

А.В. ВОРОБЕЙ, А.Ч. ШУЛЕЙКО, Ю.Н. ОРЛОВСКИЙ

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ СЕМИНАР С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАНКРЕАТОЛОГИИ»

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии,
колопроктологии и лазерной хирургии,
Республика Беларусь

25 ноября 2011 года в г. Минске на базе Национальной академии наук Беларуси прошел Республиканский научно-практический семинар с международным участием «Актуальные проблемы хирургической панкреатологии». Организаторами семинара явились Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Белорусская медицинская академия последипломного образования, Белорусская ассоциация хирургов, Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии и лазерной хирургии.

Приняли участие в работе семинара 148 специалистов из всех регионов Беларуси, а также из Германии, России и Украины. Открыли семинар главный хирург Министерства здравоохранения Республики Беларусь И.И. Пикирения и проректор Белорусской медицинской академии последипломного образования профессор Ю.М. Гаин. В научной программе, состоящей из 2-х секций, было сделано 13 сообщений ведущих белорусских и зарубежных специалистов-панкреатологов, посвященных хирургическому лечению острого и хронического панкреатита (ХП), а также опухолей панкреатодуоденальной зоны.

С программным докладом «Принципы доказательной медицины в хирургии поджелудочной железы» выступил профессор Маркус В. Бюхлер (Markus Wolfgang Buchler), заведующий кафедрой общей, висцеральной и трансплантационной хирургии медицинского факультета Гейдельбергского университета, президент немецкой ассоциации хирургов (Германия). В докладе представлен опыт более 5 тыс. операций на поджелудочной железе (ПЖ). Отражена роль принципов доказательной медицины в хирургии поджелудочной железы. Широко раскрыта тема хирургических методов лечения хронического панкреатита, показано их преимущество перед эндоскопическими методами, дана оценка применения

октреотида в комплексном лечении пациентов в послеоперационном периоде. Отражены вопросы хирургии рака поджелудочной железы, включая наиболее сложные и дискуссионные моменты, касающиеся сосудистых реконструкций и мультивисцеральных резекций при опухолях поджелудочной железы, а также лимфодиссекций при этой патологии.

Выступление профессора В.М. Копчака, заведующего отделом хирургии поджелудочной железы и реконструктивной хирургии желчных протоков Национального института хирургии и трансплантологии АМН Украины им. А.А. Шалимова было посвящено принципам хирургического лечения хронического панкреатита, анатомическим вариантам соотношений терминального отдела холедоха и задней поверхности головки поджелудочной железы. Обоснованы особенности интрапаренхиматозных резекций головки ПЖ при ХП.

Выступление профессора кафедры экспериментальной и клинической хирургии медико-биологического факультета Российского государственного медицинского университета В.А. Горского было посвящено консервативной терапии острого некротизирующего панкреатита. Предложен алгоритм лечения, включающий создание физиологического покоя для ПЖ, блокаду биосинтеза ферментов ПЖ; блокаду панкреатических ферментов, адекватную аналгезию, спазмолитическую терапию; инфузионную терапию, антибактериальную и этиотропную терапию, иммуномодуляторы и антиоксиданты, эфферентные методы детоксикации. Обосновано включение в патогенетическую терапию нестероидных противовоспалительных препаратов.

Профессор В.И. Русин, заведующий кафедрой хирургии медицинского факультета Ужгородского Национального университета, в своем докладе, посвященном лечению псевдокист поджелудочной железы, подчеркнул,

что основным методом лечения осложнений псевдокист поджелудочной железы остается открытое лапаротомное вмешательство, альтернативой которому становятся малоинвазивные методики лечения: эндоскопические, ультрасонографические, лапароскопические и рентгенэндоваскулярные. Представлен опыт лечения осложненных форм псевдокист поджелудочной железы, в т.ч. ряд оригинальных методик.

Доклад И.Н. Гришина, профессора кафедры хирургии Белорусской медицинской академии последиplomного образования, был посвящен актуальной проблеме — хирургическому лечению псевдокист поджелудочной железы. На большом клиническом материале обоснованы хирургические подходы к лечению псевдокист поджелудочной железы на различных стадиях их формирования и при развитии специфических осложнений. Особое внимание было уделено геморрагическим осложнениям псевдокист, обосновано преимущество методик ангиоэмболизации при лечении этой сложной патологии.

