

ОРГАНСОБЕРЕГАЮЩИЙ ПРИНЦИП В ХИРУРГИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ ОТКРЫТОМ СТЕНТИРОВАНИИ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА



ПЕРЕХОДОВ С.Н.,
член-корреспондент РАН,
д.м.н., профессор, глав-

ный врач Клинической больницы АО ГК «МЕДСИ» в Отрадном, заведующий кафедрой госпитальной и военно-полевой хирургии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, полковник мед. службы запаса, persenmd@mail.ru



ЗАБЕЛИН М.В.,
д.м.н., профессор, замести-

тель Председателя правительства Московской области – министр здравоохранения Московской области, minzdrav@mosreg.ru



ЗВОЛЬСКАЯ Н.М.,

к.м.н., доцент кафедры хирургии поврежденных с курсом военно-полевой хирургии Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (Росбиотех)», nina-zvol'skaja@rambler.ru



ЗУБРИЦКИЙ В.Ф.,

академик РАМТН, д.м.н., профессор, главный хирург МВД России, заведующий кафедрой хирургии поврежденных с курсом военно-полевой хирургии Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (Росбиотех)», заслуженный врач Российской Федерации, заслуженный врач Чеченской Республики, полковник вн. службы, zubolad2009@yandex.ru

Настоящее исследование посвящено анализу результатов лечения группы больных хроническим панкреатитом, большая часть которых была оперирована в объеме открытого стентирования панкреатического протока. Полученные результаты свидетельствуют, что в ряде случаев при осложненном течении хронического панкреатита комбинированное органосохраняющее вмешательство может служить альтернативой обширным панкреато-дуоденальным резекциям и продольной панкреатоеюностомии.

Ключевые слова: хронический панкреатит, панкреатический проток, стентирование, резекция, панкреатикоеюноанастомоз.

ORGAN-PRESERVING PRINCIPLE IN THE SURGERY FOR CHRONIC PANCREATITIS IN CASE OF OPEN STENTING OF THE PANCREATIC DUCT

Perekhodov S., Zabelin M., Zvol'skaja N., Zubritskiy V.

This study focuses on the analysis of the outcomes of treatment of a group of patients with chronic pancreatitis most of whom were operated with performing open stenting of the pancreatic duct. The obtained results indicate that in some cases in the complicated course of chronic pancreatitis a combined organ-preserving intervention can serve as an alternative to extensive pancreaticoduodenal resections and longitudinal pancreaticojejunostomy.

Key words: chronic pancreatitis, pancreatic duct, stenting, resection, pancreaticojejunostomy.

Введение

Несмотря на выпуск монографии, посвящённой открытому стентированию панкреатического протока (ОСПП) в лечении осложнённых форм хронического панкреатита (ХП) [10] и отдельные публикации в отече-

ственных и зарубежных изданиях [11], хирургическая общественность почти не знакома с этой технологией.

Необходимо пояснить, почему был осуществлен переход на ОСПП. Причин две.

Первая причина – это склонность продольного панкреатикоюноанастомоза (ППЕА) к облитерации в отдалённые сроки после операции. Авторы убедились в облитерации при реконструктивных операциях на поджелудочной железе (ПЖ) [10]. Об этом сообщает также *А.В. Воробей*, который обнаружил облитерацию ППЕА при повторных операциях у всех больных ХП с продольной панкреатикоюностомией (ППЕС) в анамнезе [4, 5, 8, 9]. (Вторая причина изложена в графе «Результаты и обсуждение».)

После размышлений о причинах этого явления был сделан вывод, что постоянная активация всех протеолитических ферментов в зоне анастомоза под действием энтерокиназы кишечника неизбежно должна приводить к анастомозиту, исходом которого и является облитерация. Клинически это проявляется рецидивом болевого синдрома [10].

ППЕА не физиологичен, и его облитерация происходит вовсе не по вине хирурга, а по непреложным законам природы. Попытки усовершенствования продольного панкреатикоюноанастомоза были предприняты уже через 2 года после того, как в 1958 г. американский хирург *C. Puestow* предложил его для лечения ХП. Модификация по *Partington–Rochelle* заключалась только в том, что *P. Partington* и *R. Rochelle* рекомендовали создание анастомоза большей протяжённости. Последующие предложения по усовершенствованию этого анастомоза были весьма многочисленными и продолжаются до настоящего времени [8].

Многие исследователи отмечают хорошие непосредственные результаты ППЕС и неудовлетворительные отдалённые [1, 2, 10]. При этом с увеличением срока наблюдений увеличивается и количество неудовлетворительных результатов [3, 6].

