

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

CLINICAL MEDICINE

УДК 616.831-001.45:616.381-002-089

© Коллектив авторов, 2025

ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИЙ ПРИНЦИП В ХИРУРГИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА НА ПРИМЕРЕ ОТКРЫТОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА

Зубрицкий В.Ф., Звольская Н.М.

ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (Росбиотех)»

Аннотация

Представленный материал посвящен анализу результатов лечения больных с осложнёнными формами хронического панкреатита. Цель исследования - оценить эффективность органосохраняющих комбинированных вмешательств при лечении этой группы пациентов. Результаты лечения свидетельствуют, что в ряде случаев комбинированное органосохраняющее вмешательство может служить альтернативой обширным панкреатодуоденальным резекциям и продольной панкреатикоэюностомии. 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, имеющих у каждого конкретного больного. При органосохраняющем подходе к лечению хронического панкреатита комбинированные операции являются неотъемлемой частью хирургического вмешательства.

Ключевые слова:

хронический калькулезный панкреатит, непрерывно рецидивирующая форма хронического панкреатита, открытое стентирование панкреатического протока, комбинированные вмешательства.

ORGAN-SPARING PRINCIPLE IN SURGERY OF CHRONIC PANCREATITIS USING THE EXAMPLE OF OPEN PANCREATIC DUCT STENTING

Zubritskiy V.F., Zvolskaya N.M.

Russian Biotechnological University (Rosbiotech)

Abstract

The presented material is devoted to the analysis of the results of treatment of patients with complicated forms of chronic pancreatitis. The aim of the study was to evaluate the effectiveness of organ-preserving combined interventions in the treatment of this group of patients. The results of treatment indicate that in some cases, combined organ-preserving intervention can serve as an alternative to extensive pancreatoduodenal resections and longitudinal pancreaticojejunostomy. Surgical intervention in CP should be organ-preserving and restorative for the normal physiology of the digestive system. The operation should have an individual combined character to eliminate the entire complex of complications present in each individual patient. With an organ-preserving approach to the treatment of chronic pancreatitis, combined operations are an integral part of surgical intervention.

Keywords:

chronic calculous pancreatitis, continuously recurrent form of chronic pancreatitis, open pancreatic duct stenting, combined interventions

Введение.

Следует признать, что выход значительного числа публикаций различного формата и, в том числе монографий, посвящённых открытому стентированию панкреатического протока (ОСПП) в лечении осложнённых форм хронического панкреатита (ХП) и отдельные публикации в зарубежных изданиях [1,2,3], не вызвали у широкой хирургической общественности всплеска должного интереса к этой методике. Для нас побудительных причин перехода на ОСПП было несколько. Во-первых – это, многократно отмеченная многими клиницистами, тенденция к облитерации анастомоза после продольного панкреатикоеюноанастомоза (ППЕА) в не столь отдалённые сроки после операции. Так многие авторы неоднократно убеждались в этом после реконструктивных операциях на поджелудочной железе (ПЖ) [7,8,10,11]. Кроме того, об этом сообщает также А.В. Воробей (2014), который обнаружил облитерацию ППЕА при повторных операциях у всех больных ХП с продольной панкреатикоеюностомией (ППЕС) в анамнезе [4].

Причиной этого явления, на наш взгляд, является активация 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 [1,3]. ППЕА не физиологичен, и его облитерация происходит вовсе не по вине хирурга, а по непреложным законам физиологии. Попытки усовершенствования ППЕА были предприняты уже через 2 года после того, как в 1958 г. американский хирург С. Puestow предложил его для лечения ХП. Модификация по Partington–Rochelle заключалась в создании ППЕА большей протяжённости. Последующие предложения по усовершенствованию этого анастомоза были весьма многочисленными и продолжаются до настоящего времени [5,6,7]. Многие исследователи отмечают хорошие непосредственные результаты ППЕС и неудовлетворительные отдалённые [8,9]. При этом с увеличением срока наблюдений увеличивается и количество неудовлетворительных результатов.

