**БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**РЕФЕРАТ**

**На тему:**

**«Хирургическое лечение хронического панкреатита»**

**МИНСК, 2008**

Общим показанием к хирургическому лечению ХП является неэффективность консервативного лечения, проводимого терапев­там — гастроэнтерологами.

В редких случаях показания могут рассматриваться как неотложные, например, при остром кровоте­чении в полость псевдокисты и/или в просвет желудочно-ки­шечного тракта, а также при разрыве крупной кисты. Операции по срочным показаниям выполняются значительно чаще.

Они показаны при обострении инфекционного процесса в поджелу­дочной железе и окружающих ее тканях, механической желтухе, а также декомпенсированной дуоденальной непроходимости. В большинстве же случаев лечение ХП осуществляется в пла­новом порядке после тщательного исследования больного.

На­стоятельность показаний к операциям по поводу ХП увеличива­ется при невозможности исключить злокачественную опухоль поджелудочной железы.

Хирургическое лечение ХП связано с двумя принципиальны­ми трудностями. Первая из них состоит в том, что патологичес­кие изменения в железе, пораженной ХП, бывают тяжелыми, рас­пространенными и малообратимыми.

В то же время, железа, даже у тяжелых больных, продолжает выполнять какую-то часть жиз­ненно важных для больного экзо- и эндокринной функций. По­этому радикальная в полном смысле этого слова операция в виде панкреатэктомии неизбежно подразумевает последующую слож­ную и крайне дорогостоящую заместительную терапию пищева­рительными ферментами и гормонами на протяжении всей жиз­ни, а, кроме того, связана с большими техническими трудностями, возможными осложнениями и непосредственной опасностью для больного.

Отсюда следует, что большинство методов хирурги­ческого лечения ХП являются если не паллиативными, то в ка­кой-то мере компромиссными, то есть предполагают сохранение и функционирование патологически измененной ткани железы или, во всяком случае, ее части.

Вторая принципиальная трудность состоит в том, что боль­шинство больных ХП являются хроническими алкоголиками, а результаты применения большинства хирургических методов в огромной степени зависят от того, насколько оперированный захочет и сможет справиться со своим пороком.

Если больные после операции продолжают употребление крепких напитков, улучше­ние их состояния чаще всего бывает временным, несмотря на корректно выполненные трудоемкие, нередко многоэтапные идорогостоящие вмешательства.

Поэтому следует согласиться **с** мнением, соответственно которому лечение больных алкоголь­ным ХП должно осуществляться преемственно хирургами и нар­кологами.

При оперативном лечении ХП могут и должны решаться сле­дующие основные задачи.

1. **Освобождение поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки** от неотторгшихся участков инфицированно­го панкреонекроза и его производных (тканевые секвест­ры, замазкообразный детрит, гной). Этот элемент вмеша­тельства, осуществляемый при наиболее часто встречающих­ся в хирургической практике полостных формах ХП, мо­жет рассматриваться как **поздняя некрэктомия (секвест-рэктомия).**
2. **Устранение протоковой гипертензии** путем обеспечения беспрепятственного оттока секрета поджелудочной железы в просвет кишечника.
3. **Санация желчевыводящих путей и обеспечение свобод­ного оттока желчи** при ХП, связанном с желчнокаменной болезнью, а также при вторичном стенозе холедоха, ослож­няющем другие формы ХП.
4. **Резекция наиболее измененной части поджелудочной железы** при относительно локализованных формах ХП (обычно вместе с двенадцатиперстной кишкой и пилори-ческим отделом желудка гастропанкреатодуоденальная ре­зекция или левосторонняя резекция ПЖ).
5. **Осуществление специальных мер, направленных на лик­видацию крупных псевдокист и панкреатических свищей,**имеющих самостоятельное значение.

Предлагавшиеся в прошлом методы денервации поджелудоч­ной железы при «болевом» ХП (постганглионарная невротомия по Ишиока-Вакабаяши, а также пломбировка протоковой систе­мы железы жидкой быстро затвердевающей пластмассой с целью выключения экскреторной функции) почти не находят самосто­ятельного применения в последние годы.

Оперативные вмешательства по поводу ХП в принципе бы­вают одно- или двухэтапными. Двухэтапные операции плани­руются заранее в соответствии с особенностями патологии, вы­явленными при исследовании, или же вынуждаются неожи­данными обстоятельствами, обнаруженными в ходе вмешатель­ства.

Однако во многих случаях больным приходится перено­сить многократные операции по поводу ХП. Это бывает связа­но отчасти с тяжестью имеющейся патологии, отчасти с недоста­точностью специальной квалификации хирургов, берущихся за чрезмерно сложную для них задачу, отчасти с нарушением боль­ными предписанного им режима (прием спиртного и другие нарушения диеты).

