

© Коллектив авторов, 2010
УДК 616.37-002.2-06-07-089

К.Г.Кубачев, А.Е.Борисов, В.М.Комарницкий, С.П.Яхонов, В.В.Хромов,
Д.С.Сагитова

ОСЛОЖНЕННЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ. ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Кафедра хирургии им. Н.Д. Монастырского (зав. — проф. А.Е.Борисов) Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, Александровская больница (главврач — В.П.Козлов), Санкт-Петербург

Ключевые слова: хронический панкреатит, диагностика, хирургическое лечение.

Введение. Рост числа больных с острым панкреатитом за последние годы, снижение общей летальности при этой патологии повлекли за собой увеличение количества пациентов с хроническим панкреатитом (ХП). После перенесенного острого деструктивного панкреатита у 50–60% больных наблюдается хронизация процесса с развитием различных осложнений, таких как вирсунголитиаз, стриктура различных отделов и нарушение непрерывности протока поджелудочной железы (ППЖ), ложные кисты и панкреатические свищи. В большинстве случаев эти осложнения способствуют стойкой внутрипротоковой гипертензии поджелудочной железы (ПЖ), являющийся основной причиной упорного болевого синдрома и инвалидизации пациентов [1, 3, 4, 6].

Высокая частота развития осложненных форм ХП приводит к инвалидизации пациентов и росту смертности в данной группе. Учитывая, что подавляющее число пациентов являются людьми молодого возраста, эта проблема продолжает оставаться довольно актуальной [2].

Материалы и методы. За 2001–2008 гг. под нашим наблюдением находились 434 больных с ХП. Мужчин было 336, женщин — 98. Пациенты до 60 лет составили 98,2%. Причиной развития ХП у 336 больных явилось злоупотребление алкоголем, у 80 — патология билиарной системы, у 14 — парафатеральный дивертикул и у 4 — выяснить причину не удалось. 430 (99,1%) больных в сроки от 1 года до 7 лет назад перенесли острый деструктивный панкреатит. Различные оперативные вмешательства по поводу желчнокаменной болезни в анамнезе имелись у 80 больных. Холецистэктомия традиционным доступом была выполнена у 31 больного (у 11 из них — холедохолитотомия и у 2 — папиллосфинктеропластика), лапароскопическим — у 44 и мини-доступом — у 5.

Диагностика ХП требует комплексной оценки различных функций ПЖ, причин развития болевого синдрома, изучение характера кистозных образований ПЖ и наличие у них связи с протоковой системой. Ведущая роль в диагностике ХП отводится УЗИ, эндоУЗИ, ретроградной холангиопанкреатографии (РХПГ), магнитно-резонансной томографии (МРТ),

МРТ-холангиографии и спиральной компьютерной томографии (СКТ). Чувствительность этих методик исследования составляет 85–100%. Всего у 434 больных были выполнены 2879 инструментальных исследований, которые позволили оценить как характер патологии железы, так и степень компенсации различных органов и систем, а также выявить различные сопутствующие заболевания.

Результаты и обсуждение. Основной задачей инструментальных исследований ПЖ является выявление патологических включений в паренхиме железы, оценка структуры паренхимы и размеров, состояния ППЖ и желчных протоков. Признаками протоковой гипертензии считали расширение главного панкреатического протока более 3 мм. Одним из ценных методов диагностики патологии печени и поджелудочной железы является РХПГ. Несмотря на наличие риска развития тяжелых осложнений, возможность выполнения различных лечебных манипуляций выгодно отличает это исследование от других инструментальных методик. Данное исследование было выполнено 218 пациентам. Холедохолитиаз был выявлен у 9, стриктура дистального отдела общего желчного протока (ОЖП) — у 41, расширение внепеченочных желчных протоков — у 61, синдром Мирици — у 1, аденома большого дуоденального сосочка — у 2, расширение ППЖ более 3 мм — у 63, вирсунголитиаз — у 21, деформация, обрыв ППЖ — у 23, сообщение ППЖ с кистой — у 38, сброс контраста в плевральные полости — у 3 больных. Вирсунгограмма в ходе исследования получена у 86 пациентов.

