЖ) - у 4, нарушение дуоденальной проходимости - у 7, левосторонний плеврит - у 4, панкреатогенный асцит - у 8, цистоартериальная фистула - у 1, поддиафрагмальный абсцесс - у 3 пациентов. Количественно осложнений ХП зафиксировано значительно больше, так как у ряда пациентов диагностировано несколько осложнений одновременно. Среди пациентов с кистами ПЖ локализация в головке была у 12 пациентов, в теле - у 20, хвосте - у 41, множественные кисты наблюдались у 16 пациентов.

Все пациенты обследованы в объеме ультразвукового исследования. 24 пациентам (23,5%) выполнена эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ). ЭРПХГ выполнялась в цифровой записи с помощью ангиографического комплекса «ADVANTX LCV DX HiLine» /Jeneral Electric/ (США) для последующей детальной расшифровки. Осложнений после ЭРПХГ, потребовавших выполнения неотложных операций было 4: в 1 случае - прорыв кисты в поддиафрагмальное пространство и в 3 - абсцедирование кисты. Главной целью ЭРПХГ было подтверждение связи кисты или свищевого хода с протоковой системой ПЖ. 78 пациентам (76,5%) выполнена спиральная компьютерная или магнитно-резонансная томография. Безусловными признаками ХП считались дилатация, калькулёз ГПП или кальциноз паренхимы ПЖ, наличие кистозных полостей. В результате данных диагностики у 46 (45%) пациентов имело место нарушение проходимости ГПП. Все пациенты имели различную выраженность клинических проявлений и степень поражения протоковой системы и паренхимы ПЖ.

В порядке нарастания степени инвазивности все виды прямых вмешательств на ПЖ при ХП мы расположили следующим образом:

А. Дренирующие операции при ХП (97):

- Миниинвазивные дренирующие операции (44), в том числе чрезкожное пункционное дренирование под УЗИ (38) и лапароскопическое (6);
- Наружное дренирование кист и марсупиализация (23);
- Внутреннее дренирование кист в различных вариантах (7);
- Продольная панкреатоеюностомия в различных вариантах (22);
- Билатеральная панкреатоеюностомия (1).

Б. Изолированные резекционные методы при ХП (5).

Миниинвазивные вмешательства мы использовали при наличии жидкостных образований в ПЖ (псевдокисты или рецидивы ХП). При острых явлениях в ПЖ данные методы чаще служили в качестве первого, «разгрузочного» этапа хирургического лечения. Наружное дренирование кист мы применяли в основном при их нагноении. Внутреннее дренирование кист выполнено нами в варианте цистоеюностомии и цистодуоденостомии в группе пациентов, у которых прямое вмешательство на ГПП превышало риск самой операции.

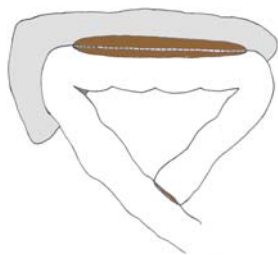
Пропп А.Р., Полуэктов В.Л., Стефановский В.Г.,
Норка А.Е.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА С НАРУШЕНИЕМ ПРОХОДИМОСТИ ГЛАВНОГО ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА

*Омская государственная медицинская академия,
Областная клиническая больница, г. Омск*

Цель исследования: Анализировать результаты хирургического лечения пациентов с хроническим