Второй причиной перехода на ОСПП явилось наблюдение за больными ХП с так называемой непрерывнорецидивирующей 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) кистозно-воспалительной трансформации двенадцатиперстной кишки (КВТ ДПК) и связанных с ней нарушений дуоденальной проходимости (НДП); 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 в результате присоединения некротических изменений на ограниченных участках паренхимы ПЖ и «разгерметизации» протоковой системы; 4) присоединения ферментативного 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 и, наконец, 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 (ППГ) и связанной с ней активацией протеолитических ферментов внутри ПЖ [8,9,10]. В таких условиях выполнение дренирующих и резекционно-дренирующих операций становится невозможным из-за выраженных инфильтративных изменений ткани самой железы. При этом создание ППЕА становится или технически невозможным, или грозит развитием несостоятельности в ближайшем послеоперационном периоде. Именно для этих больных с непрерывнорецидивирующей болевой формой ХП открытое стентирование панкреатического протока стало поистине спасительной операцией [1,2,3]. Мы считаем показанием к ОСПП любую форму калькулёзного ХП, осложнённого панкреатической протоковой гипертензией при технической невозможности выполнить эндоскопическое стентирование панкреатического протока [1].

Открытое стентирование панкреатического протока

ОСПП — это органосохраняющая дренирующая операция при ХП (рис. 1). Её целью является восстановление дренажной функции протоковой системы ПЖ путем создания искусственного хода в паренхиме головки ПЖ, соединяющего просвет панкреатического протока с просветом ДПК. Поддержание дренажной функции обеспечивает установленный в протоке и искусственном ходе стент [1,2,3].

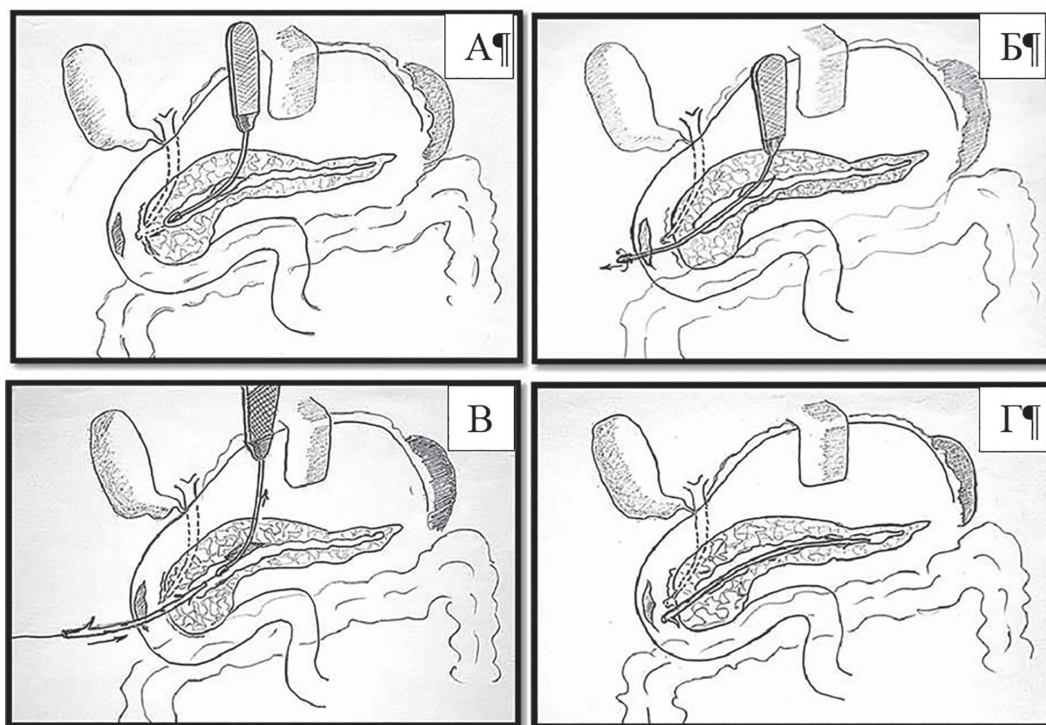


Рис. 1. Схема этапов ОСПП. А - головка бужа, введенного через панкреатотомическое отверстие в панкреатический проток, находится перед зоной облитерации протоковой системы; Б - буж проведен через зону облитерации в головке ПЖ и медиальную стенку ДПК и выведен наружу через дуоденотомическое отверстие, 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. (Рисунок Н.М. Звольской)

Этапы открытого стентирования, выполненного больному 3., 56 лет представлены на интраоперационных фотографиях рисунок 2 (А-З).

