

ВЫБОР МЕТОДА ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Клименко В.Н., Букин В.Е., Кравченко С.М., Резник Ю.И., Клименко А.В., Захарчук А.В.

Запорожский государственный медицинский университет, г.Запорожье

Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) является наиболее адекватным оперативным вмешательством при осложненных фиброзно-дегенеративных формах хронического панкреатита (ХП), нередко вызывающих прогрессирующее сдавление воротной вены, регионарную портальную гипертензию с упорным асцитом [1, 3, 4]. Классическая ПДР *Whipple*, разработанная как метод хирургического лечения рака головки поджелудочной железы (ПЖ), длительное время применялась и при ХП. В настоящее время хирурги стремятся уйти от излишнего формального радикализма, связанного с резекцией части желудка, удаляя только необходимую часть головки ПЖ с прилегающим сегментом двенадцатиперстной кишки [2, 5]. Такое органосохраняющее направление полностью укладывается в рамки функциональной хирургической панкреатологии.

В клинике по поводу осложненных форм ХП оперированы 19 больных в возрасте от 30 до 56 лет. Мужчин было 18, женщин – 1. У 17 (89,4%) из них выполнена ПДР с сохранением желудка и пилоруса, у 2 – ПДР с резекцией желудка. Основными методами, позволяющими определить характер и локализацию патологических изменений в ПЖ, являлись компьютерная томография и ультразвуковое исследование, которые в 100% случаев позволяли верифицировать характер патологии, степень дилатации протоковой системы, морфологические изменения в парапанкреатической области. Морфофункциональные нарушения желудочно-кишечного тракта определялись при помощи фиброзофагогастродуоденоскопии и рентгенографии желудка. При необходимости выполнялась ретроградная панкреатохолангиография. Внешнесекреторную функцию ПЖ оценивали по данным копрограммы, специфические изменения которой, выявлены у 64% больных. Нарушения углеводного обмена (проба с двойной сахарной нагрузкой, глюкоза крови) наблюдались у 68% пациентов.

По классификации А.А. Шалимова с соавт. (1993) у всех больных наблюдался хронический фиброзно-дегенеративный панкреатит, при этом фиброзное опухолеподобное увеличение головки ПЖ было у 4; кальциноз ПЖ преимущественно в проксимальном отделе, но без калькулеза протоков – у 6; кальциноз ПЖ и калькулез протоков – у 3; кальциноз ПЖ с множеством мелких

кист в проксимальном отделе – у 6. Выраженный парапанкреатический фибропластический процесс со сдавлением воротной вены, регионарной портальной гипертензией, асцитом или без него наблюдался у 15 больных. Механическая желтуха на фоне значительной дилатации желчных протоков была у 9 пациентов, дилатация протоков без желтухи – у 9; нормальный калибр протоков – у 1. Для всех осложненных форм ХП характерным было увеличение головки ПЖ в 2-4 раза, только у 4-х больных такое увеличение было за счет крупных кистозных полостей с вязким бесцветным секретом, у остальных – головка ПЖ представляла собой фиброзное перерождение.

В клинике при осложненных формах ХП выполнялась ПДР с сохранением желудка и пилоруса. Лишь при сопутствующей язвенной болезни (2) производилась резекция 1/2 или 2/3 желудка. После лапаротомии и ревизии гепатопанкреатобилиарной области для экспресс-биопсии из зоны головки ПЖ иссекался столбик ткани глубиной 1,5-2 см. Выполнялась мобилизация панкреатодуоденального комплекса. Вначале мобилизуют головку ПЖ по Кохеру, затем широко вскрывают желудочно-ободочную связку с обязательным сохранением желудочно-сальниковых артерий. Так как парапанкреатический фиброз в наибольшей степени распространяется на заднюю поверхность, верхний край ПЖ, зону общей печеночной артерии и ее ветвей, целесообразно вначале пересечь ПЖ (чуть левее воротной вены), затем постепенно освободить от сдавления воротную и верхнебрыжеечную вены, которые у 6 больных представляли деформацию в виде "песочных" часов (у 4-х из них выполнена пластика воротной вены аутовеной). Далее, мобилизуя верхний край железы, необходимо осторожно отделить ее от общей печеночной артерии; найти, выделить и сохранить желудочно-двенадцатиперстную артерию (верхние передняя и задняя поджелудочно-двенадцатиперстные артерии перевязываются и отсекаются). Таким образом, сохраняется прямой кровоток в правую желудочно-сальниковую артерию, обеспечивающую надежное кровоснабжение пилорического отдела и постпилорического сегмента двенадцатиперстной кишки длиной 2-2,5 см, необходимого для последующего анастомоза.

