

ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

В. А. Кузнецов, М. И. Маврин, В. М. Маврин

Кафедра факультетской хирургии (зав.—проф. В. А. Кузнецов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

В основе хронического панкреатита лежит развитие воспалительно-склеротического процесса, ведущее к прогрессирующему снижению секреторной и гормональной деятельности. Частыми причинами возникновения вторичного хронического панкреатита являются заболевания желчных путей (холедохолитиаз, стеноз большого дуоденального соска) и двенадцатиперстной кишки (язвенная болезнь, парапапиллярный дивертикул), которые могут вызвать гипертензию протокового бассейна поджелудочной железы и нарушить эвакуацию ее секрета. В связи с этим при хроническом билиарном панкреатите операции на желчных путях и смежных органах, направленные на устранение причины заболевания, восстановление свободного оттока желчи и панкреатического сока, способствуют нормализации функционального состояния поджелудочной железы. Однако при первичном воспалительно-дегенеративном процессе железы, вызванном алкоголизмом, острым воспалением и травмой, операции на смежных органах неэффективны, так как прогрессирующее течение хронического панкреатита нередко осложняется кальцинозом, вирусангиолитиазом, кистообразованием и непроходимостью панкреатического протока. При таких осложненных формах первичного хронического панкреатита показаны прямые вмешательства на поджелудочной железе [1, 5, 6, 8].

В настоящее время еще недостаточно четко определены показания к применению различных методов оперативных вмешательств при хроническом панкреатите, сроки операций при кистах поджелудочной железы и вид операции при сочетанных поражениях поджелудочной железы и смежных органов.

За последние 9 лет в клинике прооперировано 400 больных хроническим панкреатитом (мужчин — 184, женщин — 216, возраст — от 20 до 69 лет). Хронический холецистопанкреатит установлен у 333 больных, первичный хронический панкреатит и его осложнения — у 67.

Клинические признаки хронического панкреатита проявлялись болевой реакцией в эпигастральной области с иррадиацией в плечо, левую лопатку, грудину, а также диспепсическими расстройствами. У 55 пациентов отмечалось выраженное похудание и снижение трудоспособности, у 85 — перемежающаяся иктеричность склер и желтуха, связанная со сдавлением дистального отдела холедоха головкой поджелудочной железы, кистой или с патологией внепеченочных желчных путей. Для кист поджелудочной железы характерно наличие в эпигастральной области безболезненного опухолевидного образования тугоэластической консистенции, не имеющего четких контуров.

Комплексная диагностика хронического панкреатита включала определение внешней и внутренней секреции поджелудочной железы, проведение прозериновой пробы, копрологического исследования, рентгеноскопии желудка и двенадцатиперстной кишки, релаксационной дуоденографии, холецистохолангиографии, эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ). Во время операции диагноз уточняли с помощью осмотра, пальпации, манометрии, дебитметрии, рентгенотелевизионной холангиоскопии, холангиографии, вирсунгографии, срочной биопсии и гистологического исследования. Вирсунгографию на операционном столе выполняли путем пункции или интубации культи после резекции поджелудочной железы. При холецистографии и интраоперационной холангиографии получали изображение желчных путей и тени конкрементов, наблюдали контрастирование двенадцатиперстной кишки и определяли диаметр гепатихоледоха. С помощью ЭРПХГ у 6 больных первичным хроническим панкреатитом выявлены сужения главного панкреатического протока в области головки, расширение его дистальных отделов, замедление выведения контрастного вещества, у 4 — камни и деформация протока, у 2 — нормальное строение протоковой системы. У 5 больных ложными кистами поджелудочной железы наблюдали смещение, сужение и обрыв панкреатического протока, у 1 — попадание контрастного вещества в полость кисты. У 6 пациентов с перемежающейся желтухой установили сужение и оттеснение интрапанкреатического сегмента холедоха с супрастенотическим расширением увеличенной головки железы, что явилось показанием

к холецистоеюностомии. У всех больных первичным хроническим панкреатитом конкрементов в желчных путях не обнаружено. При хроническом холецистопанкреатите у 70% больных с помощью ЭРПХГ была выявлена патология желчных путей и у 25% — воспалительный процесс в поджелудочной железе. Если по данным ЭРПХГ и вируснограмм диаметр панкреатического протока был равен 6—8 мм, то вскрытие и дренирование его не производили из-за угрозы несостоятельности и облитерации анастомоза между поджелудочной железой и тощей кишкой. При ограниченном сужении панкреатического протока в области головки и расширении его более 10 мм выполняли продольную панкреатоюностомию.

Всего осуществлено 37 прямых операций на поджелудочной железе, 351 — на желчных путях, двенадцатиперстной кишке, кишечнике и 12 — на вегетативной нервной системе. Показаниями к операции при первичном хроническом панкреатите считали наличие осложнений, болевую реакцию и неэффективность консервативной терапии. Прямые вмешательства на поджелудочной железе производили при нарушении эвакуации панкреатического сока вследствие сужений и камней протока, при подозрении на рак, кистах и свищах, при необратимых фиброзных изменениях паренхимы и кальцинозе железы. Левостороннюю резекцию поджелудочной железы выполняли при выраженном фиброзно-склеротическом процессе, кальцинозе, кистах и наружном свище поджелудочной железы (табл. 1), при этом объем резекции определяли в зависимости от степени и распространенности поражения железы. После резекции половины железы мы не наблюдали углеводных нарушений. Из-за несостоятельности панкреатоюноанального анастомоза после операции умер один больной, у 5 получены хорошие результаты.