УЗИ брюшной полости выполнено 434 пациентам. При этом наиболее часто наблюдали гетерогенное повышение эхоплотности железы. При вирсунголитиазе, кальцифицирующем панкреатите, определяются зоны с повышенной эхогенностью, дающие «акустическую тень». Особое внимание уделяли визуализации главного панкреатического протока и оценке его диаметра, контуров, просвета стенок и наличия в нем конкрементов. При выявлении кистозных образований панкреатобилиарной зоны оценивали их

локализацию, форму и контуры, наличие и выраженность капсулы, размеры, объем и характер содержимого. У 42 больных с целью уточнения состояния структуры ПЖ, ее протоковой системы, а также для дифференциальной диагностики панкреатита и опухоли ПЖ выполнялась эндоскопическая ультрасонография. Чувствительность метода практически не уступает МРТ или СКТ. Различная патология была выявлена у всех пациентов.

С целью дифференциальной диагностики интрапанкреатических кистозных образований, индуративного панкреатита и опухолевого поражения железы 162 больным выполнена СКТ с внутривенным болюсным усилением. Цель исследования — оценка морфологических изменений ткани железы, локализации кистозных образований, определения характера их содержимого, архитектоники протоковой системы железы и желчных протоков, а также исключение ее опухоли. Проведение исследования в костном режиме позволяет повысить эффективность диагностики калькулеза желчных и панкреатических протоков.

У 65 пациентов с целью верификации изменений, выявленных при ультрасонографии, а также при наличии кистозных образований внепанкреатической локализации, признаках билиарной гипертензии, дилатации и деформации главного панкреатического протока, подозрения на наличие конкрементов в желчевыводящих и(или) панкреатических протоках выполняли МРТ, в том числе у 21 — с использованием режима холангиопанкреатографии. Методика является высокочувствительной при диагностике патологии желчных и панкреатических протоков. В отличие от РХПГ методика малоинвазивна, не требует введения контрастных веществ и не уступает ей по информативности. При этом расширение ОЖП более 8 мм выявлено у 9, камни ОЖП — у 11, деформация дистального отдела ОЖП — у 7, расширение ППЖ более 3 мм — у 19, деформация ППЖ — у 21 и вирусного литиаза — у 14 больных. Чувствительность метода составила 100%.

Показания к оперативному лечению определяли исходя из классификации ХП М. Buchler и Р. Malferstheiner [4]. В соответствии с этой классификацией больные распределились следующим образом.

Необходимость хирургического лечения больных, отнесенных к группам А, С1, С2, остается дискуссионной. Хотя существует мнение, что наличие упорного болевого синдрома (при отсутствии вышеперечисленных хирургических осложнений) при хроническом панкреатите должно служить показанием к оперативному вмешательству независимо от типа панкреатита, эффективность этих операций остается невысокой, и прогнозировать результаты этих чрезвычайно тяжелых вмешательств весьма

Распределение больных в соответствии с классификацией (n=434)

Тип хронического панкреатита	Число больных
Тип А	241
Тип В	174
Тип С:	19
в том числе С1	2
С2	5
С3	12

Примечание. А — болевой синдром, повторные приступы или острый панкреатит в анамнезе, нет осложнений панкреатита, стеатореи и диабета; В — болевой синдром, есть осложнения панкреатита, но нет нарушения функции ПЖ (стеатореи и диабета); С — болевой синдром, есть осложнения ХП или без них, но при наличии нарушений функции ПЖ (стеаторея, диабет); С1 — стеаторея или диабет; С2 — стеаторея и диабет; С3 — стеаторея или диабет и осложнения ХП. Осложнения ХП: калькулёз, кальциноз, желтуха, дуоденостаз, расширение ППЖ, кисты, свищи, спленомегалия, регионарная портальная гипертензия, асцит.