В докладе профессора А.В. Воробья, заведующего кафедрой хирургии Белорусской медицинской академии последиplomного образования, руководителя Республиканского центра реконструктивной хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии и лазерной хирургии, был отражен опыт хирургического лечения пациентов с хроническим панкреатитом в Республиканском центре реконструктивной хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии и лазерной хирургии на базе Минской областной клинической больницы за последние 20 лет. Обоснован выбор метода хирургического вмешательства, показаны преимущества Бернской модификации операции Бегера при выполнении проксимальной резекции головки ПЖ. Продемонстрированы возможности двухбаллонной энтероскопии для диагностики и хирургической коррекции осложнений резекционно-дренирующих операций на поджелудочной железе. Проанализированы причины неудовлетворительных исходов операций при ХП, предложена лечебная тактика при послеоперационных осложнениях у больных с ХП, а также способы их профилактики, показана высокая эффективность применения лазерных технологий при выполнении резекционно-дренирующих операций. Продемонстрированы новые данные влияния на выбор оперативного вмешательства наличия панкреатолитов в протоковой системе ПЖ.

С.М. Ращинский, заведующий отделением гепатологии больницы скорой медицинской

помощи г.Минска, доцент кафедры хирургических болезней №2 Белорусского государственного медицинского университета в своем сообщении обосновал дифференцированный подход к выбору метода хирургического лечения пациентов с ХП в зависимости от локализации воспалительного процесса в различных отделах ПЖ. Отметил, что при поражении головки железы выполнение операции Фрея обеспечивает лучшие показатели качества жизни в послеоперационном периоде.

Доклад А.Т. Щастного, доцента кафедры хирургии факультета повышения квалификации и переподготовки кадров Витебского государственного медицинского университета, руководителя Витебского областного научно-практического центра «Хирургия заболеваний печени и поджелудочной железы», был посвящен проксимальным резекциям ПЖ при ХП. Проведено сравнение результатов панкреатодуоденальных резекций, операции Бегера и Бернской операции. Обосновано преимущество дуоденосохраняющих резекций головки ПЖ и сопоставимость их результатов.

А.П. Василевич, доцент кафедры хирургических болезней №1 Белорусского государственного медицинского университета отметил в своем докладе, что во всем мире, в т.ч. и Беларуси, заметно увеличивается количество пациентов с ХП и проводимые меры профилактики не влияют на рост заболеваемости. Хирургическое лечение ХП требует достоверной визуализационной диагностики, что возможно только в крупных лечебных учреждениях. Выбор метода операции должен быть строго индивидуализирован и полноценно обоснован, до сих пор нет стандартизации критериев для выбора оптимального метода операции.

Доклад А.И. Шмака, доктора медицинских наук, заведующего отделом абдоминальной онкопатологии РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова, был посвящен результатам хирургического и комбинированного лечения опухолей панкреатодуоденальной зоны за последние 20 лет в РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова. Отмечен существенный рост данной патологии в Республике Беларусь. В докладе на большом клиническом материале подробно проанализированы послеоперационные результаты и осложнения в зависимости от типа операции, вида и локализации опухоли, предоперационного состояния пациентов.

Доклад профессора З.А. Дундарова, заведующего кафедрой хирургии №2 Гомельского государственного медицинского университета,

руководителя Гомельского областного центра хирургической гепатологии, был посвящен хирургическому лечению «головчатого» ХП. В сообщении было подчеркнуто, что операции внутреннего дренирования протоковой системы ПЖ имеют сугубо паллиативный смысл и не способны предупредить прогрессирование заболевания, что приводит к необходимости выполнения повторных хирургических вмешательств у больных ХП. При ХП показаны операции, направленные на возможно полное удаление необратимо измененных тканей при максимально возможном соблюдении органосберегающего принципа. В докладе отмечено, что патогенетически обоснованным способом хирургического лечения ХП, осложненного портальной гипертензией, является операция Бегера с тщательным освобождением мезентерико-портального венозного ствола.

Выступление Г.П. Шороха, профессора кафедры неотложной хирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования было посвящено хирургическому лечению ложных аневризм сосудов гепатопанкреатодуоденальной зоны. В докладе представлен опыт радикальных резекционных хирургических вмешательств при лечении панкреатогенных кровотечений, гарантирующий эффективный окончательный хирургический гемостаз и профилактику прогрессирования деструкции поджелудочной железы. Показаны хорошие результаты хирургического лечения панкреатогенных кровотечений с сохранением функциональной активности эндо- и экзокринной функции поджелудочной железы.

