

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА С ПАТОЛОГИЕЙ ПРОТОКОВОЙ СИСТЕМЫ В СОЧЕТАНИИ С СИНДРОМОМ БИЛИАРНОЙ ОБСТРУКЦИИ**

*Белюк К.С., Сорока О.С., Шило Р.С., Оганесян А.С., Андрианова Д.С.*  
*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,*  
*УЗ «Гродненская университетская клиника», Гродно, Республика Беларусь*

**Введение.** Одной из проблем современной хирургии является поиск и разработка эффективных методов хирургического лечения хронического панкреатита (ХП). Данная необходимость объясняется тем, что, несмотря на высокий уровень развития современной медицины, заболеваемость ХП в 50-80% случаев наблюдаются у лиц трудоспособного возраста, что придает проблеме его лечения не только медицинскую, но и социальную значимость.

В связи с ростом частоты осложненных форм желчнокаменной болезни и хронического панкреатита, а также анатомической общностью выводных протоков печени и поджелудочной железы наблюдается рост числа сочетанных заболеваний, а именно хронического панкреатита осложненного протяженной стриктурой терминального отдела холедоха и механической желтухой. Поэтому возникает необходимость разработки наиболее эффективных способов лечения сочетанной патологии.

**Цель.** Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с рецидивирующим ХП и протоковой гипертензией в сочетании с протяженной стриктурой терминального отдела общего желчного протока.

**Материал и методы.** В Гродненской университетской клинике за период по поводу хронического панкреатита с патологией протоковой системы, в сочетании с синдромом билиарной обструкции оперативному вмешательству по разработанной в клинике методике подверглись 16 пациентов. Из них 14 мужчин и 2 женщины. Средний возраст пациентов составил  $46,9 \pm 3,7$  лет.

Все пациенты проходили общеклинические лабораторные и инструментальные методы исследования для диагностики основного заболевания и его осложнений.

По данным результатов биохимического анализа крови средний уровень общего билирубина на дооперационном этапе составил  $40[16;128]$  мкмоль/л, амилазы  $209[74;473]$  Ед/л, АСТ  $85[36;157]$  Ед, АЛТ  $75[40;179]$  Ед.

По данным МРТ средний размер головки поджелудочной железы составил  $41 \pm 10$  мм, максимальный размер 61 мм, минимальный – 27 мм. Расширение главного панкреатического протока составило  $8 \pm 3$  мм (min–4 мм; max–13,5 мм). Кроме того, у всех пациентов было выявлено наличие протяженной стриктуры интрапанкреатической части холедоха с престенотическим его расширением до  $17 \pm 5$  мм.

16 пациентам, страдающим гипертензионно-протоковым типом хронического панкреатита, с протяженной стриктурой терминального отдела холедоха и с механической желтухой выполнено одномоментное внутреннее

дренирование холедоха и протоковой системы поджелудочной железы – холедохопанкреатоеюностомия.

Под общим обезболиванием выполняется субтотальная клиновидная резекция головки поджелудочной железы, продольная вирсунготомия (до 6-12 см) и клиновидная резекция тела и хвоста поджелудочной железы.

Вторым этапом производится холецистэктомия. Затем выполняется ревизия желчевыводящих протоков для установления уровня начала стеноза интрапакреатической части ОЖП.

В последующем, с помощью диатермокоагулятора, проводится клиновидное иссечение ткани головки поджелудочной железы до стенки общего желчного протока, в который введен металлический зонд. На этом металлическом зонду и проводится вскрытие ОЖП с продлением разреза вверх до 1,0–1,5 см для формирования адекватного оттока желчи. При необходимости накладываются швы из рассасывающегося материала для герметизации наложенного холедохопанкреатического сообщения от забрюшинной клетчатки.

Третьим этапом через культю пузырного протока вводится дренаж и выводится через сформированное нами холедохопанкреатическое соустье во вскрытый панкреатический проток, при этом отверстия в дренаже располагаются как в просвете ОЖП, так и выходят в просвет панкреатического протока. Затем накладывается изоперистальтический продольный панкреатоеюноанастомоз на выключенной из пищеварения по методике Ру петле тощей кишки длиной 30–40 см. Брюшную полость ушивают наглухо, дренируют несколькими дренажами – по правому и левому боковым каналам и малый таз.

**Результаты.** В раннем послеоперационном периоде осложнение в виде микронесостоятельности панкреатоеюноанастомоза, купировавшегося консервативными мероприятиями (благодаря его дренированию), отмечено у 1 пациента. У остальных пациентов осложнений в раннем послеоперационном периоде не было выявлено.

В позднем послеоперационном периоде (через 4 года после оперативного вмешательства) осложнение в виде рецидива механической желтухи из-за прогрессирования склеротического процесса и стеноза холедопанкреатического сообщения отмечено у одного пациента, которому при повторном поступлении был наложен холедохоеюноананастомоз на имеющейся петле тонкой кишки отключенной по Ру.

У остальных пациентов рецидива болевого синдрома и желтухи не выявлено.

Среднее количество койко-дней составило  $35 \pm 14$  дней. Все пациенты выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии.

**Выводы.** При использовании данного способа хирургического лечения осложнений хронического панкреатита осуществляется адекватная декомпрессия протоковой системы поджелудочной железы и желчевыводящих путей. Не требуется формирования отдельных

панкреатоюноанастомоза и холедохоеюноанастомоза, что уменьшает продолжительность операции и количество послеоперационных осложнений. Метод не требует сверхвысокоточного оборудования, является доступным по выполнению хирургами, имеющими достаточную квалификацию, может быть с успехом применён во многих организациях здравоохранения Республики Беларусь.