

СПОСОБ ПРОДОЛЬНОЙ ПАНКРЕАТОЕЮНОСТОМИИ ПРИ ШИРИНЕ
ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА МЕНЕЕ 5 ММ

Пропп А.Р., Полуэктов В.Л., Арестович Р.А.

Областная клиническая больница, г. Омск

Омская государственная медицинская академия, кафедра факультетской
хирургии с курсом урологии (зав. – проф. В.Л. Полуэктов) г. Омск

УДК: 616.36-004-089-003.93

Резюме

Статья посвящена проблеме хирургического лечения хронического панкреатита.

Ключевые слова: ГПП – главный панкреатический проток, продольная панкреатоеюностомия.THE ORIGINAL METHOD OF LATERAL PANCREATICOJEJUNOSTOMY
WITH MAIN PANCREATIC DUCT WIDTH OF LESS THAN 5 MM

Propp A.R., Poluectov V.L., Arestovich R.A.

The article is devoted to the problem of surgical treatment of chronic pancreatitis.

Keywords: lateral pancreaticojejunostomy, main pancreatic duct.

Введение

Внутреннее дренирование является наиболее эффективным и оптимальным методом хирургического лечения хронического панкреатита [1, 7, 8, 9, 15]. Основным показанием к продольной панкреатоеюностомии (ППЕС) считается наличие внутрипротоковой гипертензии с доказанной дилатацией главного панкреатического протока (ГПП) [5, 10, 11, 13, 16]. При ширине ГПП 5 мм и менее ППЕС оказывается трудновыполнимой и малоэффективной, так как адекватно не устраняет внутрипротоковую гипертензию. Более агрессивные изолированно резекционные методы не являются органосохраняющими [5, 2, 12].

Цель исследования: 1. Оценить степень дилатации главного панкреатического протока у пациентов с хроническим панкреатитом по данным мультиспиральной компьютерной томографии. 2. Разработать новый способ и анализировать непосредственные результаты продольной панкреатоеюностомии с иссечением паренхимы передней поверхности тела поджелудочной железы.

Материалы и методы

По поводу хронического панкреатита в объеме ППЕС оперировано 47 пациентов (36 мужчин и 11 женщин) со средним возрастом 45,4 лет. Оперированных впервые пациентов было 22, ранее оперированных – 25. Кроме поражения самой ПЖ у 12,8% имел место дуоденостеноз, у 8,5% – механическая желтуха, у 17% – панкреатические свищи. 95,7% пациентам выполнена мультиспиральная компьютерная томография с чувствительностью метода 97,9%. Вирсунголитиаз и кальциноз поджелудочной железы имел место у 61,7%, стриктуры ГПП – у 55,3% пациентов.

По данным мультиспиральной компьютерной томографии рассчитывалась ширина ГПП. Дилатация ГПП нами была разделена на 3 степени. Отклонением от нормы считалось превышение ширины ГПП более 3 мм. За расширение I степени было принято превышение ширины

протока до 5 мм, II степени – до 1 см, III степени – более 1 см. Дилатация ГПП более 5 мм определена у 91,5%, менее 5 мм – у 8,5%. Данные дооперационной диагностики подтверждены интраоперационно во всех случаях. ППЕС выполнена в изолированном варианте 26 пациентам, в сочетании с резекцией части поджелудочной железы – 21 пациенту (в сочетании с частичной резекцией головки – 13, с резекцией хвоста – 2, с иссечением паренхимы передней поверхности тела поджелудочной железы – 6). У 4 пациентов ППЕС сочеталась со спленэктомией, у 9 – с иссечением наружного или внутреннего панкреатических свищей.

Одним из неблагоприятных вариантов течения хронического панкреатита являлась ширина ГПП менее 5 мм когда обычного рассечения его оказывалось недостаточно. Мы изучили известные способы, позволяющие увеличить (расширить) площадь анастомозируемой поверхности поджелудочной железы [4, 6, 14]. Недостатком известных способов (способ клиновидного иссечения передней стенки поджелудочной железы вместе с ГПП Шалимова А.А., 1979 г., способ нанесения 2–4 глубоких продольных разрезов на переднюю стенку поджелудочной железы К. Warren 1980 г.) мы считаем излишнюю травматичность резекционного этапа при малоэффективности метода в целом.

С 2005 года мы использовали оригинальную методику ППЕС (патент № 2296517), которая заключается в том, что на протяжении разреза ГПП через одинаковые расстояния производится иссечение паренхимы поджелудочной железы в виде фрагментов треугольной формы с основаниями на продольном разрезе и вершинами, обращенными к верхнему и нижнему краям ПЖ, формируется поверхность зубчатой формы, с которой и анастомозируется петля тонкой кишки. Предлагаемый способ поясняется рисунком, где: 1 – резецированная зона поджелудочной железы с иссеченными фрагментами паренхимы треугольной формы, 2 – просвет тонкой кишки. При подобном иссечении паренхимы от продольного раз-

реза в сторону верхнего и нижнего краев поджелудочной железы максимально вскрываются все полости, лакуны и ответвления ГПП, т. е. предлагаемый способ позволяет более радикально вскрывать пораженные панкреатические протоки поджелудочной железы 1-го порядка с относительно низкой травматизацией ее паренхимы [3]. Задачей изобретения являлось повышение адекватности дренирования протоковой системы поджелудочной железы. По данной методике, позволившей более радикально вскрыть пораженные сегментарные панкреатические протоки, оперировано 6 пациентов (в 2 случаях ширина ГПП была 5 мм, в 4 случаях – менее 5 мм).