сложно. Это обусловлено тем, что до сих пор нет единого мнения о причинах упорного болевого синдрома. Исходя из этого, мы сдержанно относимся к выполнению хирургических вмешательств у этой группы больных. В отличие от этого, при наличии различных осложнений ХП эффективность вмешательств достаточно высока. Поэтому объектом хирургического лечения стали 174 больных типа В и 12 — типа С3.

Различные осложнения ХП имелись у всех 186 пациентов. Болевой синдром различной интенсивности отмечали все пациенты. У 141 больного боли носили постоянный характер, усиливаясь при обострении панкреатита. У 45 — боли были лишь при обострении ХП, которое наблюдалось от 3 до 11 раз в год. Механическая желтуха отмечена у 18, вирусного литиаза — у 51, полное или сегментарное расширение ППЖ — у 27, кисты ПЖ — у 69 и свищи ПЖ — у 21 больного. Нарушения углеводного обмена имелись у 47 больных, 29 из них нуждались в введении инсулина.

Выбор вида вмешательства и объема операции определялся характером осложнения ХП. По поводу синдрома механической желтухи, обусловленной сдавлением дистального отдела ОЖП головкой ПЖ или ее стриктурой, оперированы 18 больных. У 10 пациентов выполнены РХПГ, ПСТ. Из них двум пациенткам с тяжелой сопутствующей патологией, в связи с наличием стриктуры протяженностью более 2 см, дополнительно осуществлено стентирование ОЖП металлическим стентом. Двум пациентам, в связи с наличием стриктуры дистального отдела ОЖП и ППЖ, наряду с ПСТ, выполнена вирусного литиаза и стентирование ППЖ. У 6 больных, в связи со стриктурой дистального отдела протока протяженностью более 2,5 см и невозможностью эндоскопической манипуляции, выполнены лапаротомия, холедохоеюноанастомоз с выключенной

петлей по Ру. Длина выключенной петли должна быть не менее 70 см. Все больные поправились.

По поводу вирусного холангита оперирован 51 больной. В клинической картине преобладали упорный болевой синдром, частые обострения панкреатита, связанные как с нарушением диеты, так и возникающие немотивированно. У 2 больных, наряду с вирусным холангитом, имелась механическая желтуха. При РХПГ в обоих случаях не удалось контрастировать желчные протоки. Расширение и калькулез ППЖ при инструментальных исследованиях были выявлены у всех пациентов. У 3 больных диагностировано мешковидное расширение дистальной части протока более 2 см в диаметре, протяженностью 3–4 см, переходящее в стриктуру протока. У 7 больных подобное расширение диаметром до 4 см отмечено в области головки железы. У всех этих пациентов имелась протяженная стриктура устья ППЖ более 1,5 см. Все попытки эндоскопического устранения стриктуры не увенчались успехом.

Камни ППЖ довольно редко располагаются свободно в протоке железы, что мы наблюдали только у одного пациента. Как правило, они имеют коралловидную форму, продолжают в боковые протоки. Все пациенты были оперированы.

При равномерном расширении ППЖ у 39 больных была выполнена операция Пюстоу. Показанием к этой операции считали расширение протока на всем протяжении, как при наличии калькулеза протоков железы, так и при стриктуре проксимальной части протока. У 3 больных с калькулезом и расширением дистального отдела протока, переходящим в короткую стриктуру, выполнена операция Дюваля. Резекция железы и формирование анастомоза производились у проксимального конца стриктуры. У 7 пациентов с мешотчатым расширением протока в области головки произведена операция Фрея. Показанием к этой операции служили наличие стойкого болевого синдрома с расширением проксимальных отделов протока, обусловленных калькулезом либо рубцовой стриктурой железы. Еще у 2 больных с подобным расширением и полным сдавлением ОЖП и механической желтухой выполнена операция Бергера в бернском варианте. После операции умер 1 больной на 9-е сутки вследствие развития панкреонекроза, несостоятельности швов и перитонита. Релапаротомия выполнена у 2 больных. У 1 — выявлен абсцесс сальниковой сумки, у 1 — внутрибрюшное кровотечение. Выявить источник кровотечения не удалось. Оба больные поправились.