ОСПП предполагает ежегодную эндоскопическую замену панкреатического стента в последующем.

Органосохраняющий характер данной операции естественным образом требует устранения всех других хирургических осложнений ХП (билиарной гипертензии, кист ПЖ, кистозно-воспалительной трансформации двенадцатиперстной кишки и др.) путем комбинированного вмешательства в течение одной операции.

Цель исследования

Оценить эффективность органосохраняющих комбинированных вмешательств при лечении больных с осложненными формами хронического панкреатита

Материалы и методы

Клиническим материалом исследования послужила группа из 68 больных ХП. Из них 55 (80,9%) мужчин и 13 (19,1%) женщин, которым выполнялось 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» и ФКУЗ «Главный клинический госпиталь МВД России» в период с 2010 по 2024 гг. Из них ОСПП выполнили 55 (80,9%), эндоскопическое стентирование панкреатического протока (ЭСПП) – 5 (7,3%), цистопанкреатикоюностомию – 4 (5,9%), ППЕС – 1 (1,5%), дренирование абсцесса под УЗ-наведением – 1 (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 свищем и ферментативным асцит-перитонитом, а также абсцедированием парапанкреатической кисты (выполнены лапаротомия, наружное дренирование кисты, санация и дренирование брюшной полости).

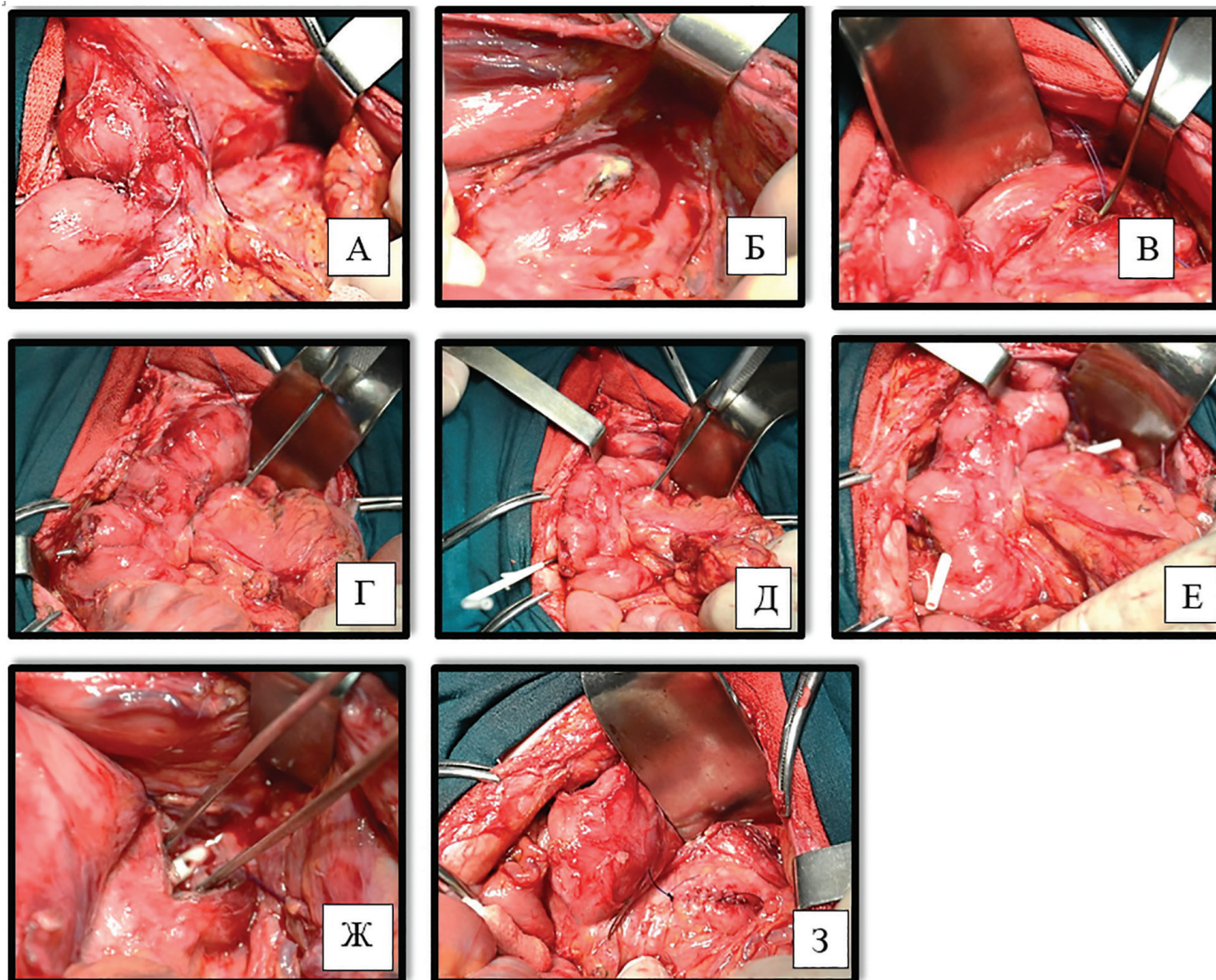


Рис. 2. Интраоперационные фотографии этапов ОСПП. А – обнажена передняя поверхность ПЖ; Б – в процессе поиска панкреатического протока вскрыт абсцесс ПЖ малого объёма; В – панкреатотомия, буж в панкреатическом протоке; Г – стрелки указывают на буж, выходящий из дуоденотомического отверстия; Д – стрелка указывает на стент, насаженный на головку бужа; Е – стрелки указывают на концы стента, которые видны в дуоденотомическом и панкреатотомическом отверстиях; Ж – панкреатический стент установлен; 3 – панкреатотомическое отверстие ушито

Умерла 1 больная, 48 лет (летальность – 1,5%), страдавшая непрерывно рецидивирующей формой ХП, осложнённого калькулёзом, ППГ, внутренним панкреатическим свищем с образованием парапанкреатической кисты с 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 ППГ, 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.

Как видно из представленных данных, такие осложнения как кисты ПЖ, билиарная гипертензия и нарушения дуоденальной проходимости вследствие кистозно-воспалительной трансформа-

