

МЕДИАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПРЯМОЙ ВИРСУНГОЛИТОТОМИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ПАНКРЕАТИТА

© 2006 г. В.И. Оноприев, М.Л. Розаль, А.В. Макаренко, А.А. Недушкин

Хронический калькулезный панкреатит (ХКП) с блоком главного панкреатического протока (ГПП) в головке поджелудочной железы (ПЖ), вызванным вирсунголитиазом с протоковой гипертензией, зачастую сопровождается выраженным болевым синдромом, а также внешне- и внутрисекреторной недостаточностью [1, 2]. Данной группе больных проводят прямые дренирующие операции, направленные на снижение давления в протоках ПЖ и купирование болевого синдрома [1, 2]. При дренирующих операциях декомпрессия достигается наложением различных вариантов панкреатоэнтероанастомоза (ПЭА) (продольный бок-в-бок – операция Ruestow, билатеральный с кишечной вставкой [3, 4]). В то же время при продольной панкреатоэнтеростомии не ликвидируется портальный блок, а за счет активации ферментов непосредственно в протоках ПЖ кишечным содержимым прогрессирует аутолиз паренхимы с развитием панкреатической недостаточности, наступает изъязвление и рубцевание анастомоза. Количество осложнений после прямых вмешательств достигает 30–40 % [4]. В связи с этим актуальна разработка органосохраняющей хирургической технологии купирования протоковой гипертензии и портального блока при ХКП с использованием надежного физиологичного ПЭА.

Для хирургического лечения данной группы больных в РЦФХГ применяется медиальная резекция ПЖ (МРПЖ) с прямой вирсунголитотомией и формированием билатерального концевопетлевого ПЭА. В период с 2000 по 2005 г. в РЦФХГ выполнено 11 МРПЖ с прямой вирсунголитотомией по поводу ХП, осложненного вирсунголитиазом и протоковой гипертензией. На этапе обследования (УЗИ, ЭРПХГ, КТ) выявлялся вирсунголитиаз и обструкция ГПП в головке ПЖ с дистальным расширением до 5–12 мм.

Этапами хирургической технологии являются пересечение ПЖ на уровне перешейка, вскрытие ГПП головки ПЖ с последующей литоэкстракцией, восстановление целостности ГПП головки наложением первичного шва и формирование билатерального концевопетлевого ПЭА. После поперечного пересечения перешейка ПЖ и освобождения из фиброзно измененных и инфильтрированных тканей воротной и селезеночных вен купируется портальный блок. Далее производится тщательная инструментальная ревизия ГПП головки ПЖ, поэтапное продольное его сечение до вирсунголита. Затем выполняется визуально контролируемая вирсунголитэкстракция. Данная методика наименее травматична для протоковой системы ПЖ и наиболее радикальна, чем удаление вирсунголитов «вслепую». На восстановительном этапе операции

прецизионно накладывается первичный шов на переднюю стенку ГПП без захвата слизистой оболочки, через всю толщу паренхимы, далее формируется билатеральный концевопетлевой ПЭА на отключенной, по Ру или Брауну, петле тощей кишки. При этом прецизионно сопоставляются слизистые ГПП и тощей кишки. Образующиеся части ГПП головки и хвоста ПЖ обязательно дренируются наружу силиконовыми трубками соответствующего диаметра с частыми боковыми отверстиями через подвешную энтеростому. Это обеспечивает отведение панкреатического сока в раннем послеоперационном периоде, а также выполняет каркасную функцию в протоке головки ПЖ. Больным с прогнозируемой биллиарной гипертензией превентивно накладывается временная холецистостома.

Не отмечено ни одного осложнения, связанного с ПЭА и первичным швом протока ПЖ. Летальных исходов и гнойно-септических осложнений также не было. В отдаленном послеоперационном периоде все больные находились под динамическим наблюдением, при этом ни у одного из них не наблюдалось ухудшения остаточной функции ПЖ, болевой синдром купировался у 90 %. В результате проведенного лечения у всех пациентов отмечено резкое уменьшение ГПП в диаметре, которое было непосредственно во время операции и сохранялось на протяжении всего периода наблюдения. Это, а также стабильность в течение заболевания и ликвидация болевого синдрома косвенно показывают, что ПЭА концевопетлевой конструкции не склонны к рубцеванию.

Таким образом, хирургическая технология МРПЖ с прямой вирсунголитотомией позволяет без значительной травмы паренхимы вскрыть и адекватно санировать ГПП, радикально устранить портальный блок, сокращает количество ранних послеоперационных осложнений, создает возможности для жизнедеятельности ПЖ в физиологических условиях с сохранением остаточной функции при ХП.

Литература

1. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. М., 1995.
2. Шалимов А.А. и др. Хронический панкреатит. Современные концепции патогенеза, диагностики и лечения. К., 2000.
3. Marvin J. Treatment of pancreatic duct obstruction by «Split» pancreaticojejunostomy // The american surgeon. 1967. Vol. 33. № 1.
4. Izbicki J.R. et al. treatment of chronic pancreatitis and quality of life after operation // Surg. Clin. North Am. 1999. Vol. 79. № 4. P. 913–944.