По поводу полного или сегментарного расширения ППЖ, вследствие стриктуры на различных уровнях, оперированы 27 больных. Калькулез протоков у этих больных не выявлено. Мешотчатое расширение в области головки выявлено у 9, полное расширение протока — у 16, расширение протока тела и хвоста железы, вследствие стриктуры протока в зоне перешейки, — у 2 больных. Операция Фрея выполнена 9 больным, Пюстоу при полном

расширении протока — 18 больным. Все больные поправились.

По поводу кистозных образований ПЖ оперированы 69 больных. При выборе вида оперативного вмешательства кист ПЖ важно установить характер кисты (истинная, ложная), наличие нагноения содержимого кисты, сообщения кисты с протоковой системой, степени «созревания» капсулы кисты, а также необходимо исключить малигнизацию кисты. При ложных постнекротических кистах железы и отсутствии сообщения с протоками хороший эффект можно получить при применении пункционных методов под контролем УЗИ. При наличии сообщения с протоковой системой применение пункционных методик оказывается неэффективным, поскольку рецидив кисты наблюдается практически во всех случаях. Поэтому методом выбора являются внутренние дренирующие операции. Нередко эффективными оказываются эндоскопические методики, позволяющие дренировать кисту через желудок или двенадцатиперстную кишку. В этих случаях установка стента позволяет ликвидировать угрозу рецидива кисты.

Из 69 больных несообщающаяся с протоками железы постнекротическая киста ПЖ выявлена у 21 больного. Пункция кисты под контролем УЗИ выполнена 11 пациентам. Во всех случаях содержимое кисты отправляли на цитологическое исследование. У 7 пациентов потребовались повторные пункции (от 2 до 5 раз). В конце процедуры полость кисты, с целью облитерации ее просвета, промывали раствором бетадина.

6 пациентам выполнено лапароскопическое дренирование кисты. Показанием к лапароскопическому дренированию считали нагноение кисты, наличие в просвете кисты детрита, когда посредством пункций эвакуировать содержимое кисты не представлялось возможным. Для доступа к кисте желудочно-ободочную связку рассекали, используя 10 мм зажим «Лигашу». У 4 пациентов, ранее неоднократно оперированных по поводу острого деструктивного панкреатита, наружное дренирование нагноившейся кисты было выполнено традиционным способом.

Внутренние дренирующие операции были выполнены 48 больным. Из них эндоскопический гастроцистоанастомоз со стентированием был выполнен 3 пациентам.

Техника была следующей. Через просвет желудка выполняли пункцию кисты. После получения содержимого кисты стенки желудка и кисты рассекали торцевым электродом на протяжении 6–7 мм, содержимое кисты полностью эвакуировали и устанавливали стент.

По подобной методике у 4 пациентов при кистах, прилегающих к медиальной стенке двенадцатиперстной кишки, выполнен дуоденоцистоанастомоз. У этих пациентов провести проводник через устье ППЖ в просвет кисты не удалось. Во всех случаях

разрез стенки двенадцатиперстной кишки выполнялся проксимальнее большого дуоденального сосочка. У 3 больных после РХПГ, ПСТ и вирсунготомии удалось выполнить дилатацию короткой стриктуры протока с установкой стента в просвет кисты. Все больные поправились.

Лапароскопический цистоеюноанастомоз на петле тощей кишки с брауновским соустьем и заглушкой по Шалимову выполнен 3 пациентам. 3 больным (при локализации кисты в головке ПЖ) сформирован цистодуоденоанастомоз, 25 — цистоеюноанастомоз на выключенной по Ру петле.

6 пациентов были оперированы с довольно редкими осложнениями кист ПЖ. У 3 из них были цистоплевральные свищи. У 1 больной был выявлен свищ между кистой и правой плевральной полостью, у 2 — с левой. Еще у 3 больных была выявлена аррозия селезеночной артерии с кровотечением в просвет кисты.