Прямые вмешательства на ПЖ по поводу ХП выполнялись в двух вариантах: органосохраняющем (панкреатоеюностомия) и резекционном. Продольная панкреатоеюностомия выполнена в модификации Pustow-I (2), Pustow-II (18), операция Frey (в 2 случаях при наличии очагового субстрата в головке ПЖ, явившемся причиной обструкции и непроходимости ГПП.). Практически всем пациентам выполнялась широкая панкреатоеюностомия (не менее 10 см). В 3 случаях последняя выполнена на ограниченном участке ГПП (от 6 до 7 см): у 2 пациентов при полном наружном панкреатическом свище, исходящем из области «тела-хвоста» ПЖ, у 1 – в случае сочетанного наружно-внутреннего дренирования абсцесса головки ПЖ и протоковой системы области «тела-хвоста» в варианте анастомоза с кишкой. С 2004 года продольную панкреатоеюностомию мы выполняем по оригинальной методике (патент № 2260388), которая заключается в мобилизации петли тонкой кишки по Ру таким образом, что последняя при выполнении панкреатоеюностомии берётся с избытком в 8-9 см для дальнейшего наложения энтероэнтероанастомоза «конец в бок» на эту же «отключенную» петлю для образования циркулярно замкнутого круга петли тонкой кишки, подведённой к ПЖ (рис. 1). При данном способе панкреатоеюностомии не образуется «слепых карманов» из-за избытка тонкой кишки в хвостовой части панкреатоеюностомы со скоплением панкреатического и кишечного отделяемого и, наоборот, нет натяжения и давления на панкреатоеюностому перитонизированной культи «отключенной» петли тонкой кишки при выполнении её совсем без избытка кишки. По данной методике оперирова-



но 13 пациентов с хорошими результатами.

Билатеральная панкреатоеюностомия была выполнена пациенту после цистэктомии в области тела ПЖ с устранением цистоартериальной фистулы при дефекте ГПП до 6 см. Левосторонние резекции выполнены 5 пациентам: 4 - дистальная, 1 - субтотальная резекция ПЖ у пациентки с 5 операциями в анамнезе по поводу острого, а затем осложнений ХП, с несколькими кистами ПЖ, почти полной стриктурой ГПП в 2-х местах и тотальным склерозом ПЖ.

Полученные результаты: Среди 102 пациентов с ХП, перенёвшим прямые вмешательства на ПЖ, послеоперационной летальности не было (0%). В отдалённом послеоперационном периоде (2-3 года) среди 44 пациентов, оперированных мининвазивными методами, 4 оперированы повторно. Среди 22 пациентов после перенесенной продольной панкреатоеюностомии: 1 - с почти тотальным склерозом и фиброзом ПЖ продолжал злоупотреблять алкоголем, оперирован повторно уже в объёме резекции ПЖ и умер от

желудочного кровотечения; 2 - через 2 года оперированы по поводу механической желтухи в объёме билиодигестивного анастомоза, причиной которой явился индуративный процесс в головке ПЖ, 1 - наблюдается с нарушением дуоденальной проходимости и на повторную операцию не соглашается; остальные пациенты чувствуют себя относительно удовлетворительно, среди них 3 пациента с наличием панкреатогенного асцита до операции вернулись к труду. Качество жизни пациентов после левосторонней резекции ПЖ значительно ниже, чем после органосохраняющих операций. 2 из них оперированы повторно по поводу рецидива панкреатита с гнойными осложнениями, все 5 оформлены на инвалидность.

Выводы: Несвоевременная коррекция имеющихся осложнений ХП часто приводит пациентов к запущенным формам заболевания. Главной задачей предоперационной топической диагностики при ХП с нарушением проходимости ГПП необходимо считать поиск локализации обструкции, характера поражения ГПП (протяженность, степень), оценка наличия и выраженности внеорганных осложнений заболевания. Оптимальным хирургическим вмешательством при ХП с наличием нарушения проходимости ГПП, обеспечивающим разгрузку протоковой системы ПЖ с сохранением её функциональной способности и достаточно хорошее качество жизни больного, необходимо считать широкую продольную панкреатоеюностомию. Дистальную резекцию ПЖ необходимо признать вынужденной мерой, когда другой альтернативы не существует, а имеющиеся необратимые изменения в хвостовой части ПЖ с грубыми нарушениями проходимости ГПП, стойким болевым синдромом и частыми осложнениями не позволяют выполнить операцию в органосохраняющем варианте.