В докладе А.В. Ткачева, доцента кафедры анестезиологии и реаниматологии Белорусского государственного медицинского университета, освещена тема нутритивной поддержки в абдоминальной хирургии. Показана существенная роль энтерального и парентерального питания в улучшении результатов хирургического лечения пациентов с патологией ПЖ.

В ходе дискуссии и принятия резолюции конференции профессором Воробьем А.В. предложено организовать Белорусский панкреатологический клуб, как подразделение Европейского панкреатологического клуба, основанного в 1965 году. Избраны руководящие органы Белорусского панкреатологического клуба:

Члены правления:

1. Воробей Александр Владимирович.
2. Третьяк Станислав Иванович.
3. Леонович Сергей Иванович.

4. Пикирения Иван Иванович.
5. Дундаров Залимхан Анварбегович.
6. Гарелик Петр Васильевич.
7. Щастный Анатолий Тадеушевич.
8. Федорук Алексей Михайлович.
9. Шмак Андрей Иванович.

Председателем и Исполнительным секретарем БПК избран Воробей Александр Владимирович

В состав Секретариата БПК вошли:

1. Орловский Юрий Николаевич.
2. Ращинский Сергей Маркович.
3. Хоха Владимир Михайлович.

Принят Статут БПК.

**СТАТУТ
Белорусского панкреатологического клуба
Вступление**

Белорусский панкреатологический клуб (далее БПК) является добровольным национальным общественным объединением специалистов высокой квалификации в области гепатопанкреатобилиарной патологии, включающим клиницистов (хирурги, онкологи, гастроэнтерологи, эндокринологи и т.д.), параклиницистов (лучевая диагностика, морфология, физиология и т.д.) и представителей фундаментальной медицины.

БПК является неотъемлемой функциональной частью Белорусской Ассоциации хирургов без образования юридического лица и ведения финансовой деятельности.

Необходимость создания БПК обусловлена ежегодным ростом в Беларуси частоты и тяжести осложнений острого и ХП, неудовлетворительными результатами лечения рака ПЖ.

Основой всей работы БПК является Статут, который принимается открытым голосованием всех вновь избранных членов Правления БПК на его учредительном собрании.

По мере необходимости изменения в Статут БПК могут вноситься решением ежегодных общих собраний БПК путем голосования простым большинством членов собрания.

Задачи БПК

1. Объединение и координация клинических, научных и организационных действий по предупреждению, диагностике и лечению патологии поджелудочной железы; изучению ее физиологии и патофизиологии.
2. Анализ эпидемиологии острого и хронического панкреатита в Беларуси.

3. Активное участие в подготовке съездов и Пленумов Белорусской Ассоциации хирургов.

4. Организация национальных и международных многоцентровых рандомизированных исследований в области панкреатологии.

5. Совершенствование системы последипломного обучения и тренинга в области лечения заболеваний поджелудочной железы.

6. Научные контакты с отделением медицинских наук НАН Беларуси.

7. Взаимодействие с Европейским панкреатологическим клубом.

8. Рекомендации в подготовке национальных стандартов лечения в области панкреатологии.

Членство в БПК

1. На учредительном собрании БПК избираются почетными членами БПК все профессора-хирурги Республики Беларусь старше 60 лет, внесшие существенный личный вклад в развитие хирургической панкреатологии.

2. Иностранные почетные члены БПК избираются по результатам их научной, клинической и организационной деятельности в области панкреатологии на учредительном и последующих общих собраниях БПК.

3. Член БПК хирургической специальности должен быть, как правило, кандидатом или доктором медицинских наук, иметь личный опыт в плановой и экстренной хирургии поджелудочной железы, высшую квалификационную категорию и научные результаты своей профессиональной деятельности в области панкреатологии.

4. Член БПК нехирургической специальности должен быть кандидатом или доктором медицинских наук, иметь публикации в научных медицинских журналах и/или монографии, учебники, учебно-методические пособия в области панкреатологии и смежной патологии.

5. Член БПК сдает в Правление ежегодные отчеты о своей профессиональной и научной деятельности в области панкреатологии.