При цистоплевральных свищах у пациентов имелась стриктура протока проксимальнее кисты. Этим пациентам выполнены лапаротомия, ушивание устья свища, цистоеюноанастомоз на выключенной по Ру петле. Все больные поправились.

В связи с редкостью подобных наблюдений приводим выписку из истории болезни пациентки с цистоплевральным свищом.

Больная С., 45 лет, поступила в Александровскую больницу 10.09.2006 г. с жалобами на умеренные боли в области эпигастрия, тошноту, отрыжку тухлым, рвоту накануне съеденной пищей, слабость, похудание, постоянную субфебрильную температуру тела. Больной себя считает около 1 года, когда после падения с лестницы (ударилась животом) в течение нескольких дней отмечались боли в животе, рвота. За медицинской помощью не обращалась.

Объективно — состояние пациентки относительно удовлетворительное. Пониженного питания. Кожный покров чистый, тургор кожи снижен. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, АД 100/60 мм рт. ст., пульс — 82 уд/мин. Язык обложен белым налетом. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. В области эпигастрия прощупывается безболезненное мягкоэластическое образование больших размеров, продолжающееся под левую реберную дугу. В желудке определяется шум «плеска». Осмотр гинеколога — без патологии. На рентгенограммах грудной клетки патологии не выявлено. УЗИ брюшной полости — в проекции ПЖ, от головки до хвоста многокамерное кистозное образование с неоднородным содержимым. ФГС — в желудке большое количество остатков съеденной накануне пищи. Слизистая оболочка рыхлая, с множественными эрозиями. Имеется сдавление задней стенки извне. Луковица двенадцатиперстной кишки без особенностей. Провести аппарат дальше сфинктера Капанджи не удалось из-за сдавления кишки извне. Рентгеноскопия желудка — желудок больших размеров. Складки слизистой оболочки грубые. Нисходящая часть двенадцатиперстной кишки обтурирована, эвакуация контрастной массы в виде тонкой струи. Через 24 ч в тонкой кишке следы бария, основная масса контрастного вещества остается в желудке. Заключение — сдавление двенадцатиперстной кишки извне с нарушением эвакуации. СКТ — гигантская многокамерная киста поджелудочной железы. Клинические и биохимические анализы крови и мочи без особенностей.

После подготовки 16.10.2006 г. больная оперирована. На операции выявлена большая многокамерная киста ПЖ, сдавливающая двенадцатиперстную кишку. Стенки кисты рыхлые, толщиной до 6 мм (гистологическое исследование малигнизации не выявило). Содержимое кисты грязно-серого цвета с множественными секвестрами от 3 до 10 мм в диаметре (при посеве — рост энтерококка), с неприятным запахом. Все камеры кисты сообщаются между собой. Учитывая характер содержимого, решено ограничиться наружным дренированием кисты. После опорожнения кисты проходимость двенадцатиперстной кишки восстановилась. В послеоперационном периоде пациентка получала сандостатин (600 мкг/сут), инфузионную терапию. Отделяемое по дренажам прекратилось на 7-е сутки, дренажи удалены на 9-е сутки. При контрольном УЗИ на 10-е сутки полостных образований в проекции ПЖ нет. В удовлетворительном состоянии на 16-е сутки больная выписана на амбулаторное лечение.

Больная повторно направлена в Александровскую больницу через 6 мес (11.05.2007 г.) с диагнозом «Канцероматоз плевры справа, экссудативный плеврит». Больная жалуется на боли в правой половине грудной клетки, одышку. Аппетит сохранен, на 6 кг прибавила в массу тела. Нарушение эвакуации из желудка нет. На обзорной рентгенограмме грудной клетки слева — без патологии, справа — жидкость до уровня IV ребра. УЗИ брюшной полости — в области тела ПЖ, ближе к перешейку, киста 45×50 мм, другой патологии не выявлено. СКТ — киста тела ПЖ. ФГС — патологии не выявлено.