Вернемся к выполнению сформулированных выше пяти ос­новных задач оперативного лечения ХП применительно к конк­ретным клиническим ситуациям.

В случае, если больной поступает по поводу ХП, текущего с периодическими обострениями или же во время обострения (что бывает весьма часто), и у него имеются клинические признаки инфекционного процесса (температурная реакция, усиление бо­лей в эпигастрии, острофазовая реакция белой крови), а при УЗИ или КТ поджелудочной железы выявляются крупноочаговые предположительно полостные образования, следует думать о по­лостной форме ХП с вялотекущим или обострившимся нагное­нием в зоне старых очагов панкреонекроза.

У таких больных следует, возможно, раньше произвести вмешательство, имеющее главной целью вскрытие, опорожнение и дренирование панкреа­тических и парапанкреатических очагов хронической инфекции, то есть выполнить ту или иную форму **поздней некрэктомии.** Одновременно при необходимости обычно осуществляется опе­рация и на желчных путях.

После верхней срединной лапаротомии оператор вначале оце­нивает состояние внепеченочных желчных путей и в случае вы­явления патологии осуществляет их хирургическую санацию.

При наличии калькулезного холецистита производится холецистэктомия, при холедохолитиазе — холедохотомия и удаление кам­ней, ревизия терминального отдела общего желчного протока, причем вмешательство на желчных путях, как правило, завершается дренированием холедоха Т-образным дренажем.

Если при отсутствии холелитиаза имеются признаки вторичной желчной гипертеизии (увеличение желчного пузыря, расширение холедоха), с целью декомпрессии накладывают холецистостому.

Основная часть операции начинается с широкого рассечения желудочно-ободочной связки и тщательной ревизии поджелудоч­ной железы, причем для доступа к задней поверхности головки приходится мобилизовать двенадцатиперстную кишку по Кохеру.

Обнаруживаемые в железе и окружающей клетчатке воспа­лительные инфильтраты часто с признаками центрального раз­мягчения и даже флюктуации — пунктируют, а при получении мутной жидкости, гноя и крошковидного детрита — вскрывают по игле, удаляя из полостей полурасплавленные тканевые секве­стры и жидкий гной.

Сопоставляя операционную находку с данными УЗИ и КТ, следует убедиться, что найдены и опорожнены все очаги панкреонекроза. Вскрытые полости дренируются от­дельными трубками, которые фиксируются к окружающим тка­ням и выводятся на переднюю брюшную стенку.

Во многих случаях во время этого вмешательства осуществляется вскрытие и санация расширенного панкреатического прото­ка с наружным дренированием проксимального и дистального его отделов, или формируют панкреатоеюноанастомоз (ПЕА).

Наложение ПЕА на этом этапе хирургического лечения противопока­зано в случаях инфекционно-воспалительного процесса в железе или парапанкреатической клетчатке, обострении ХП. В этих слу­чаях всегда имеется опасность расхождения швов анастомоза.

В послеоперационном периоде в случае сообщения вскрытых; очагов с протоковои системой железы, а также после наружного дренирования протока обычно формируется панкреатический свищ (свищи), который при свободном оттоке панкреатического сока естественным путем заживает, а при наличии препятствия в проксимальном отделе протока продолжает функционировать до выполнения следующего этапа оперативного лечения — наложения ПЕА.

Операции, направленные на обеспечение свободного оттока секрета железы в кишечник, осуществляются у больных с признаками протоковои гипертеизии (расширение протока вследствие стриктуры его терминального отдела, протоковые конкременты, стойкий панкреатический свищ). Эндоскопические вмешательства на большом дуоденальном сосочке (эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ)) и трансдуоденальные операции типа вирсунгопластики бывают малоэффективны из-за, как правило, продленного стеноза терминального отдела панкреатического протока, а также связаны с риском тяжелого обострения ХП.

Поэтому предпочтение отдается продольному панкреатоеюноанастомозу с выключенной по Ру начальной петлей тощей кишки по типу операции Пуэстоу-I (Puestow).

После верхнесрединной лапаротомии и разделения желудоч­но-ободочной связки осматривают железу и пальпаторно нахо­дят проток, проходящий под передней поверхностью железы на границе средней и нижней трети ее поперечника. На фоне уплот­ненной ткани расширенный проток оказывается более мягким и иногда даже флюктуирует.

В правильной идентификации прото­ка убеждаются путем пункции. Иногда нахождению протока спо­собствует пальпация находящейся в его просвете цепочки конк­рементов.

В трудных случаях для его нахождения приходится осторожно в поперечном направлении пересекать ткань передней поверхности железы.