Цель исследования

Изучить возможность применения предложенных органосохраняющих операций при лечении осложнённых форм хронического панкреатита.

Материалы и методы

Клиническим материалом исследования послужила группа из 68 больных ХП

(55 [80,9%] мужчин, 13 [19,1%] женщин), которым выполнялись ОСПП и другие оперативные вмешательства. Средний возраст пациентов составил 45,8 лет. Непрерывно рецидивирующая болевая форма ХП была у 31 (46,3%) чел.

Результаты и обсуждение

Все пациенты были оперированы по поводу хронического панкреатита в ГБУЗ Московской области «Мытищинская областная клиническая больница», ФКУЗ «Главный клинический госпиталь МВД России» и в других стационарах в период с 2010 по 2024 г. Из них ОСПП выполнили 55 чел. (80,9%), эндоскопическое стентирование панкреатического протока (ЭСПП) – 5 чел. (7,3%), цистопанкреатикоюностомия – 4 чел. (5,9%), ППЕС – 1 чел. (1,5%), дренирование абсцесса под УЗ-наведением – 1 чел. (1,5%). Другие операции при непрерывно рецидивирующей форме ХП выполнены 2 пациентам (2,9%): женщине 44 лет (вскрытие абсцесса и некрсеквестрэктомия в области крючковидного отростка, панкреатотомия с удалением камня панкреатического протока, который находился между телом и хвостом ПЖ, а также ушивание прикрытой перфорации толстой кишки [страдает неспецифическим язвенным колитом]) и мужчине 32 лет, у которого течение ХП осложнилось тромбозом селезеночной вены, инфарктом селезенки, внутренним панкреатическим свищом и ферментативным асцит-перитонитом, а также абсцедированием парапанкреатической кисты (выполнено наружное дренирование кисты, санация и дренирование брюшной полости).

Умерла 1 больная, 48 лет (летальность – 1,5%), страдавшая непрерывно рецидивирующей формой ХП, осложнённого калькулёзом, ППП, внутренним панкреатическим свищом и абсцедированием. Ей было выполнено дренирование парапанкреатического абсцесса под УЗ-наведением с образованием наружного панкреатического свища. Несмотря на рекомендации выполнить открытую операцию и устранить прежде всего ППП, лечащий врач решил ограничиться дренированием под УЗ-наведением.

Данный случай показывает, что расчет на малоинвазивность только затягивает время, отпущенное для решения главной задачи. А времени этой категории больных с непрерывно рецидивирующей формой ХП отпущено немного: часто их *habitus* (внешний

вид) можно сравнить с их собственной тенью – так плохо они выглядят. Увлечение малоинвазивностью может принести вред, когда она становится целью, будучи только средством. А целью хирурга может быть только патогенетически обоснованное вмешательство, и только оно может привести к успеху.

Виды различных осложнений ХП и их частота представлены в табл. 1.

Главные осложнения ХП, к которым можно отнести кисты ПЖ, билиарную гипертензию и нарушения дуоденальной проходимости вследствие кистозно-воспалительной трансформации двенадцатиперстной кишки (КВТ ДПК), встретились со следующей частотой: кисты ПЖ были у 25 (36,8%) пациентов, кистозно-воспалительная трансформация двенадцатиперстной кишки – у 22 (32,4%), билиарная гипертензия – у 19 (27,9%).

Другие осложнения, свойственные непрерывно рецидивирующей форме ХП, были следующими: тромбозы воротной и селезёночной вен обнаружались у 5 (7,4%) пациентов, внутренний панкреатический свищ – у 11 (16,2%), абсцессы – у 6 (8,8%), перитонит – у 6 (8,8%), аррозия кровеносного сосуда в кисте ПЖ – у 1 (1,5%) чел.

Из нехирургических осложнений: кахексия и анорексия осложнили течение непрерывно рецидивирующей формы ХП у 3 (4,4%) больных, острая почечная недостаточность с нарушением сознания отмечена у 3 (4,4%) пациентов с декомпенсированной дуоденальной непроходимостью на почве КВТ ДПК.

Сахарным диабетом страдали 18 чел. (26,5%).

Все лица с острой почечной недостаточностью были без сознания и поступали первично в отделение реанимации.

Самыми частыми операциями в анамнезе в исследуемой группе были операции по поводу острого и хронического панкреатита и операции на внепеченочных желчных путях. Всего операции в анамнезе перенесли 32 (47,1%) пациента, которым в разное время выполнено 36 оперативных вмешательств.

Операции в анамнезе у анализируемой группы больных ХП представлены в табл. 2 на с. 9.