6. Член БПК может вступать и быть членом Европейского панкреатологического клуба (ЕРС), в соответствии с его уставными документами, что позволит ему: а) одновременно быть членом международной панкреатологической ассоциации (IAP); б) бесплатно получать международный журнал «Pancreatology» (Karger publication); в) иметь скидки по организационному взносу на ежегодных конференциях ЕРС и объединенных конгрессах ЕРС/IAP; г) повысить шансы на возможность:

участия с докладами на конгрессах ЕРС и IAP; публикаций в специализированных международных медицинских журналах.

7. Кандидат в члены БПК подает в Правление БПК личный отчет по панкреатологии согласно установленной формы, где его клиническая, научно-педагогическая, публикационная и как докладчика активность оцениваются в баллах. Избрание членов БПК проводится на ежегодных общих собраниях БПК членами Правления, секретариата и всеми уже избранными членами БПК открытым голосованием. Для избрания необходимо получить не менее 2/3 (простое большинство) голосов участников общего собрания, имеющих право решающего голоса. Вновь избранный член БПК получает именной сертификат и членский значок.

8. Право решающего голоса имеет при голосовании по любым вопросам работы БПК каждый избранный член БПК. Почетные члены БПК имеют право совещательного голоса.

Руководящие органы БПК

1. Высшим руководящим органом БПК является общее ежегодное собрание членов БПК.

2. Основные направления работы БПК определяет Правление БПК.

3. Постоянную текущую работу осуществляют Председатель БПК, Исполнительный секретарь, секретариат БПК.

4. В состав Правления БПК входят Председатель БПК, исполнительный секретарь, действующие главный хирург МЗ РБ и Председатель БАХ, по одному представителю от медицинских ВУЗов Беларуси и БелМАПО, онкологической службы и лучевой диагностики.

5. На учредительном собрании Правление избирает Председателя БПК и назначает исполнительного секретаря и секретариат БПК в составе трех человек. В дальнейшем Председатель БПК избирается по представлению Правления на очередной конференции по панкреатологии действующими членами БПК.

6. Председатель Правления может быть избран не более чем на два срока. Длительность одного срока работы Председателя — 3 года.

7. Ротация (переизбрание членов Правления), изменения в составе секретариата проводятся по мере необходимости.

8. Исполнительный секретарь может быть одновременно и Председателем БПК в установленные Статутом сроки.

9. Заседания Правления БПК проводятся

не реже 1 раза в 6 месяцев. Почетные члены БПК могут привлекаться к заседаниям Правления с правом совещательного голоса.

10. Обязанности Председателя Правления БПК:

10.1 Организация работы БПК в период между ежегодными собраниями.

10.2 Организация ежегодных собраний и избрания новых членов БПК.

10.3 Проведение в Беларуси в период избрания (один раз в 3 года) научно-практической конференции по актуальным проблемам

панкреатологии с изданием сборника работ, организация избрания на этой конференции следующего Председателя Правления БПК.

10.4 Координация работы БПК в ЕРС и участие в его ежегодных конференциях.

10.5 Постоянный активный личный вклад в панкреатологию: публикации, участие с докладами в национальных и международных конгрессах, подготовка научных кадров, координация и/или организация новых многоцентровых рандомизированных научных исследований.

ПРИЛОЖЕНИЕ К СТАТУТУ

«Форма личного отчета кандидата в члены БПК по гепатопанкреатобилиарной хирургии для подачи в Правление БПК»

Ф.И.О. _____

Год рождения _____

Занимаемая должность _____

Краткая служебно-научная биография (не более 1 страницы печатного текста) с перечнем личных операций в гепатопанкреатобилиарной хирургии за последние 3 года

Вид научной продукции	К-во баллов за единицу	К-во единиц	Общее число баллов
1. Профильные монографии и их названия, год издания	10		
2. Профильные журнальные статьи, их названия, место публикации (год, № журнала, страницы)			
• в журналах РБ и СССР	1		
• в журналах СНГ	2		
• в дальнем зарубежье	3		
3. Профильные доклады (с указанием названия и года проведения научного конгресса, название доклада):			
• в РБ и СССР	1		
• в СНГ	2		
• в дальнем зарубежье	3		
4. Членство в ред. коллегиях хирургических журналов:			
• в журналах РБ и СССР	3		
• в журналах СНГ	5		
• в дальнем зарубежье	10		
5. Собственная профильная диссертация с указанием ее названия и года защиты:			
• кандидатская	7		
• докторская	10		
6. Подготовленные Вами диссертанты в области гепатопанкреатобилиарной хирургии с указанием названия диссертации и года ее защиты Вашим учеником:			
• кандидатская	5		
• докторская	7		
7. Количество опубликованных тезисов с указанием названия и года проведения научного форума, названия тезиса:			
• в РБ и СССР	0,1		
• в СНГ	0,2		
• в дальнем зарубежье	0,5		
Итого баллов	79,8		

10.6 Вовлечение членов БПК в международное научное сотрудничество.