Т а б л и ц а 1

Ближайшие результаты операций при первичном хроническом панкреатите

Вид операций	Число больных	Число умерших
Продольная панкреатоюностомия	5	—
То же в сочетании с другими операциями:		
холецистэктомией, папиллосфинктеропластикой	1	—
Цистоеюноанастомоз по Ру	8	—
Цистогастроанастомоз	2	—
Марсупиализация и наружное дренирование кисты	9	2
Левосторонняя резекция поджелудочной железы	3	—
То же в сочетании с другими операциями:		
иссечением панкреатического и толстокишечного свищей	1	1
цистэктомией	2	—
Панкреатодуоденальная резекция	2	2
Оментопанкреопексия	2	—
Иссечение панкреатического свища	2	1
Постганглионарная невротомия	7	—
Левосторонняя трунккулярная ваготомия	5	—
Холецистоеюностомия	15	—
То же в сочетании с другими операциями:		
наружным дренированием холедоха	2	—
периартериальной невротомией печеночной артерии	1	—
Всего	67	6

Продольную панкреатоюностомию произвели 6 больным при сужении панкреатического протока в области головки, дилатации его дистальных отделов более 10 мм в диаметре, нарушении эвакуации секрета и диффузном поражении железы. Просвет вирсунгова протока вскрывали от 8 до 12 см, из него удаляли конкременты и проводили гемостаз. Формирование панкреатоюноанастомоза осуществляли на выключенной петле тощей кишки по Ру или Брауну. Операция направлена на улучшение как внешнесекреторной функции поджелудочной железы, так и оттока панкреатического сока, декомпрессию протокового бассейна, ликвидацию болевого синдрома. У всех больных получены хорошие результаты.

Панкреатодуоденальную резекцию производили двум больным хроническим псевдотуморозным панкреатитом, у которых не могли исключить раковое перерождение. Ряд авторов [1, 5] считают, что такая расширенная операция при доброкачественном процессе является неоправданной из-за высокой летальности и ослож-

нений. У 2 пациентов с наружными панкреатическими свищами, образовавшимися после перенесенных операций на железе, осуществили иссечение свищевого хода до железы. Формирование панкреатоеюноанастомоза не производили, поскольку вирусного проток не был расширен. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Выбор метода, вид и объем оперативного вмешательства у больных кистой поджелудочной железы определяли индивидуально в зависимости от локализации, размеров и содержимого кисты. Цистэктомия с резекцией поджелудочной железы осуществили 2 больным с хорошим исходом. При инфицированных, тонкостенных и больших кистах головки и тела поджелудочной железы 9 больным были вынуждены выполнить марсупиализацию и наружное дренирование кисты. У 7 больных панкреатические свищи закрылись самостоятельно через 3—5 мес. Внутреннее дренирование выполнили 10 больным: 2 — цистогастростомию, 8 — цистоэнтеростомию. Показаниями к внутреннему дренированию являлись неудалимые, неинфицированные и сформировавшиеся кисты головки и тела железы. По нашему мнению, цистогастростомию следует проводить в том случае, если киста тела железы отступает желудок книзу, большая кривизна желудка расположена на уровне нижнего полюса или несколько ниже, брыжейка поперечной ободочной кишки и желудочно-ободочная связка из-за истончения не могут быть использованы для выполнения цистоеюностомии. При рентгеноскопии желудка через 2 нед после операции поступления сернокислого бария в полость кисты не наблюдалось. Видимо, полость кисты постепенно сужается и облитерируется, а анастомоз, уменьшаясь в размерах, прикрывается поджелудочной железой. Операции внутреннего дренирования можно выполнять через 3—5 мес от возникновения кисты, когда стихнут воспалительные явления и сформируется стенка кисты.

Оментопанкреатопексия, произведенная двум больным хроническим панкреатитом, оказалась неэффективной, так как не устраняла причину заболевания и вряд ли могла улучшить кровоснабжение фиброно-склеротической ткани железы. Через 2 мес после операции у больных вновь появлялись признаки данного заболевания. В последние годы мы не применяем при хроническом панкреатите этот вид операции.

Холецистоеюностомию выполняли 18 больным первичным хроническим индуративным и псевдотуморозным панкреатитом, осложненным механической желтухой. Операцию осуществляли при отсутствии конкрементов в желчном пузыре и хорошей проходимости пузырного протока. Хотя при хроническом панкреатите холецистоеюностомия и не нашла широкого применения [5], мы вынуждены были ее выполнить у тех больных, у которых во время операции нельзя было полностью исключить рак головки поджелудочной железы. При осмотре через два года 5 больных не предъявляли жалоб, у 13 наблюдались признаки рецидивирующего хронического панкреатита.