По поводу острого и хронического панкреатита в анамнезе было выполнено всего 24 операции: некрэксеквестрэктомия с санацией и дренированием брюшной полости по поводу панкреонекроза – 6 пациентам, лапароскопическая санация – 1, дистальная резекция ПЖ, спленэктомия – 2, различные операции по поводу постнекротических кист ПЖ – 6, ЭРХПГ, ЭПСТ, вирсунготомия – 5 (из них эндоскопическое стентирование общего желчного и панкреатического протоков – 1 чел.), продольная панкреатикоюностомия (ППЕС) – 2, ОСПП – 2.

Многие ведущие панкреатологи приходят к выводу о необходимости отказа от ППЕС [7, 8]. Представляется, что в настоящее время назрела необходимость изучения длительности функционирования продольного панкреатикоюноанастомоза, особенно учитывая тот факт, что операции *Фрея* и *Бегера* в Бернском варианте завершаются тем же ППЕА. При достигнутом уровне доступности современных методов исследования (прежде всего МСКТ) можно было бы установить достоверные признаки функционирующего и облитерированного ППЕА и определить сроки его функционирования. Необходимо заметить, что анастомоз *конец-в-бок* между поперечным срезом ПП с тонкой кишкой, сформированный с помощью прецизионной техники (на-

Таблица 1

Виды осложнений у больных хроническим панкреатитом и их частота

Виды осложнения	Количество, п	Частота, %
Кисты ПЖ	25	36,8
Билиарная гипертензия	19	27,9
КВТ ДПК (дуоденальная недостаточность)	22	32,4
Внутренний панкреатический свищ	11	16,2
Абсцесс	6	8,8
Перитонит	6	8,8
Тромбозы воротной и селезёночной вен	5	7,4
Аррозия кровеносного сосуда в кисте	1	1,5
Кахексия и анорексия	3	4,4
Острая почечная недостаточность	3	4,4
Сахарный диабет	18	26,5

Таблица 2

Виды операций в анамнезе

Виды оперативного вмешательства	Количество операций
Некрсеквестрэктомия, санация и дренирование брюшной полости	6
Лапароскопическая санация брюшной полости	1
ККР ПЖ, спленэктомия	2
Операции по поводу кист ПЖ	6
ЭРХПГ, ЭПСТ, вирсунготомия	5
ППЕС	2
ОСПП	2
ХЭ, наружное дренирование холедоха	4
ХЭ, ХДА	3
ЛХЭ	1
Холецистостомия	1
Операция Монастырского	1
Дуоденоеюностомия	1
Ликвидация спаечной непроходимости	2
Всего:	36

Примечания: ККР – корпорокаудальная резекция, ЭРХПГ – эндоскопическая ретроградная холангио-панкреатография, ЭПСТ – эндоскопическая папилосфинктеротомия, ХЭ – холецистэктомия, ХДА – холедоходуоденостомия, ЛХЭ – лапароскопическая холецистэктомия.

пример, при панкреатодуоденальной резекции или при операции Бегера до появления модификаций), по наблюдениям авторов, к облитерации не склонен.

Второй причиной перехода на ОСПП были результаты наблюдения за больными ХП с так называемой непрерывно рецидивирующей болевой формой. Эта форма характеризуется неэффективностью консервативной терапии, стойкой гиперамилаземией, выраженными воспалительными изменениями самой ПЖ и окружающих её органов и тканей. Для неё характерно развитие следующих осложнений:

1) КВТ ДПК и связанных с ней нарушений дуоденальной проходимости – другими словами, в свете изложенного ранее для неё характерно развитие дуоденальной недостаточности;

2) тромбоза воротной и селезёночной вен в результате прилегания крупных вен к воспалённым тканям ПЖ и переходу воспаления на стенку вены;

3) образования внутренних панкреатических свищей из-за присоединения некротических изменений на ограниченных участках паренхимы ПЖ и «разгерметизации» протоковой системы;

4) присоединения ферментативно-го асцит-перитонита на фоне внутреннего панкреатического свища или ферментативного плеврита при сообщении свища с плевральной полостью;

5) образования инфильтратов, абсцессов и других гнойных осложнений;

6) мучительного болевого синдрома, не купирующегося терапевтическими методами;

7) прогрессирующего истощения – вплоть до кахексии и анорексии.