10.7 Организация тренинга молодых ученых-хирургов Беларуси за рубежом, привлечение их к организационной и научной работе в рамках БПК.

Почетными членами БПК 25 ноября 2011 года были избраны:

1. Markus Wolfgang Buchler (Гейдельберг, Германия)
2. Шотт Александр Владимирович (Минск, Беларусь)
3. Сачек Михаил Григорьевич (Витебск, Беларусь)
4. Гришин Игорь Николаевич (Минск, Беларусь)
5. Леонович Сергей Иванович (Минск, Беларусь)
6. Шорох Григорий Павлович (Минск, Беларусь)
7. Батвинков Николай Иванович (Гродно, Беларусь)
8. Шиленок Владимир Николаевич (Витебск, Беларусь)
9. Рычагов Григорий Петрович (Минск, Беларусь)
10. Козырев Михаил Алексеевич (Минск, Беларусь)
11. Дубровщик Ольга Ильинична (Гродно, Беларусь)
12. Копчак Владимир Михайлович (Киев, Украина)
13. Русин Василий Иванович (Ужгород, Украина)
14. Горский Виктор Иванович (Москва, Россия)
15. Воленко Александр Владимирович (Москва, Россия)
16. Кубышкин Валерий Алексеевич (Москва, Россия)
17. Гальперин Эдуард Израилевич (Москва, Россия)
18. Вишневский Владимир Александрович (Москва, Россия)
19. Дюжева Татьяна Александровна (Москва, Россия)
20. Нечитайло Михаил Ефимович (Киев, Украина)
21. Павловский Михаил Петрович (Львов, Украина)
22. Савельев Виктор Сергеевич (Москва, Россия)

На семинаре обсужден и принят проект резолюции по хирургическому лечению пациентов с хроническим панкреатитом. Проект был доработан членами правления БПК.

**Резолюция международного
научно-практического семинара
«Актуальные проблемы
хирургической панкреатологии»
25 ноября 2011 года,
Минск, Республика Беларусь**

Хронический панкреатит (ХП) — это воспалительный процесс, который приводит к прогрессирующей и необратимой деструкции экзокринных и эндокринных клеток поджелудочной железы (ПЖ) с последующим замещением их фиброзной тканью. Заболеваемость и летальность пациентов с ХП имеет отчетливую тенденцию к увеличению. Основным клиническим симптомом ХП является различной степени интенсивности и частоты болевой синдром, который порой сопровождается мальабсорбцией и/или специфическим типом сахарного диабета.

Происхождение боли у пациентов, страдающих ХП, не всегда понятно и имеет под собой полифакторную этиологию. Немаловажную роль в генезе боли при ХП играет увеличение внутрипротокового и/или внутрипаренхиматозного давления в ткани ПЖ (так называемый синдром закрытого пространства — “compartment syndrome”). Следующим фактором в реализации механизма боли является присутствие нейроиммунного воспаления, чем объясняется генез боли в случаях ХП без расширения главного панкреатического протока с наличием увеличения головки ПЖ вследствие воспалительного процесса.

ХП — полиэтиологическое заболевание. Основными этиологическими факторами его являются: злоупотребление алкоголем, табакокурение и желчнокаменная болезнь. Меньшее значение могут иметь: посттравматическая обструкция протоков поджелудочной железы, воздействие химических веществ, включая лекарственные препараты, гиперлипидемия, недостаточное белковое питание (недоедание), наследственная предрасположенность (недостаточность L-антитрипсина и другие генетические факторы), гиперпаратиреозидизм (гиперкальциемия), муковисцидоз (наиболее частый фактор у детей), идиопатические факторы.