ции двенадцатиперстной кишки (КВТ ДПК), встречались 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 ХП у 3 (4,4%) больного, острая почечная недостаточность с нару-

шением сознания отмечена у 3 (4,4%) пациентов с декомпенсированной дуоденальной непроходимостью на почве КВТ ДПК. Все лица с острой почечной недостаточностью были без сознания и поступали первично в отделение реанимации. Сахарным диабетом страдали 18 чел. (26,5%).

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 хроническим панкреатитом представлены в табл. 2.

Таблица 1

Осложнения хронического панкреатита

Характер осложнения	Количество, n	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

Оперативные вмешательства в анамнезе

Виды оперативных вмешательств	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

ККР – корпорокаудальная резекция, ЭРХПГ – эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикографи, ЭПСТ – эндоскопическая папилосфинктеротомия, ХЭ – холецистэктомия, ХДА – холедоходуоденоанастомоз, ЛХЭ – лапароскопическая холецистэктомия.

По поводу острого и хронического панкреатита в анамнезе было выполнено 24 операции: некрсеквестрэктомия 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.

Необходимо отметить, что у 2 больных, перенесших в анамнезе ППЕС, имелась полная облитерация продольного панкреатикоюноанастомоза. 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.

Перенесенных в анамнезе операций на внепеченочных желчных путях было 10: холецистэктомия и наружное дренирование холедоха – у 4 пациентов, холецистэктомия и холедоходуоденостомия – у 3, лапароскопическая холецистэктомия – у 1, холецистостомия – у 1 и операция Монастырского – у 1.

Дуоденоюностомия 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 разви-

тия ПЖ и ДПК. У одной пациентки Д., 33 лет была *pancreas divisum*, у другой пациентки Г., 40 лет – *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 гепатопанкреатодуоденальной 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 наложения межкишечного Брауновского соустья. Эта операция на практике показывает прекрасный результат.

Что же касается пациентки Д, 33 лет, 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 и 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 пациентки Г., 40 лет медсестры, 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 фототграфия больной Г. и схема duodenum inversum показана на рис. 3.