Фактически речь идёт о развитии осложнений, более характерных для острого панкреатита, которые протекают на фоне панкреатической протоковой гипертензии и связанной с ней активацией протеолитических ферментов внутри ПЖ. В таких условиях выполнение дренирующих и резекционно-дренирующих операций становится невозможным из-за выраженных инфильтративных изменений ткани самой железы. При этом создание панкреатикоюноанастомоза или становится технически невозможным, или грозит развитием несостоятельности в ближайшем послеоперационном периоде. *Именно для этих больных с непрерывно рецидивирующей болевой формой ХП открытое стентирование панкреатического протока стало поистине спасительной операцией* [5, 6]. Авторы считают показанием к ОСПП любую форму калькулёзного ХП, осложнённого панкреатической протоковой гипертензией при технической невозможности выполнить эндоскопическое стентирование панкреатического протока (ПП).

ОСПП – это органосохраняющая дренирующая операция при ХП. Её целью является восстановление дренажной функции

протоковой системы ПЖ путем создания искусственного хода в паренхиме головки ПЖ, соединяющего просвет ПП с просветом ДПК. Поддержание дренажной функции обеспечивает установленный в протоке и искусственном ходе стент [5].

Результатом ОСПП является купирование воспалительного процесса и связанного с ним сильного болевого синдрома, а также нормализация дуоденальной фазы пищеварения. Поступление пищеварительного секрета ПЖ в просвет ДПК нормализует процесс пищеварения и слаженность работы всех органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, в том числе и самой ПЖ, а также выше- и нижележащих отделов пищеварительного тракта.

Ход операции

После вскрытия ПП путём продольной панкреатотомии и инструментальной ревизии протока специальным бужом проделывается ход в зоне облитерации в головке ПЖ, и буж проводится в просвет ДПК, перфорируя медиальную стенку ДПК (строго в зоне примыкания к головке ПЖ!). Перфорация

стенки ДПК происходит, как правило, вблизи большого дуоденального сосочка – кпереди от него. Конец бужа выводится наружу через небольшое дуоденотомическое отверстие. После скручивания головки бужа на него насаживается пластиковый панкреатический стент диаметром 11FR, и при извлечении бужа в ПП и проделанном ходе устанавливается стент. Панкреатотомическое и дуоденотомическое отверстия зашиваются.

Схема этапов операции ОСПП представлена на рис. 1.

Этапы открытого стентирования, выполненного больному З., 56 лет, представлены на интраоперационных фотографиях (рис. 2, с. 11).

ОСПП отличается гладким течением послеоперационного периода и может быть выполнено в таких условиях, когда другие вмешательства развитыми тяжёлых послеоперационных осложнений [10]. Особенно это касается непрерывно рецидивирующей болевой формы ХП. ОСПП предполагает ежегодную эндоскопическую замену панкреатического стента в последующем.

