

ТАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

*Жандаров К.Н.¹, Белюк К.С.², Савицкий С.Э.¹,
Ушкевич А.Л.², Русин И.В.¹, Кухта А.В.¹,
Кулага А.В.¹, Карнович В.Е.¹*

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»¹,
УО «Гродненский государственный медицинский университет»²,
Гродно, Республика Беларусь

Цель. Показать возможность применения различных органосохраняющих методик в лечении осложненного хронического панкреатита (ХП).

Материалы и методы. В хирургическом отделении УЗ «Гродненская областная клиническая больница» за период 9 лет находилось на лечении 238 больных с хроническим панкреатитом, осложненным патологией протоков поджелудочной железы. Оперировано 157 больных. При наличии хронического панкреатита, осложненного склерополикистозом, кальцинозом головки ПЖ и наличием панкреатической гипертензии выполняли интрапаренхиматозную субтотальную или клиновидную (по типу операции Frey) резекцию головки ПЖ с наложением продольного панкреатоюноанастомоза по Ру (51). При кистах ПЖ, расположенных по задней или боковым поверхностям ПЖ, выполняли панкреатоцистовирсунгоеюностомию (анастомоз кисты с протоком через ткань ПЖ, а затем производили продольную панкреатоюностомию) по Ру (42) по разработанной в клинике методике. При расположении кист в отдалении от ПЖ на одной петле по Ру формировали панкреатоцистоеюноанастомоз и продольный панкреатоюноанастомоз (6). При наличии кист без явлений хронической панкреатической гипертензии или их осложнениях выполняли: программированную лапароскопическую санацию (31) по разработанной в клинике методике, пункции под контролем УЗИ (41), наружное дренирование только при осложнениях (7), панкреатоцистоеюностомию по Ру (14). При свищах ПЖ (15) выполняли: срединную резекцию ПЖ с наложением дистального панкреатоюноанастомоза (8), дистальную резекцию

(5) и гемипанкреатэктомию (2). При наличии желчной гипертензии из-за патологии в головке ПЖ выполняли: холедохопанкреатоюноанастомоз по разработанной в клинике методике (10), холедохоеюно- и панкреатоюноанастомоз на одной петле по Ру (2). В случаях, когда имелась сочетанная патология с одновременным наличием патологии протоков поджелудочной железы и парапанкреатической кисты, не связанной с протоковой системой, выполняли панкреатоюно- и панкреатоцистоеюноанастомозы на двух петлях по Ру по типу «елочки» (2).

В конце операции с профилактической целью осуществляли дренирование холедохо- и панкреатоюноанастомозов наружу через желчевыводящие пути (по типу Холстеда–Пиковского – 11) и через У-образную петлю (по типу подвесной юностомы – 4). В конце операции обязательно всегда осуществляли дренирование области панкреатоюноанастомоза по верхнему краю поджелудочной железы и дренирование малого таза (90).

Результаты. При выполнении оперативных вмешательств без учета оттока панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку отмечено образование панкреатических свищей из-за недооценки имеющейся хронической панкреатической гипертензии (17) и необходимость повторных оперативных вмешательств, направленных на ее коррекцию (19). В послеоперационном периоде отмечено 3 несостоятельности панкреатоюноанастомоза, и благодаря его дренированию не потребовалось повторного оперативного вмешательства.

Выводы. Применение органосохраняющих операций с экономной резекцией ПЖ, одновременным дренированием протоковой системы и кист ПЖ при наличии хронической панкреатической гипертензии позволило значительно снизить послеоперационную летальность и количество осложнений.