В публикациях, посвящённых этой редкой аномалии, авторы сообщают, что при duodenum inversum ДПК проходит впереди ПЖ [11], 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.

В ближайшее время пациентке Г. предстоит шестая эндозамена панкреатического стента. Что касается этиологии ХП у этой пациентки, то, 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, имеющихся 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 дуоденоюностомий при КВТ ДПК – 13; обычных позадиободочных дуоденоюностомий 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.

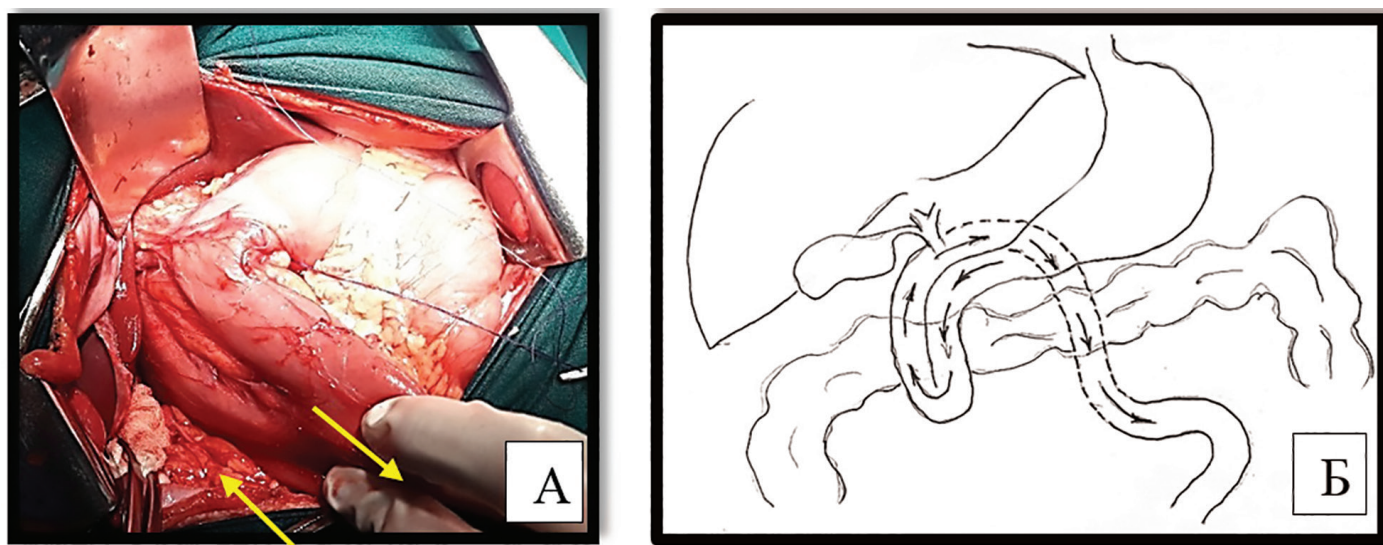


Рис. 3. Больная Г., 40 лет: А видны верхняя и нисходящая части ДПК, расположенные обычно; под нисходящей частью – необычно расположенная часть ДПК, стрелки указывают направление движения химуса; Б схема duodenum inversum

Таблица 3

Оперативные вмешательства, выполненных по поводу осложнений ХП

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

По поводу кист ПЖ выполнено 11 комбинированных вмешательств: наружных дренирований – 7; цистогастростомий – 2; цистеюностомий – 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, абсцедированием 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.: болей 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.

После ОСПП дренаж сумки малого сальника не удаляли ранее 4–6 суток для контроля за подтеканием 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 еще через 2 недели после выписки после фистулографии. Пациенту 56 лет была выполнена операция в объёме

ме ОСПП в сочетании с ПДЕС. В процессе поиска ПП был вскрыт абсцесс ПЖ малого объема (рис. 2 Б). На 3 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) холецистостомы, 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 харак-

тер для устранения всего комплекса осложнений, имеющихся у каждого конкретного больного.