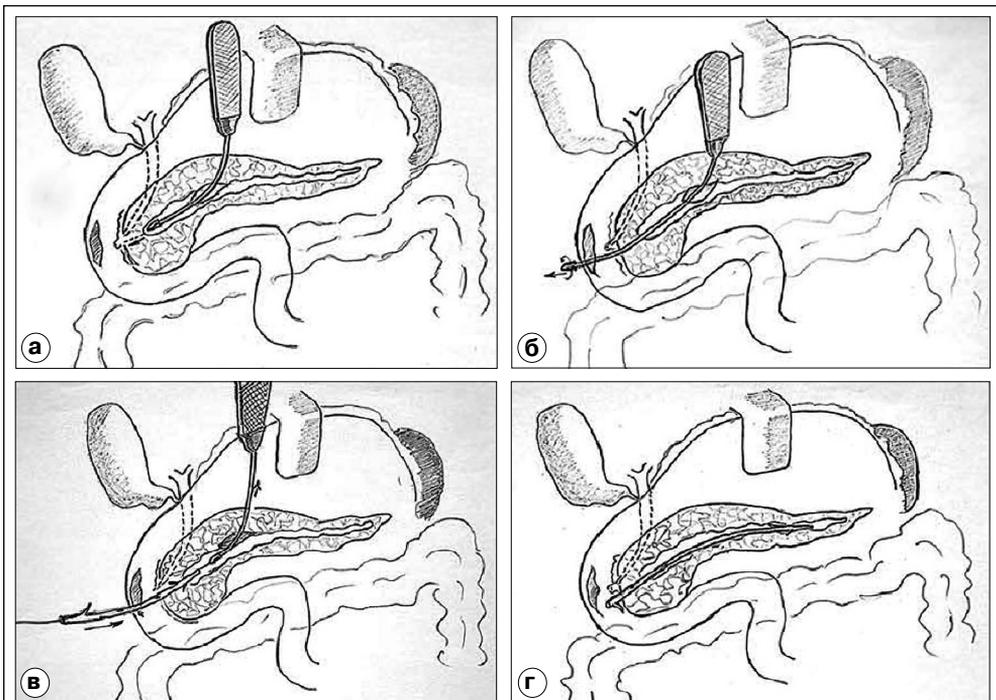


Рис. 1 а–г. Схема этапов ОСПП: а) головка бужа, введенного через панкреатотомическое отверстие в панкреатический проток, находится перед зоной облитерации протоковой системы; б) буж проведен через зону облитерации в головке ПЖ и медиальную стенку ДПК и выведен наружу через дуоденотомическое отверстие; головка бужа скручивается; в) после смены головки бужа на головку с направляющей панкреатический стент по направляющей устанавливается в искусственном ходе в головке ПЖ и панкреатическом протоке; г) установка панкреатического стента завершена. (© Н.М. Звольская, рисунки, 2025.)

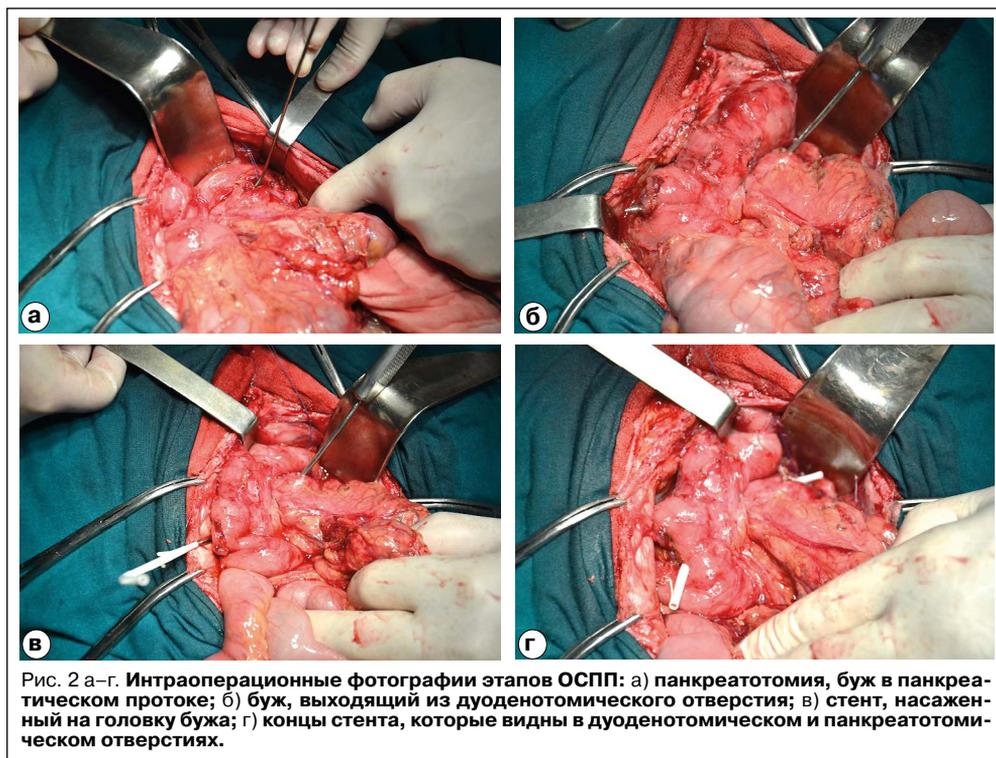


Рис. 2 а–г. Интраоперационные фотографии этапов ОСПП: а) панкреатотомия, буж в панкреатическом протоке; б) буж, выходящий из дуоденотомического отверстия; в) стент, насаженный на головку бужа; г) концы стента, которые видны в дуоденотомическом и панкреатотомическом отверстиях.

Органосохраняющий характер данной операции естественным образом требует устранения всех других хирургических осложнений ХП (билиарной гипертензии, кист ПЖ, дуоденальной недостаточности и др.) путем комбинированного вмешательства в течение одной операции.

Необходимо отметить, что у 2 больных, перенесших в анамнезе ППЕС, имелась полная облитерация продольного панкреатико-еюноанастомоза. Им было выполнено ОСПП. У других 2 больных, у которых в анамнезе было ОСПП, произошла проксимальная миграция панкреатического стента. Неоднократные попытки эндоскопического извлечения мигрировавшего стента были неудачными. Им также было выполнено повторное ОСПП. После усовершенствования характеристик эндопротеза для стентирования протока поджелудочной железы (ЭСПЖ) (имеются патенты Российской Федерации) больше не отмечалось случаев проксимальной, а также дистальной миграций панкреатического стента.