Существует достаточное количество классификаций ХП по этиологическому, патогенетическому, морфологическому, клиническому признакам. Наиболее признанными являются Кембриджская классификация (1987), Марсельско-Римская классификация (1989). В Международной классификации болезней (МКБ-10) выделяют два вида ХП: хронический алкогольный панкреатит и другие ХП

(инфекционный, рецидивирующий).

Перечисленные классификации базировались на существовавших в то время концепциях патогенеза ХП. Пять из них получили наибольшее признание. Это — токсико-метаболическая теория, теория окислительного стресса, теория обструкции протоков ПЖ «белковыми пробками» и камнями, некроз с последующим фиброзом ткани ПЖ, теория первичного поражения протоковой системы ПЖ. В 2001 г. новые данные, полученные при изучении наследственного хронического панкреатита, позволили выдвинуть единую гипотезу патогенеза ХП — Sentinel Acute Pancreatitis Event (SAPE) Hypothesis. В последующем эта теория, базирующаяся на единообразии путей фиброгенеза при различных этиологических факторах развития ХП, позволила выработать единую классификацию факторов этиологии/риска — TIGAR-O, которые разделены на шесть главных категорий: токсико-метаболический (Т), идиопатический (И), генетический (Г), аутоиммунный (А), рецидивирующий, или тяжелый острый, панкреатит (R) и механизмы, препятствующие пассажу панкреатического секрета (О — обструкция).

Перспективной является клинко-функциональная ABC-классификация М. Бюхлера, позволяющая дифференцировать клиническую тактику при лечении ХП:

А — болевой синдром, повторные приступы или острый панкреатит в анамнезе, нет осложнений* панкреатита, стеатореи или диабета;

В — болевой синдром, есть осложнения панкреатита, нет нарушения функции ПЖ (стеаторея, диабет);

С — болевой синдром, есть осложнения ХП или без них, но при наличии нарушений функции железы (стеаторея, диабет). С1 — стеаторея или диабет, С2 — стеаторея и диабет; С3 — стеаторея (диабет) и осложнения ХП.

*Осложнения панкреатита: калькулез, кальциноз, желтуха, дуоденостаз, расширение ГПП, кисты, свищи, спленомегалия, регионарная портальная гипертензия, асцит.

В соответствии с этой классификацией в стадии А показано консервативное лечение, в стадиях В и С — оперативное лечение.

В диагностическую программу целесообразно включать:

- клиническое и лабораторное обследование, включая маркеры опухоли (СЕА, СА19-9), а также тест толерантности к глюкозе и фекальную эластазу;

- УЗ — исследование поджелудочной железы, включая исследование магистральных артериальных и венозных сосудов, эндоскопи-

ческое ультразвуковое исследование (ЭУС);

- эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию (ЭРХПГ);

- спиральную компьютерную томографию (СКТ), магнитно-резонансную томографию (МРТ), ангиографию;

- биопсию ткани поджелудочной железы.

Лекарственное консервативное лечение является основной терапией ХП. Оно заключается в облегчении боли и компенсации экзокринной и эндокринной недостаточности. Однако многие пациенты требуют дополнительной терапии для эффективного облегчения боли или лечения местных осложнений ХП.

Показания к хирургическому лечению ХП следующие: стойкий болевой синдром; подозрение на малигнизацию хронического воспалительного процесса в ПЖ, панкреатическая гипертензия вследствие стриктур панкреатических протоков; билиарная гипертензия; наличие конкрементов в протоковой системе ПЖ, хроническая дуоденальная непроходимость; ложные панкреатические и парапанкреатические кисты больших размеров; панкреатические свищи, связанные с протоковой системой; желудочно-кишечные кровотечения вследствие ложных аневризм сосудов, кровоснабжающих ПЖ; подпеченочная форма портальной гипертензии.

Показания к хирургическому лечению при естественном течении ХП возникают у 30-50% пациентов. Выбор метода операции зависит от особенностей клинических проявлений ХП у каждого конкретного пациента. Оптимальной является та операция, которая обеспечивает купирование боли, ликвидирует другие осложнения, при максимально возможном сохранении функционирующей панкреатической ткани, останавливает прогрессирование болезни. Нет метода хирургического лечения, приносящего 100%-й успех. Для хирургического лечения ХП применяют два основных подхода: дренирующие методики оперативных вмешательств и методы резекции различных анатомических отделов ПЖ в сочетании с дренирующим компонентом. Весь спектр хирургических вмешательств включает в себя: «малоинвазивные» эндоскопические и под контролем ультразвукового аппарата, лапароскопические и оперативные вмешательства из лапаротомного доступа.