2. При органосохраняющем подходе к лечению хронического панкреатита комбинированные операции являются неотъемлемой частью хирургического вмешательства. В группе из 68 больных хроническим панкреатитом выполнено 81 комбинированное вмешательство. В группе из 55(100%) больных, которым выполнялось ОСПП, 42(76,5%) из них выполнялись комбинированные вмешательства в различных сочетаниях.
3. ОСПП эффективно купирует ППГ и связанный с ней болевой синдром, характеризуется гладким течением послеоперационного периода, снижением количества послеоперационных осложнений, по сравнению с другими методами хирургического лечения ХП, меньшей длительностью пребывания больного в стационаре.
4. Непрерывнорецидивирующая форма хронического панкреатита не является редкостью и встретилась в исследуемой группе из 68(100%) больных у 31(46,3%) пациента.
5. Дуоденостаз и аномалии развития гепато-панкреато-дуоденальной зоны у больных хроническим панкреатитом встречаются чаще, чем в целом в популяции.

Литература

1. Забелин М.В. Внутривентрикулярная гипертензия / Забелин М.В., Зубрицкий В.Ф., Левчук А.А. - 2020-М- «ВИВА-СТАР» - 143 С.
2. Зубрицкий В. Ф. Хирургическое лечение нарушения дуоденальной проходимости при панкреатогенной кистозно-воспалительной трансформации двенадцатиперстной кишки / В.Ф. Зубрицкий, А.А. Левчук, Н.М. Звольская // Медицинский вестник МВД — 2019 — №5 — С.33-37.
3. Zvol'skaya N. Open Internal Stenting of the Main Pancreatic Duct as Life-Saving Surgery in a Critically Ill Patient with Chronic Frequently Relapsing Pancreatitis and Pancreatic Ductal Hypertension / N.M. Zvol'skaya, V.F. Zubritskii, G.L. Satchelashvili, G.A. Belyi, Y.N. Shirayev // Am J Case Rep — 2019 — June, №20 — P. 896-901.
4. Зубрицкий В.Ф. Открытое стентирование панкреатического протока в лечении осложненных форм хронического панкреатита.

- В.Ф. Зубрицкий, А.А. Левчук, Н.М. Звольская — М — 2019 — 111 С.
5. Воробей А.В. Выбор метода хирургического лечения хронического панкреатита / А.В. Воробей, А.Ч. Шулейко, Ю.Н. Орловский, Ю.И. и соавт. // Вестник хирургии. — 2014. — Т. 173. — №5. — С. 36-43.
 6. Морозов С. В. Хирургическое лечение хронического панкреатита / С. В. Морозов, В. Б. Румянцев, А. И. Лобаков, А. Н. Щербюк, П. Б. Флегонтов, (обзор литературы) // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». — 2023 — 13(6) — 137-143.
 7. Пропп А.Р. Сравнительный анализ площади анастомоза при различных вариантах панкреатоеюностомии / А.Р. Пропп, Е.Н. Деговцов, В.В. Котенко // Клиническая и экспериментальная хирургия. Журн. им. акад. Б.В. Петровского. — 2020. — Т. 8. — № 2. — С.58-66.
 8. Лубянский В. Г. Хирургическая тактика и причины неудовлетворительных результатов резекций поджелудочной железы при хроническом панкреатите / В. Г. Лубянский, В. В. Сероштанов, И. В. Аргучинский, А. Г. Пожиданов // Медицинский вестник Северного Кавказа. — 2022. — Т.17— № 3. — С. 257-260.
 9. Коханенко Н. Ю. Хронический панкреатит и его хирургическое лечение / Н. Ю. Коханенко, Н. Н. Артемьева // LAP LAMBERT Academic Publishing — 2014. — 305 с.
 10. Гальперин Э.И. Хронический панкреатит // Анналы хирургической гепатологии. — 2009. — №3. — С. 92-110.
 11. Войновский А.Е. Дифференцированная хирургическая тактика при хроническом панкреатите // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М. — 2008.
 12. Qureshi A. Duodenum Inversum in a Female: A Rare Clinical Entity Presenting With Right Hypochondrial Pain / A. Qureshi, H. Ali, Giawali J. et al. // Journal Article — 2024 — 09-03— doi: 10.7759/cureus.68512.

Контакты авторов:

Зубрицкий В.Ф.

e-mail: zubvlad2009@yandex.ru

Конфликт интересов: отсутствует