Всего было 10 перенесенных в анамнезе операций на внепеченочных желчных путях: холецистэктомия и наружное дренирование холедоха – у 4 чел., холецистэктомия и холедоходуоденостомия – у 3, лапароскопиче-

ская холецистэктомия – у 1, холецистостомия – у 1 и операция Монастырского – у 1.

Дуоденоеюностомия по поводу дуоденостаза была в анамнезе у 1 пациента. Ещё один больной, оперированный в анамнезе по поводу панкреонекроза, перенёс 2 операции по поводу острой спаечной кишечной непроходимости в разное время.

Дуоденостаз как фоновое заболевание в рассматриваемой группе больных встретился у 3 (4,4%) чел. (2 мужчин, 46 и 47 лет, и 1 женщины 45 лет). В анализируемой группе также встретились 2 пациентки (33 и 40 лет) с вариантами развития ПЖ и ДПК. У одной (пациентка П.) была *pancreas divisum*, у другой (пациентка Г.) – *duodenum inversum*.

Более частая, чем в среднем в популяции, встречаемость пациентов с дуоденостазом в исследуемой группе закономерна. Нейрогуморальные и моторно-эвакуаторные нарушения, характерные для дуоденостаза, безусловно, играют важную роль в патогенезе заболеваний гепатопанкреато-дуоденальной зоны.

Из этого можно сделать вывод о том, что не только при операциях по поводу язвенной болезни, но и при оперативном лечении ХП хирург должен обращать внимание на состояние двенадцатиперстной кишки. Признаки

дуоденостаза обычно едва заметны внешне, поскольку это заболевание носит функциональный характер. Это небольшое расширение её диаметра и некоторое её удлинение с образованием лёгкой складчатости, которая бывает заметна при мобилизации ДПК по Кохеру. Несмотря на функциональный генезис дуоденостаза и возможность благоприятного исхода при консервативном лечении, последнее, как правило, имеет лишь временный эффект. При декомпенсации дуоденостаза возникает клиническая картина высокой дуоденальной непроходимости. Оперативное лечение дуоденостаза чрезвычайно эффективно. Достаточно наложить позадибодочный дуоденоюноанастомоз в области перехода нисходящей части ДПК в нижнюю горизонтальную. В этом случае не требуется наложение межкишечного Браунского соустья. Эта операция на практике показывает прекрасный результат.

Что же касается пациентки П. с *pancreas divisum*, то ей пришлось установить 2 панкреатических стента при операции ОСПП. При этом варианте развития ПЖ протоковые системы ventральной и дорзальной закладок остаются самостоятельными. Часть ПЖ, являющаяся производной дорзальной закладки, дренируется через малый дуоденальный сосочек, а крючковидный отросток, часть головки ПЖ, производные ventральной закладки – через большой дуоденальный сосочек. Течение непрерывно рецидивирующей формы калькулёзного ХП у пациентки было осложнено наличием большой кисты головки ПЖ с явлениями нарушения дуоденальной проходимости (НДП) и разрывом кисты непосредственно перед операцией.

Duodenum inversum (редко встречающаяся аномалия развития ДПК) была у паци-

ентки Г., медсесты, страдающей ХП с детства. Алкоголь никогда не употребляла. В возрасте 27 лет ей были выполнены ЭРХПГ, ЭПСТ, вирсунготомия с извлечением множества конкрементов из ПП. Стентирование не выполнялось. После вмешательства отмечено улучшение самочувствия, исчезновение болей, но с течением времени заболевание прогрессировало, приступы болей возобновились. Оперирована в возрасте 40 лет, выполнено ОСПП, выявлена аномалия развития ДПК – *duodenum inversum*. Признаков нарушения дуоденальной проходимости не было, никакой хирургической коррекции ДПК не проводилось. Самочувствие улучшилось, болевой синдром купирован, выполняется ежегодная эндоскопическая замена панкреатического стента. Интраоперационная фотография больной Г. и схема *duodenum inversum* показана на рис. 3.

В немногочисленных публикациях, посвящённых этой редкой аномалии, говорится о том, что при *duodenum inversum* ДПК проходит впереди ПЖ, но в данном случае она проходила сзади и не мешала работе на ПЖ. Если же представить себе эмбриогенез этой аномалии и тот факт, что ПЖ всегда развивается между листками брыжейки первичной кишки, то прохождение *duodenum inversum* под печёчно-двенадцатиперстной связкой указывает на то, что дальнейший ход тонкой кишки должен быть именно под ПЖ. На рис. 3 хорошо видна и брыжейка аномально расположенной части ДПК.