Некоторые принципиальные моменты на основе опыта клинки: 1) у всех больных проводилась интраоперационная перидуральная анестезия и пролонгированная (2-3 дня) анальгезия; 2) ПЖ пересекается только электроножом без гемостатических швов культи (электрокоагуляционный гемостаз); 3) во всех случаях выполняется точечный панкреатико-еюноанастомоз и только при вируснолитиазе проток культи рассекается по длине с формированием продольной панкреатоеюностомии; 4) у всех больных стремились к наложению холедохоеюноанастомоза; 5) анастомоз с желчным пузырем производился вынужденно, при малом диаметре холедоха. Придерживаясь выработанных положений в раннем послеоперационном периоде, не наблюдали осложнений, связанных с формированием анастомозов;

летальных исходов не было. При контрольной рентгеноскопии желудка сохранялась ритмичная порционная эвакуация. В отдаленные сроки от 1 до 3 лет хорошие и удовлетворительные результаты (отсутствие или регресс болей, диабета, внешнесекреторной недостаточности ПЖ, демпинг-синдрома, гипогликемического синдрома, возвращение к труду) отмечены у 82,4% больных.

Таким образом, сохранение желудка и его замыкательной функции (пилоруса) при ПДР по поводу осложненных форм хронического панкреатита способствует более качественной адаптации больных в отдаленном периоде, смягчает проявление постпанкреаторезекционного синдрома, расширяет возможности заместительной терапии. Такой подход должен быть методом выбора при данной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузин М.И., Данилов М.В., Благовид Д.Ф. Хронический панкреатит. – М. – Москва. – 1985. – 368с.
2. Соколов В.И. Хирургические заболевания поджелудочной железы. Руководство для врачей. М. – Медицина. – 1998. – 192с.
3. Хирургические методы лечения хронического панкреатита. – Методические рекомендации под ред. акад. А.А.Шалимова. – Киев. – 1993. – 27с.
4. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Радзиховский А.П. Хирургия поджелудочной железы. – 1997. – 560с.
5. Шалимов А.А., Копчак В.М., Тодуров И.М., Дронов А.И., Шевколенко Г.Г., Запорожченко Б.С. Диагностика и хирургическое лечение осложненных форм хронического панкреатита//Актуальні проблеми панкреатобілярної та судинної хірургії. – Клиническая хирургия. – Київ. – 1988. – С.18-20.

РЕЗЮМЕ

ВИБІР МЕТОДУ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ У ХВОРИХ ІЗ УСКЛАДНЕНИМИ ФОРМАМИ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Клименко В.Н., Букін В.Е., Кравченко С.М., Резник Ю.І., Клименко А.В., Захарчук А.В.

На основі досвіду операцій у 19 хворих з приводу ускладнених форм хронічного панкреатиту, визначені основні принципи оперативних втручань, зроблено висновок, що збереження шлунку та його замикальної функції (пілоруса) при панкреатодуоденальній резекції при даному захворюванні сприяє більш якійс адаптації хворих у віддаленому періоді, пом'якшує прояви постпанкреаторезекційного синдрому, розширює можливості заміснювальної терапії. Даний підхід є методом вибору при даній патології.

SUMMARY

THE CHOICE OF METHOD OF PANCREATODUODENAL RESECTION IN PATIENTS WITH COMPLICATED FORMS OF CHRONIC PANCREATITIS

V.N. Klivenko, V.E. Bukin, S.M. Kravchenko, Yu.I. Reznik, A.V. Klivenko, A.V. Zaharchuk

Based on the results of 19 operations of the patients with complicated forms of chronic pancreatitis some principal moments in treatment of these patients had been established, conclusion was made that conservation of a stomach and pylorus during this disease contributes to more qualitative adaptation of patients in late period, softens the manifestations of postpancreatoresectional syndrome.