

ВИРСУНГЭКТОМИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

¹ *Шулейко А. Ч., Воробей А. В., ¹ Вижинис Ю. И.,*

² *Чернявский А. Н., ² Боровик Е. А., ¹ Дыбов О. Г.*

¹ *УО «Белорусский государственный медицинский университет»,*

² *УЗ «Минская областная клиническая больница»,*

г. Минск, Республика Беларусь

Введение. В настоящее время двумя основными конкурирующими причинами болевого синдрома у пациентов с ХП считается увеличение протокового давления, а также развитие нейромиммунного воспаления в ткани головки ПЖ. Однако, операции, основанные на лечении этих синдромов, оказываются эффективными только в 50–80 % случаев. По результатам предыдущих ис-

следований установлено, что наиболее важными моментами в выборе хирургической тактики является вид протоковой гипертензии и ее локализация в анатомических отделах ПЖ. Для устранения панкреатической протоковой гипертензии в левом секторе ПЖ существует только одна операция Parthington-Rochell и Izbisci. При выраженном фиброзе и распространенном панкреатолитиазе, которые формируют тотальную панкреатическую гипертензию, эти операции не позволяют ее устранить и соответственно болевой синдром после операции. Для этой группы пациентов предложена операция цилиндрической вирсунгэктомии.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения пациентов с ХП.

Материалы и методы. С 2010 по 2023 гг. в клинике оперировано 1031 пациент с ХП. У них выполнены 102 резекционных операций, 605 различных вариантов проксимальных дуоденосохраняющих резекций ПЖ, 181 дренирующих операций, 125 шунтирующих операций при билиарной гипертензии и дуоденальной непроходимости. В наших исследованиях доказано наличие периферической протоковой гипертензии (ППГ), как новой причины хронической абдоминалгии при ХП. Для ликвидации периферической протоковой гипертензии в теле и хвосте ПЖ выполнено 78 разработанных в клинике операций — цилиндрической вирсунгэктомии (Патент РБ № 20367 от 04.04.2013, Воробей – Шулейко). Из 78 вирсунгэктомий 60 операции выполнены в сочетании с дуоденосохраняющими резекциями ПЖ, 18 операций — в виде изолированного вмешательства. Показанием для нее является периферическая панкреатическая протоковая гипертензия в левом секторе ПЖ. Было установлено, что стриктуры и конкременты периферических панкреатических протоков в основном формируются в их терминальных отделах в местах впадения в ГПП. Поэтому идея операции заключается в продольной панкреатовирсунготомии и цилиндрическом иссечении ГПП в теле и хвосте ПЖ вместе с небольшим слоем (2–3 мм) прилегающей ткани железы. При этом одновременно происходит иссечение стриктур терминальных отделов периферических панкреатических протоков

(2–3 порядка) и удаление там же расположенных конкрементов. Это позволяет эффективно ликвидировать периферический протоковый блок и устранить абдоминалгию. Операция сочетает паренхимосохраняющее направление с эффективным дренированием протоков 2–3 порядка. При выявлении ППГ на ограниченном отрезке левого сектора ПЖ, не было необходимости выполнять полную (тотальную) ЦВЭ. В этом случае выполняли парциальную (частичную) ЦВЭ только зоны поражения. В 28 случаях операции выполнены с применением лазерного излучения (длина волны — 1320 нм, мощность 32–43 Вт)

Результаты и обсуждение. В 2 случаях имело место повреждение ветвей селезеночной артерии, по поводу чего выполнено их ушивание. Специфических осложнений в послеоперационном периоде, связанных с характером выполняемых операции, не было. У всех пациентов устранена панкреатическая гипертензия и ликвидирован болевой синдром.

Проведен сравнительный анализ ближайших и отдаленных результатов изолированных операций Partington – Rochelle (n = 69) и ЦВЭ (n = 18). В анализ были включены только вмешательства на Вирсунговом протоке в левом секторе ПЖ (тело и хвост).

Анализ параметров периоперационного периода показал, что длительность пребывания в ОРИТ и послеоперационного периода не отличались (таблица 5.10). Сопоставимая длительность операций Partington –Rochelle — 170 [150;229] мин и ЦВЭ — 180 [140;240] мин показывает, что техника ЦВЭ несложна и воспроизводима. Несмотря на больший объем хирургической травмы ПЖ при ЦВЭ, по сравнению с только продольной ПВТ при Partington – Rochelle, после ЦВЭ был сопоставимый уровень ранних послеоперационных осложнений.

Еще одним весомым достоинством предложенной и внедренной в нашем исследовании операции ЦВЭ является то, что благодаря патогенетической обоснованности после нее успешно коррегировалась хроническая абдоминалгия: с более высокого исходного уровня по PSI — 8,4 против 7,9 балла до сопоставимого с Partington – Rochelle после операции: 1,7 против 1,5 балла.

При локализации панкреатического фиброза в левом секторе ПЖ традиционно используется операция Partington, которая эффективна при панкреатической гипертензии в Вирсунговом протоке, которую можно назвать магистральной (МПП). Однако при выраженном фиброзе и распространенном панкреатолитиазе развивается периферическая протоковая гипертензии (ППГ), обусловленная непроходимостью периферических протоков, делающая операцию т Partington неэффективной, что требует другие способов дренирования. Из известных наиболее эффективными были операции типа клиновидной резекции вентральной поверхности ПЖ (Шалимов, Izbicki). Однако эти операции недостаточно хорошо устраняют ППГ и сопровождаются достаточно большой резекцией паренхимы ПЖ. При далеко зашедшем процессе фибротизации ПЖ операция Воробья-Шулейко является наиболее паренхимосберегающей и раскрывает устья всех периферических протоков в теле и хвосте ПЖ за счет резекции стенки всего ГПП в этой области. Разделение синдрома панкреатической протоковой гипертензии на магистральную и периферическую объясняет причину стойкой абдоминалгии при ХП и неудачи традиционных операций при ней, а также позволяет патогенетически обосновать дифференцированный подход к выбору объема операции при ХП.

Выводы. Для устранения периферической протоковой гипертензии в левом латеральном секторе ПЖ (тело-хвост) показано выполнение патогенетических хирургических вмешательств. При первичных операциях показано выполнение цилиндрической вирсунгэктомии, которая позволяет добиться полного устранения периферической панкреатической гипертензии в теле ПЖ с максимальным сохранением функционирующей ткани железы. При повторных операциях возможно выполнение клиновидной резекции вентральной поверхности ПЖ (Шалимов, Izbicki).