Проток рассекают продольно на протяжении не менее 7-8 см. Из его просвета удаляют конкременты, иногда элементы панкре­онекроза в виде крошковидных или замазкообразных масс.

На­висающие над протоком края рассеченной ткани железы А. А. Ша­лимов рекомендует иссекать, чтобы они не мешали проходимости соустья. Затем накладывается анастомоз «бок в бок» между рас­сеченными краями поджелудочной железы и отключенной по Ру петлей тощей кишки.

По методике, принятой в клинике (Н. Н. Ар­темьева), проксимальный и дистальный участки протока железы предварительно дренируются отдельными трубками или Т-образным дренажем, которые проводятся через анастомоз в петлю кишки и через просвет последней выводятся на переднюю брюш­ную стенку (по Фелькеру).

Операция может включать элементы, направленные на сана­цию желчных путей, если они не выполнялись во время предше­ствующего вмешательства. При сдавлении терминального отде­ла холедоха поджелудочной железой, ранее наложенная разгру­зочная холецистостома заменяется на билиодигестивный анасто­моз того или иного типа.

У больных ХП с более или менее локализованными грубыми патологическими изменениями в железе (крупная псевдокиста или группа псевдокист, плотное объемное образование при не­возможности исключить опухоль и т. д.) показано удаление пораженных отделов: ампутация хвостовой части, резекция тела железы, панкреатодуоденальная резекция при преимущественно проксимальном поражении органа.

После ампутации хвостовой части стремятся ретроградно дренировать главный панкреати­ческий проток путем наложения термиполатералыюго анастомо­за поперечного среза железы с петлей тощей кишки, выключен­ной по Ру (операция Пуэстоу-II).

Некоторые авторы, считающие такой анастомоз недостаточ­ным, дополнительно рассекают проток продольно и соединяют его с кишкой, как бы комбинируя методы Пуэстоу-I и Пуэстоу-II.

При резекции среднего отдела (тела) железы выключенная по Ру петля кишки анастомозируется с торцами остающихся про­ксимальной и дисталыюй части железы.

Предлагалась также упоминавшаяся выше пломбировка остающегося хвоста железы для ликвидации его экзокринной функции при сохранении дея­тельности островкового аппарата, большая часть которого лока­лизуется в дистальной части органа.

Это позволяет ограничить­ся наложением одного панкреатикоеюноанастомоза, хотя метод нельзя считать достаточно апробированным.

Панкреатодуоденальная резекция производится, как правило, по хорошо разработанной методике Уиппла (Whipple). Ее особен­ностью при ХП являются трудности, связанные с обширным Руб­цовым перипанкреатитом, особенно при выделении задней повер­хности головки и крючковидного отростка, между которыми располагается воротная с притоками и верхняя брыжеечная вены.

В отличие от классической методики Уиппла, рассчитанной на опухоли головки ПЖ, у больных ХП вполне допустимо сохране­ние пилорического отдела желудка и соответствующего жома, что имеет определенное функциональной значение (порционное опо­рожнение желудка, профилактика демпинг-синдрома).

Вмешательства на внепеченочных желчных путях по поводу; желчнокаменной болезни имеют самостоятельное значение, глав­ным образом, у больных с более легкими формами хронического холецистопанкреатита, при которых обычно отсутствуют тяже­лые морфологические изменения в железе, а обострения холецистита или отхождение конкрементов через фатерову ампулу сопровождается преходящим отеком железы и соответствующей комбинированной симптоматикой.

Определенное значение в лечении ХП имеют операции, направленные на лечение патологии двенадцатиперстной кишки, имеющей, уже упоминалось, значение в патогенезе заболевания (дуоденостаз, дуоденальные, перинаниллярные дивертикулы).

**ЛИТЕРАТУРА**

1. *Данилов М. В., Федоров В. Д.* Хирургия поджелудочной железы. — М.: Медицина, 1995.
2. *Анзимиров В. Л., Баженова А. П., Бухарин В. А. и др.* Клиническая хирургия: Справочное руководство / Под ред. Ю. М. Панцирева. — М.: Медицина, 2000. — 640 с: ил.
3. *Милонов О. Б., Соколов В. И.* Хронический панкреа­тит. — М.: Медицина, 1976. — 188 с.
4. *Филин В. И., Костюченко А. Л.* Неотложная панкреатология. Справочник для врачей. — СПб.: Питер, 2004.
5. Хирургические болезни / Под ред. Кузина М.И. — М.: Медицина, 1995.
6. *Шалимов А. А., Радзиховский А. П., Нечитайло М. Е.* Острый панкреатит и его осложнения. — Киев, 1990. — 272 с.