Течение ближайшего послеоперационного периода и отдаленные результаты

В ближайшее время пациентке Г. предстоит шестая эндозамена панкреатического стента. Что касается этиологии ХП, у нее,

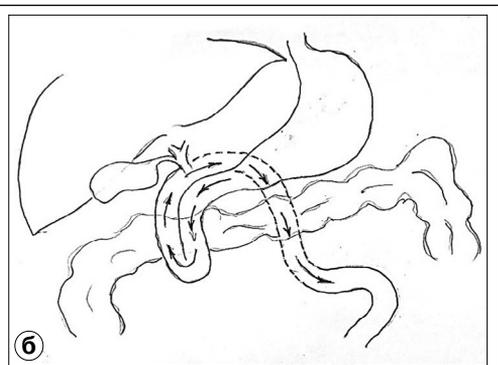
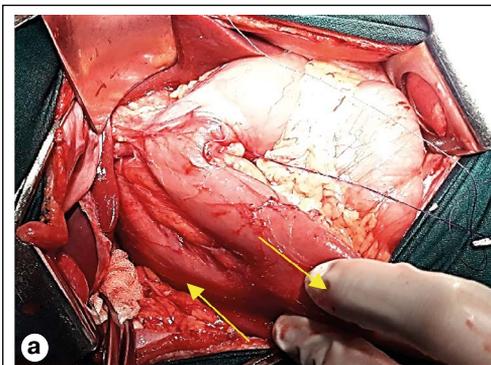


Рис. 3 а, б. Больная Г.: а) видны верхняя и нисходящая части ДПК, расположенные обычно; под нисходящей частью – необычно расположенная часть ДПК, стрелки указывают направление движения химуса; б) схема *duodenum inversum*.

Таблица 3

Виды комбинированных вмешательств, выполненных по поводу различных осложнений ХП

Вид оперативного вмешательства	Количество
Холецистэктомия	18
Трансдуоденальная папиллосфинктеротомия	7
Супрадуоденальная холедоходуоденостомия	14
Протяженная дуоденоеюностомия	13
Реконструкция ПДЕА	1
Дуоденоеюностомия (при дуоденостазе)	3
Дуоденолизис	1
Гастроэнтеростомия по Гаккеру	2
Пилородуоденопластика по Микуличу	1
Цистогастростомия	2
Цистоеюностомия	2
Наружное дренирование кисты ПЖ	7
Вскрытие абсцесса	6
Некрсеквестрэктомия	1
Ушивание перфорации толстой кишки	1
Панкреатотомия, литоэкстракция	1
Спленэктомия	1
Всего:	81

по-видимому, она связана с генетическими факторами, являющимися причиной преждевременной активации протеаз внутри самой ПЖ. Аномалия развития ДПК является в данном случае случайной находкой, ее участие в патогенезе ХП сомнительно.

ОСПП носит органосохраняющий и комбинированный характер с целью коррекции всех нарушений, имеющих у конкретного больного. В группе из 55 (100%) больных, которым было выполнено ОСПП, 42 (76,5%) из них выполнялись комбинированные вмешательства в различных сочетаниях, а 13 (23,6%) чел. – только ОСПП. Всего 68 пациентам выполнено 81 комбинированное вмешательство (табл. 3).

Более всего комбинированных вмешательств выполнено для коррекции внепеченочных желчных путей – 39, из них холецистэктомий – 18; трансдуоденальных папиллосфинктеротомий – 7; супрадуоденальных холедоходуоденостомий – 14. Для коррекции НДП выполнено 20 вмешательств: из них протяжённых дуоденоеюностомий при КВТ ДПК – 13; обычных позадиободочных дуоденоеюностомий на петле тонкой кишки (без Брауновского соустья) при дуоденостазе – 3; дуоденолизис при мощном многослойном рубцовом перидуодените – 1; гастроэнтеростомий по Гаккеру – 2; пилородуоденопластики при КВТ верхней части ДПК – 1.

По поводу кист ПЖ выполнено 11 комбинированных вмешательств: наружных дренирований – 7; цистогастростомий – 2; цистоеюностомий – 2. Кроме того, было выполнено 4 цистопанкреатикоеюностомии, которые можно рассматривать как комбинированное вмешательство при ХП при сочетании кисты головки ПЖ и ППГ. Итого – 15 операций.

Вскрытие абсцессов различной локализации было выполнено в 6 случаях.