Эндоскопические и интервенционистские методы лечения

Основными целями применяемых при хроническом панкреатите эндоскопических

процедур являются: дренирование и декомпрессия общего желчного протока и/или протока поджелудочной железы, удаление камней из ППЖ, в том числе их фрагментов после литотрипсии, дренирование панкреатических кист в пищеварительный тракт.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с панкреатической папиллотомией или вирсунготомией является основной эндоскопической манипуляцией. При наличии стриктуры может выполняться бужирование и дилатация стриктуры и стентирование главного протока поджелудочной железы (ГППЖ), в случае выявления конкрементов - их фрагментация (литотрипсия) и удаление. Данные вмешательства показаны у пациентов со стенозами и стриктурами выходного отдела ГПЖ при его равномерном расширении на всем протяжении при отсутствии других осложнений ХП. Как правило, эффект от данных процедур носит временный характер, что требует регулярного повторения или выполнения других видов вмешательств.

Эндоскопическое внутреннее дренирование псевдокист ПЖ является малоинвазивной технологией при кистах, лежащих к желудку и 12-перстной кишке. Эндоскопические цистогастростомия и цистодуоденостомия наиболее эффективны при дополнении длительным стентированием сформированного соустья.

Лапароскопические вмешательства нашли широкое применение при внутреннем и наружном дренировании псевдокист, перспективно использование их при выполнении дистальной резекции ПЖ. Не доказана эффективность лапароскопических технологий в выполнении резекционных операций на ПЖ.

При лечении псевдокист ПЖ используется наружное и внутреннее дренирование, резекция ПЖ с кистой. Принципиальным вопросом при операциях наружного и внутреннего дренирования кист ПЖ является доказательство неопухолевого характера кисты. Показаниями к наружному дренированию кист поджелудочной железы являются: постнекротические псевдокисты с несформировавшимися стенками и угрозой разрыва, нагноение псевдокист, перфорация кисты. Дренирование предпочтительно выполнять под УЗИ или рентген-контролем, при отсутствии технических возможностей — лапароскопически или при «открытой» операции. Показания к внутреннему дренированию кист поджелудочной железы: наличие сформированной, достаточной толщины и плотности капсулы кисты, позволяющей сформировать надежное цистодигестив-

ное соустье, сообщение полости кисты с магистральными протоками железы. Применяют следующие виды оперативных вмешательств: цистоеюностомия, цистогастростомия, цистодуоденостомия. Радикальное удаление кист поджелудочной железы, в т.ч. в сочетании с другими вмешательствами на поджелудочной железе, показано при сомнении в доброкачественной природе кисты, а также при наличии других осложнений ХП.

Эндоскопическое внутреннее дренирование псевдокист ПЖ является эффективной малоинвазивной технологией при кистах, лежащих к желудку и двенадцатиперстной кишке. Эндоскопические цистогастростомия и цистодуоденостомия наиболее эффективны при дополнении длительным стентированием сформированного соустья.

В «открытой» хирургии ХП применяют 3 основные группы хирургических операций: резекционные, дренирующие и резекционно-дренирующие. К дренирующим методикам относят: оригинальную методику дренирования главного панкреатического протока с резекцией хвоста ПЖ и спленэктомией для последующего наложения термино-терминального или термино-латерального панкреатикоеюноанастомоза по М.К. Duval, операцию Puestow-Gillesby (спленэктомия с резекцией хвоста ПЖ и продольным рассечением главного панкреатического протока и панкреатикоеюноанастомозом (ПЕА) и операцию Partington-Rochelle (продольный ПЕА на петле Ру). Цель таких операций — декомпрессия протоковой системы путем улучшения оттока панкреатического сока. Она показаны при «центральной» панкреатической протоковой гипертензии, связанной со стриктурами и конкрементами в главном протоке поджелудочной железы, рубцевании и обструкции его в области головки железы, при отсутствии грубых фиброзно-кальцифицирующих изменений в паренхиме ПЖ.

