

ги деструкции и гнойники как в самой поджелудочной железе (ПЖ), так и окружающей клетчатке. Заболевание может иметь постоянное, прогрессирующее рецидивирующее течение. При этом возникает вопрос о хирургическом лечении такого панкреатита. Что же делать в таких случаях? При обострении панкреатита усугубляются его многочисленные осложнения. Несмотря на протоковую панкреатическую гипертензию, панкреатикоеюноанастомоз в таких условиях формировать нельзя из-за большой вероятности развития его несостоятельности. В этой связи представляется целесообразным выполнять вмешательства на панкреатическом протоке двухмоментно. Такая тактика применяется нами с 1991 года.

В течение 15 лет при ХП наружное дренирование главного панкреатического протока (ГПП) выполнено у 74 больных (12 женщин (16,2%) и 62 мужчины (83,8%) в возрасте 6-55 лет). У 6 больных (8,1%) в анамнезе была травма ПЖ, в 61 случае (82,4%) ХП имел алкогольную природу, только у 2 пациентов (2,7%) были выявлены камни в желчном пузыре, еще в 5 случаях (6,8%) причина этого заболевания осталась не выяснена. По поводу острого панкреатита ранее были оперированы 23 больных (27,4%), у 9 (12,2%) - вмешательства предпринимались по поводу осложнений ХП. Все больные оперированы в плановом порядке. Очаги деструкции ПЖ и окружающей клетчатки выявлены в 19 случаях (25,7%), нагноение псевдокист ПЖ - в 17 (23,0%), кровотечения в просвет кист - в 4 (5,4%), хронический гнойный панкреатит (гной в протоке ПЖ) - в 15 (20,3%), абсцессы ПЖ - в 10 (13,5%). У 19 больных (25,7%) имелся выпот в брюшной полости, в том числе у 5 (26,3%) - асцит-перитонит. У 5 больных (6,8%) имелись наружные и еще у четырех (5,4%) - внутренние панкреатические свищи. Практически у всех пациентов имелись признаки портальной гипертензии, у 27 (36,5%) - желчная гипертензия, а у 12 (16,2%) - нарушение гастродуоденальной проходимости.

По данным УЗИ у большинства больных выявлен кальцифицирующий ХП с протоковой гипертензией (диаметр ППЖ достигал 12 мм). Во время оперативного вмешательства наряду с опорожнением и дренированием всех гнойных очагов выполняли поперечную панкреатикотомию (старались рассекать только переднюю стенку панкреатического протока). При этом из ГПП удаляли камни и устраняли стриктуры, после чего осуществляли его наружное дренирование. Способы такого дренирования были различны: дренирование Т-образным дренажом - 12 (16,2%), двумя дренажами (в каудальном и проксимальном направлении) - 56 (75,7%), сквозное дренирование - 6 (8,1%). У 34 (45,9%) больных одновременно выполнены вмешательства на билиарной системе. Для реинфузии желчи и поджелудочного сока формировали микрогастростому, а дистальный конец трубки проводили в нисходящую часть двенадцатиперстной кишки. Послеоперационный период у каждого десятого больного протекал тяжело, но летальных исходов не было.

После наружного дренирования главного панкреатического протока у всех больных предполагалось вторым этапом сформировать панкреатикодигестивный анастомоз. Однако в 23 случаях (31,1%) повторного вмешательства не потребовалось. После

Коханенко Н.Ю., Артемьева Н.Н.
**НАРУЖНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ГЛАВНОГО
ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА
ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ**
*Кафедра факультетской хирургии СПбГПМА
г. Санкт-Петербург*

Хронический панкреатит (ХП) с протоковой панкреатической гипертензией может протекать с частыми обострениями, при которых появляются оча-

купирования воспалительных явлений в области головки ПЖ у них восстановилась проходимость ГПП (в этой группе больных во всех случаях расщеплялась только передняя стенка панкреатического протока), что подтверждалось и клинически и при фистулографии. Остальным 51 пациенту через 3-4 месяца была выполнена повторная операция. Только у одного больного пришлось выполнить резекцию хвостового отдела ПЖ, у остальных был сформирован панкреатико-юноанастомоз. Несмотря на серьезные осложнения ХП и тяжелое течение послеоперационного периода после наружного дренирования ГПП, течение послеоперационного периода после повторной операции было благоприятным. После второго этапа операции умер один пациент от диссеминированного туберкулеза легких и недренированного абсцесса головки ПЖ. Послеоперационная летальность составила 1,4%.