Спленэктомия выполнена 1 больному с калькулёзным ХП, абсцедирующим кисты хвоста ПЖ, тромбозом селезеночной вены, некрозом селезенки с образованием поддиафрагмального абсцесса и последующим прорывом его в брюшную полость, перитонитом. Он был оперирован по экстренным показаниям, в объёме ОСПП, спленэктомии, санации и дренирования абсцессов и брюшной полости. Послеоперационный период протекал гладко. При осмотре через 3 мес.: более нет, работает. Через 1 год прибавление массы тела составило 18 кг. На вопрос, как он себя чувствует, ответил: «Как здоровый человек». В последующем – ежегодные эндозамены панкреатического стента.

Ближайший послеоперационный период у больных исследуемой группы протекал относительно гладко. После ОСПП дренаж сумки малого сальника не удаляли ранее 4–6 суток для контроля за подтека-

нием панкреатического секрета из ушитого панкреатотомического отверстия, полагая, что вероятность прорезывания швов и утечки секрета тем больше, чем более выражен инфильтративный компонент воспаления ПЖ. Поскольку сумка малого сальника изолирована от свободной брюшной полости и дренирована, а ППГ разрешена стентированием панкреатического протока, данное осложнение не несет никаких угроз и требует только некоторого терпения и времени для его самостоятельного излечения.

Истечение панкреатического секрета потребовало более длительного стояния дренажа сумки малого сальника у 2 пациентов, 39 и 56 лет. У обоих была непрерывно рецидивирующая форма ХП, при операции отмечался резко выраженный инфильтративный компонент в паренхиме самой ПЖ и окружающих тканях.

У пациента 39 лет, выписанного на 14-е сутки после ОСПП, дренаж был удален через 2 недели после выписки – после фистулографии, при которой контрастировалась только дренажная трубка.

Пациенту 56 лет была выполнена операция в объеме ОСПП в сочетании с ПДЕС. В процессе поиска ПП был вскрыт абсцесс ПЖ малого объема. На 3-и сутки после операции отмечено выделение панкреатического секрета по улавливающему дренажу с нарастающим дебитом от 300 до 1000 мл в сутки. На 7 день послеоперационного периода выделение панкреатического секрета по дренажу прекратилось, на 8 день дренаж удален. На 10 сутки больной выписан из стационара.

Всего в исследуемой группе из 68 (100%) оперированных было выполнено 2 (2,9%) релапаротомии. Обе после ОСПП. У одного больного 57 лет констатировали выделение желчи по улавливающему дренажу. Этот больной был первым в рассматриваемой группе: кроме ОСПП, ему были выполнены следующие комбинированные вмешательства: холецистэктомия, после разобщения наложенной ранее (в анамнезе) холецистоюностомы, холедохотомия и трансдуоденальная папиллосфинктеротомия, а также ему впервые была выполнена протяженная дуоденоюностомия в связи с НДП. Последнее было связано с протяженной трубчатой стриктурой, захватывающей всю верхнюю и нисходящую части ДПК. Опасения, связанные с возможной несостоятельностью дуоденоюноанастомоза, заставили на 3 сутки выполнить релапаротомию. При повторной

операции признаков несостоятельности анастомоза не выявлено. Подтекание желчи из швов холедоха полностью улавливалось дренажом. Швы холедоха были сняты, установлен дренаж Кера. Таким образом, релапаротомия носила в большей степени диагностический характер. В дальнейшем послеоперационный период у этого больного протекал гладко.

Ещё у одной больной 33 лет, которая упоминалась уже в связи с *pancreas divisum*, послеоперационный период осложнился спаечной кишечной непроходимостью, ей была выполнена релапаротомия, проведена ликвидация непроходимости. Других осложнений в ближайшем послеоперационном периоде не отмечалось.

У всех больных заживление было первичным.

Выводы

1. Оперативное вмешательство при ХП должно быть органосохраняющим и восстановительным для нормальной физиологии пищеварительной системы. Операция должна иметь индивидуальный комбинированный характер для устранения всего комплекса осложнений, имеющихся у каждого конкретного больного.

2. ОСПП эффективно купирует ППГ и связанный с ней болевой синдром, характеризуется гладким течением послеоперационного периода, отсутствием послеоперационных осложнений, по сравнению с другими методами хирургического лечения ХП, меньшей длительностью пребывания больного в стационаре и улучшением качества жизни больных ХП в отдаленные сроки – от 1 до 5 лет.

3. Возможной причиной облитерации ППЕА в отдаленные сроки после операции и развития блока протоковой системы в головке ПЖ при ХП, по данным исследования, являются: 1) активация пищеварительных ферментов ПЖ в зоне ППЕА, 2) отличия гистотопографии и архитектуры строения протоковой системы в разных отделах ПЖ, которые напрямую связаны с эмбриогенезом органа.

Литература