Результаты

Непосредственные послеоперационные осложнения, потребовавшие выполнение повторных операций, имели место в 4,3% (1 – недостаточность швов панкреатоеюностомы с благоприятным исходом, 1 – релапаротомия по поводу гемоперитонеума), летальность 0%. Среди пациентов, оперированных в объеме ППЕС с иссечением паренхимы передней поверхности тела поджелудочной железы, послеоперационных осложнений не было.

Отдаленные результаты ППЕС с иссечением паренхимы передней поверхности тела поджелудочной железы не рассчитывались в виду небольшого количества накопленного материала и ограниченного срока послеоперационного периода. Один пациент, оперированный в объеме ППЕС с иссечением паренхимы передней поверхности тела поджелудочной железы, через 2 года оперирован повторно в объеме гемипанкреатэктомии и умер еще через 0,5 года от осложнений панкреатита.

Заключение

Результаты выполнения ППЕС зависят от адекватности дренирования протоковой системы поджелудочной железы. При выполнении ППЕС при ширине ГПП менее 5 мм большое значение имеет вскрытие панкреатических протоков 1-го порядка, чего можно добиться при иссечении паренхимы передней поверхности тела поджелудочной железы.

Разработанная методика ППЕС с иссечением паренхимы передней поверхности тела поджелудочной железы в виде фрагментов треугольной формы позволяет увеличить площадь анастомозируемой поверхности, тем самым улучшить дренажную функцию протоковой системы поджелудочной железы и является методом выбора хирургического лечения хронического панкреатита при тотальном поражении поджелудочной железы кальцинозом и ширине ГПП менее 5 мм.

Одним из критериев эффективности подобных операций является замедление прогрессирования хронического панкреатита с отсутствием повторных операций, устранением болевого синдрома, клинической стабилизацией внешне- и внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы. Анализ отдаленных результатов ППЕС с иссечением паренхимы передней поверхности

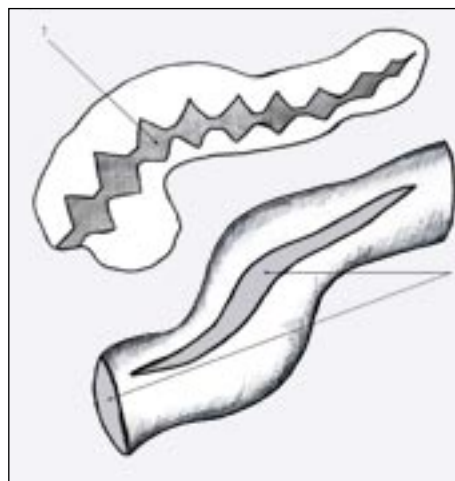


Схема оригинального способа продольной панкреатоеюностомии

тела поджелудочной железы необходимо считать очередной задачей дальнейшего исследования.

Литература

1. Данилов М.В. Повторные и реконструктивные операции при заболеваниях поджелудочной железы / М.В. Данилов, В.Д. Федоров. – М.: Медицина, 2003. – 424 с.
2. Данилов М.В. Хирургия поджелудочной железы / М.В. Данилов, В.Д. Федоров. – М.: Медицина, 1995. – 512 с.
3. Пропп А.Р. Способ продольного панкреатозентероанастомоза. Патент № 2296517. А.Р. Пропп, В.Л. Полуэктов. – 10.04.2007. – Бюл. № 10.
4. Федоров В.Д. Хирургическая панкреатология / В.Д. Федоров, И.М. Буриев, Р.З. Икрамов. – М.: Медицина, 1999. – С. 130–133.
5. Хронический панкреатит: современные концепции патогенеза, диагностика и лечение / А.А. Шалимов и др. – Киев: «Здоровье», 2000. – 256 с.
6. Шалимов А.А. Атлас хирургических операций на органах брюшной полости / А.А. Шалимов, С.Н. Редькин. – Киев: «Здоровье», 1965. – 152 с.
7. Diseases of the Pancreas: Current Surgical Therapy / H.G.Beger [et al.]. – Germany, 2008. – 949 p.
8. Forsmark Chris E. Chronic Pancreatitis in Feldman (ed): Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease ed 7 / Chris E. Forsmark // Elsevier, 2002. – P. 945–948.
9. Forsmark Chris E. Pancreatitis and Its Complications / Chris E. Forsmark – New Jersey, 2005. – P. 338.
10. Greenlee H.B. Role of surgery for chronic pancreatitis, its complications / H.B. Greenlee // Ann. Surg., – 1983. – P. 15:283.
11. Howard J.M. Surgical treatment of chronic pancreatitis in surgical diseases of the pancreas / J.M. Howard. – Philadelphia, 1987. – 564 p.
12. Ihse I. Chronic pancreatitis: results of operations for relief of pain / I. Ihse, K. Borch, J. Larsson. // – World J. Surg. – 1990. – Vol. 14. N 1. – P. 53–58.
13. Prinz R.A. Pancreatic duct drainage in chronic pancreatitis / R.A.Prinz, H.B.Greenlee // Hepato-gastroenterol. – 1990. – Vol. 37. – N 3. – P. 295–300.
14. Puestow C. Retrograde surgical drainage of pancreas for chronic relapsing pancreatitis / C. Puestow, W. Gillesby // Arch. Surg. – 1958. – Vol. 52. – P. 898–907.
15. The Pancreas: An Integrated Textbook of Basic Science, Medicine and Surgery / H.G.Beger [et al.]. – 1998. – 1024 p.
16. Yudin V. Surgical Treatment of Pancreatic Pseudocysts in Alcoholic Pancreatitis / V. Yudin, L.Gostev, M. Stavtsev // Pancreatolgy 2006. – 6:323–405, 38th European Pancreatic Club (EPC) Meeting.

Контактная информация

Пропп Александр Робертович
г. Омск, 644033, ул. Волховстроя 94-83,
тел.: 8 (3812) 21-14-47, e-mail: par1108@mail.ru.