Выполнена плевральная пункция — эвакуировано около 2 л бесцветной жидкости, при цитологии атипичных клеток нет. При контрольной рентгенографии через 1 сут — уровень жидкости прежний. Выполнено дренирование плевральной полости в шестом межреберье по средней подмышечной линии. Объем ежедневного отделяемого составлял около 1500 мл. На 4-е сутки после дренирования произведена торакоскопия. Parietalная и висцеральная плевра утолщена, имеет вид вареного мяса. Высказано предположение о наличии панкреатоплеврального свища. Результаты исследования выпота из плевральной полости на амилазы и липазу (16723 и 14231 ед. соответственно) подтвердили это предположение.

18.05 выполнены РХПГ, вирсунгография. Отступая 2 см от устья протока, имеется ее стриктура протяженностью около 1 см, которая сообщается с кистой. Контрастное вещество из просвета кисты через свищ поступает в плевральную полость. При введении в просвет кисты зелени через 53 мин она появилась в дренаже из плевральной полости. В просвет кисты был проведен проводник, однако провести стент не удалось, в связи с чем манипуляция была завершена.

18.05 больная была оперирована. Выполнена лапаротомия. Имеется киста тела ПЖ размером 4×5 см. После вскрытия кисты обнаружено устье свища около 2 мм в диаметре по верхнему краю железы. Устье свища ушито, сформирован цистоеюноанастомоз с выключенной петлей по Ру. Послеоперационное течение гладкое. Накопление экссудата в правой плевральной полости прекратилось сразу после операции. В удовлетворительном состоянии на 12-е сутки выписана на амбулаторное лечение. При контрольном обследовании через 6 мес патологии не выявлено.

У 3 пациентов при кистах ПЖ отмечена аррозия селезеночной артерии. Двое из них были госпитализированы с внезапным падением гемоглобина. Подобные ситуации у больных наблюдались до 10 раз, по поводу чего они обследовались в различных стационарах. Оба больных были оперированы. После перевязки селезеночной артерии выполнен цистоеюноанастомоз на выключенной по Ру петле. Еще один пациент госпитализирован с клиникой

желудочно-кишечного кровотечения. Последний эпизод кровотечения был четвертым. Ранее обследовался в различных клиниках, однако источник кровотечения обнаружен не был. В связи с необычным течением заболевания приводим выписку из истории болезни.

Больной А., 47 лет, поступил в Александровскую больницу 11.11.2007 г. из другого лечебного учреждения, куда был госпитализирован по поводу желудочно-кишечного кровотечения. При обследовании источник кровотечения не был выявлен.

На момент госпитализации жалоб не предъявляет. Пациент повышенного питания, кожный покров чистый. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, пульс 82 уд/мин. АД 130/80 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул, диурез в норме. В анализах крови имеется снижение гемоглобина до 100 г/л, все остальные параметры клинического и биохимического анализов в норме. УЗИ живота — в области тела поджелудочной железы выявлено объемное образование размером 70×90 мм. ФГС — слизистая оболочка желудка с явлениями поверхностного гастрита. Двенадцатиперстная кишка осмотрена до начала тощей кишки — патологии не выявлено. Большой дуоденальный сосочек — обычных размеров и локализации.

Колоноскопия патологии не выявила. СКТ — в области тела ПЖ имеется объемное образование 70–90 мм неоднородной структуры. Заключение — рак поджелудочной железы. При МРТ, в том числе и в режиме МРТ-холангиографии, было также вынесено заключение о наличии рака ПЖ. После обследования на 18.11 было назначено оперативное лечение. Однако 17.11 ночью у пациента развилось желудочно-кишечное кровотечение с кровопотерей тяжелой степени, с падением уровня гемоглобина до 54 г/л. Срочная фиброгастроскопия опять не выявила источника кровотечения. Высказано предположение о наличии гемобилии. После возмещения кровопотери 21.11 больной был оперирован. На операции выявлена киста ПЖ, плотноэластической консистенции. Киста продольно вскрыта, из ее полости под давлением начали поступать свертки крови, после удаления которых началось фонтанирующее артериальное кровотечение. При ревизии выявлено, что имеется полная аррозия селезеночной артерии. Протяженность дефекта между проксимальным и дистальным концами артерии составила около 3 см. Оба конца сосуда перевязаны. В просвете кисты обнаружены устья приводящего и отводящего концов ППЖ (протяженность дефекта около 4 см). Протоки проходимы. Выполнен цистоеюноанастомоз на выключенной по Ру петле. Послеоперационное течение гладкое. В удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное лечение. При контрольном осмотре через 1 год жалоб не предъявляет, диету не соблюдает.

