

должаются дискуссии о виде хирургического вмешательства для отдельных форм хронического панкреатита. С помощью различного вида эндоскопических и малоинвазивных чрескожных технологий или дренирующих операций у многих больных возможно снять боль, создать адекватный отток панкреатического секрета, а также желчи и устранив внутрипротоковую гипертензию, обеспечить стабилизацию процесса в поджелудочной железе. Нередко кроме выраженного фиброза головки поджелудочной железы, приводящего к механической желтухе и дуоденальному стенозу, в ней также локализуются абсцессы, кисты и конкременты. Поэтому не случайно выделяются особенно тяжелые формы хронического панкреатита, протекающие с инфекционно-септическими осложнениями, холестазами, гастродуоденальными изъязвлениями. Доказано, что хронический панкреатит является “почвой”, “ложем”, “основой” для возникновения карциномы поджелудочной железы. Поэтому оставление выраженной патологии, преимущественно локализующейся в головке ПЖ, чревато реальной опасностью малигнизации и гнойно-септическими осложнениями. В этих ситуациях показана панкреатодуоденальная резекция.

Панкреатодуоденальная резекция при хроническом панкреатите на современном этапе становится распространенной операцией. Применение сандостатина в значительной степени предотвращает несостоятельность панкреатикоюноанастомоза и развитие панкреонекроза. Однако, проблемой остаётся возможная несостоятельность гепатикоеюноанастомоза у больных с узким и тонкостенным общим печеночным протоком.

С 1994 по 2006 гг. нами выполнено 109 панкреатодуоденальных резекций по поводу хронического панкреатита. Среди оперированных было 99 мужчин и 10 женщин в возрасте от 32 до 61 года. Всем больным проводили обследование с обязательным включением УЗИ, компьютерной томографии и эндоскопической панкреатикохолангиографии. У 49 (46,8%) пациентов первоначально в различных лечебных учреждениях проводились определенного вида дренирующие операции, которые в дальнейшем оказались не эффективными. В зависимости от вида предыдущей операции, мы применяли варианты этапов реконструкции во время панкреатодуоденальной резекции.

Следует отметить, что у 25 (27,5%) оперированных общий печеночный был узким и тонкостенным. При этом этап проведения гепатикоеюноанастомоза оказывался сложным, сопровождаясь риском возникновения его недостаточности. В первые годы проведения ПДР у двоих больных с узким и тонкостенным общим печеночным протоком возникла несостоятельность гепатикоеюноанастомоза. Поэтому в этих случаях с 1996 года мы стали проводить прецизионный гепатикоеюноанастомоз на каркасном дренаже, имеющим наружный диаметр до 4 мм. С этой целью проксимальный конец дренажа заводили за гепатикоеюноанастомоз на 3 – 4 см, а его дистальный отдел выводили через участок кишки на переднюю брюшную стенку. На уровне анастомоза, для профилактики преждевременного выпадения дренажа, проводили дополнительную его внутреннюю фиксацию кетгутовой нитью. Созданные множествен-

Евтихова Е.Ю., Лебедева О.А., Евтихов Р.М., Гагуа А.К., Чикин А.Н.

#### **ВАРИАНТ ЭТАПА БИЛИАРНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПО ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА**

*Ивановская государственная медицинская академия,  
г. Иваново*

В настоящее время хронический панкреатит является самой частой патологией поджелудочной железы, составляя в структуре заболеваний органов желудочно-кишечного тракта от 5 до 10%. Особенно увеличилось число больных с осложненными формами данного заболевания, нуждающихся в хирургическом лечении. Тем не менее, до настоящего времени про-

ные отверстия на боковых стенках дренажа дают возможность поступления желчи не только наружу, но и в просвет кишки. Сроки дренирования варьировали от 10 до 14 дней. Ни в одном наблюдении не было отмечено несостоятельности гепатикоеюноанастомоза, а в отдаленном периоде (сроки наблюдения до 11 лет) среди анализированных пациентов не наступило его стриктуры.

Следовательно, при выполнении ПДР, особенно в случаях узкого и тонкостенного общего печечного протока, использование каркасного дренажа облегчает технику прецизионного шва, обеспечивает билиарную декомпрессию и предупреждает несостоятельность билиодигестивного анастомоза. С накоплением опыта панкреатодуоденальная резекция становится эффективным методом лечения осложнённых форм хронического панкреатита.