К резекционных операциям относят: гастропанкреатодуоденальную резекцию (операция Whipple), пилоросохраняющую панкреатодуоденальную резекцию (операция Traverso-Longmire), резекцию ткани головки поджелудочной железы с вертикальной ветвью двенадцатиперстной кишки (варианты Kawarada, Nakao), дистальная резекция ткани поджелудочной железы в пределах до 40-80% ткани с сохранением селезенки или Child procedure (дистальная резекция 95% ткани ПЖ со спленэктомией), тотальная панкреатэктомия. Панкреатодуоденальные резекции (панкреатэктомии) должны иметь ограниченное

применение в хирургии ХП вследствие худших функциональных результатов. Они могут быть показаны у пациентов с ХП при невозможности исключения злокачественного новообразования ПЖ, или грубых анатомических изменениях панкреатодуоденальной зоны с невозможностью выполнения менее травматичного вмешательства, в т.ч. после неоднократных реконструктивных операций. Дистальные резекции ПЖ показаны при преимущественном поражении хвоста и тела ПЖ и при наличии псевдокиста в дистальных отделах железы.

К оперативным вмешательствам, которые сочетают в себе принципы резекционных и дренирующих операций, относят: дуоденосохраняющую резекцию головки ПЖ (операция Beger); локальную переднюю резекцию головки ПЖ с продольной панкреатикоеюностомией (операция Frey); V-образное иссечение ткани ПЖ вдоль всей ее передней поверхности с последующим продольным ПЕА (операция Izbicki) и субтотальную резекцию головки ПЖ с панкреатикоеюностомией (Berne модификация операции Beger). Данные вмешательства являются наиболее патогенетически обоснованными, сочетая в себе резекцию фиброзно-дегенеративных отделов ПЖ, так и обеспечение адекватного дренирования (пассажа) панкреатического сока и желчи.

Операции на ПЖ по поводу хронического панкреатита, особенно резекционные, сопровождаются рядом специфических ранних и поздних послеоперационных осложнений, таких как кровотечение из зоны резекции поджелудочной железы, несостоятельность и стриктура ПЕА, панкреатическая фистула и др. Существенную роль в уменьшении количества осложнений может иметь использование всего арсенала способов гемостаза от лигирования до моно- и биполярной коагуляции, ультразвуковой и лазерной коагуляции; формирование панкреатодигестивных анастомозов непрерывным однорядным швом мононитью, преимущественное использование панкреатикоэнтероанастомозов по типу «бок в бок», использование адгезивных пленок (тахокомб, тисьюпач и др.) для гемостаза и герметиза-

ции анастомозов; интра- и послеоперационное применение сандостатина (октреотида).

Диагностика поздних осложнений, связанных с патологией ПЕА, в настоящее время представляет серьезные трудности. С появлением технологии двухбаллонной энтероскопии (ДБЭ) возникают новые возможности для визуальной оценки функционирования панкреатодигестивного соустья, диагностики осложнений ПЕА (стриктуры, несостоятельность, остаточные панкреатолиты). Появилась возможность выполнения малоинвазивных операций для коррекции осложнений ПЕА, особенно с применением лазерных технологий, которые существенно расширяют операционные возможности ДБЭ, включая лазерную литотрипсию остаточных панкреатолитов, гемостаз, рассечение стриктур, их баллонную дилатацию и стентирование.

Повторные реконструктивные вмешательства у пациентов с ХП являются одной из наиболее сложных проблем современной панкреатологии. Требуются новые подходы в решении проблемы хирургической коррекции осложнений ХП. Как правило, требуется дополнительное экономное иссечение фиброзно-некротических тканей в случае выполнения первичных дренирующих операций, устранение панкреатической гипертензии (чаще периферической или тканевой).

Резекционные, резекционно-дренирующие и повторные вмешательства при ХП должны проводиться в специализированных хирургических стационарах, обладающих необходимым оснащением и опытом всех видов вмешательств на ПЖ и других органах гепатопанкреатобилиарной зоны.

Адрес для корреспонденции

220013, Республика Беларусь,
г. Минск, ул. П. Бровки, 3, корп. 3,
Белорусская медицинская академия
последипломного образования,
кафедра хирургии,
тел. моб.: +375 29 655-47-17,
e-mail: dept-surg@hotmail.com,
Воробей Александр Владимирович

Сведения об авторах

Воробей А.В., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования».

Шулейко А.Ч., к.м.н., ассистент кафедры хирургии

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования».

Орловский Ю.Н., к.м.н., ассистент кафедры хирургии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования».

Поступила 29.01.2012 г.