Свищи ПЖ наблюдались у 21 больного. Длительность носительства свищей составила 16–27 мес после перенесенного острого деструктивного панкреатита. Попытки консервативного лечения не увенчались успехом. 11 больных были оперированы по поводу свища в других лечебных учреждениях, однако через некоторое время наблюдался рецидив заболевания.

Фистулоюноанастомоз на стенте на выключенной по Ру петле был выполнен 12 больным, однако

у 3 из них возник рецидив заболевания (у 1 больного — через 14 мес), в связи с чем они оперированы повторно. Им и еще 9 пациентам произведены иссечение свища, дистальная резекция ПЖ с хорошим клиническим эффектом.

Выводы. 1. Около 30–40% больных с хроническим панкреатитом нуждаются в хирургическом лечении из-за наличия болевого синдрома и неэффективности консервативной терапии. В большинстве случаев причиной развития болевого синдрома является панкреатическая протоковая гипертензия.

2. Выбор метода хирургического вмешательства зависит от характера осложнения ХП, причин развития болевого синдрома. Лечение этих больных должно осуществляться в специализированных стационарах, имеющих возможность полноценного обследования и оказания квалифицированной помощи.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г., Ахаладзе Г.Г. и др. Изолированная резекция головки поджелудочной железы при хроническом панкреатите. Тезисы XV Международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ (Казань, 17–19 сентября 2008 г.) // *Анналы хир. гепатол.*—2008.—№ 3.—С. 155.
2. Егоров В.И., Вишневецкий В.А., Шастный А.Т. и др. Резекция головки поджелудочной железы при хроническом панкреатите. Как делать и как называть? (аналитический обзор) // *Хирургия.*—2009.—№ 8.—С. 57–66.
3. Маев И.В., Казюлин А.Н., Кучерявый Ю.А. Хронический панкреатит.—М.: Медицина, 2005.—504 с.
4. Berger H.G., Krautzberg W., Bittner R. Duodenum-preserving resection of head of the pancreas in severe pancreatitis // *Surg. Gynecol. Obstet.*—1989.—Vol. 209.—P. 273–273.
5. Buchler M.W., Maltertheiner P. Acute pancreatitis: Novel concepts in biology and therapy.—Berlin; Vienna: Blackwell Wissenschafts-Verlag, 1999.—548 p.
6. Frey C.F. A plea for uni-form reporting of patient outcome in chronic pancreatitis / Pitt H.A., Yeo C.J. // *Arch. Surg.*—1996.—Vol. 131, № 3.—P. 233–234.

Поступила в редакцию 24.09.2009 г.

K.G.Kubachev, A.E.Borisov, V.M.Komarnitsky,
S.P.Yakhonov, V.V.Khromov, D.S.Sagitova

CHRONIC COMPLICATED PANCREATITIS. DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT

The article presents an analysis of surgical treatment of 186 patients with complicated forms of chronic pancreatitis. Potentials of different instrumental techniques of investigations in diagnostics of complications of chronic pancreatitis are analyzed. Performance of retrograde cholangiopancreatography in chronic pancreatitis was shown to be expedient. Potentials of minimally invasive technologies and effectiveness of these interventions in different complicated forms of chronic pancreatitis were studied. Differentiated approach to decision on the kind and volume of operation depending on the complication character was shown. The proposed diagnostic algorithm and medical strategy allowed satisfactory immediate results to be obtained in this difficult group of patients.