12 больных перенесли операции на вегетативной нервной системе. Целью постаганглионарной невротомии и левосторонней трункулярной ваготомии является купирование болевой реакции путем перерыва импульсов по афферентным волокнам чревных и блуждающих нервов. Левосторонняя трункулярная ваготомия снижает внешнесекреторную функцию желудка и поджелудочной железы, уровень липазы и амилазы крови, уменьшает болевую реакцию [4]. У 5 больных постаганглионарная невротомия оказалась неэффективной, у 2 дала временное прекращение болей. После ваготомии у 5 пациентов болевая реакция исчезла и состояние улучшилось.

Операции на внепеченочных желчных протоках при хроническом холецистите, холедохолитиазе, осложненных хроническим панкреатитом, устраняют причину, затрудняющую свободный отток желчи и панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку, гипертензию в билиарно-панкреатическом бассейне, патологические нервно-рефлекторные воздействия на сфинктер Одди, сосуды и протоки железы, а также купируют болевую и воспалительную реакцию в поджелудочной железе. Выбор оптимального метода оперативного вмешательства на желчных путях зависит не только от патологии билиарной системы, но и от характера изменений поджелудочной железы.

Холецистэктомия, холедохолитотомия, наружное дренирование общего желчного протока производили 176 больным в сочетании с холедоходуоденоанастомозом, панилосфинктероэластикой, минимальной гастростомией, дивертикулэктомией двенадцатиперстной кишки, устранением толстокишечного свища (табл. 2). Холецистэктомию выполняли при калькулезном холецистите, небольшом уплотнении головки поджелудочной железы, полной проходимости желчи и панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку, установленной с помощью манометрии и дебитметрии, холангиографии и рентгенотелевизионной холангиоскопии. Наружное дренирование холедо-

Ближайшие результаты операций при хроническом холецистопанкреатите

Вид операций	Число больных	Число умерших
Холецистэктомия, холедохолитотомия, наружное дренирование холедоха	176	2
То же в сочетании с другими операциями:		
холедоходуоденоанастомозом	16	—
папиллосфинктеропластикой	33	1
минимальной гастростомией	4	—
дивертикулэктомией двенадцатиперстной кишки	2	—
устранением толстокишечного свища	1	—
Холедоходуоденоанастомоз	47	—
То же в сочетании с другими операциями:		
холецистэктомией	37	1
папиллосфинктеропластикой	1	—
Холедохоеюностомия	12	—
То же в сочетании с другими операциями:		
холецистэктомией	2	—
папиллосфинктеропластикой	1	—
иссечением наружного желчного свища	1	—
Всего	333	4

ха по А. В. Вишневному, Хальстеду и через культю пузырного протока осуществляли при холедохолитиазе, холангите, сужении фатерова соска и гипертензии в желчных протоках. Для предупреждения длительной потери желчи в послеоперационном периоде при наружном дренировании применяли методику наружного шунтирования гепатикохоледоха с двенадцатиперстной кишкой с помощью минимальной гастростомы [3]. После холецистэктомии в сочетании с наружным дренированием желчного протока дуоденальное давление уменьшалось с $1,23 \pm 0,04$ до $1,15 \pm 0,10$ кПа и улучшалась функция поджелудочной железы [7]. У двух больных удалили паравиллярные дивертикулы, которые нарушали отток желчи и панкреатического сока из-за сдавления терминального отдела холедоха и устья вирсунгова протока, способствуя камнеобразованию в желчном пузыре и воспалительному процессу в поджелудочной железе.

Показаниями к супрадуоденальной холедоходуоденостомии при хроническом холецистопанкреатите служили мелкие камни общего желчного протока при его диаметре более 20 мм и тубулярный стеноз терминального сегмента холедоха длиной более 2,5 см. Хотя супрадуоденальная холедоходуоденостомия технически легко выполняется и наиболее целесообразна для внутреннего дренирования желчных путей, ее не следует применять при выраженном дуоденостазе. В связи с этим у 12 больных с явными признаками нарушения моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки мы произвели билиодигестивный анастомоз между холедохом и петлей тощей кишки, исключенной по Ру или Брауну. При этом для профилактики стеноза и несостоятельности швов наложение холедохоеюноанастомоза диаметром 2—2,5 см осуществляли однорядными узловыми швами атравматическими иглами. Следует отметить, что указанная операция технически сложна и может быть выполнена при диаметре гепатикохоледоха свыше 16—18 мм. При контрольном исследовании у лиц, перенесших холедоходуоденостомию, установлено снижение давления в двенадцатиперстной кишке с $1,32 \pm 0,04$ до $1,09 \pm 0,11$ кПа ($P < 0,05$) [7].

Трансдуоденальную папиллосфинктеропластику выполняли при ущемленных камнях и стенозе большого дуоденального соска II—III степени, множественных камней гепатикохоледоха, стенозе сосочка и устья панкреатического протока. Папиллосфинктеропластика наиболее эффективна при диаметре общего желчного протока менее 20 мм. Рассечение соска производили от 16 до 25 мм. Сфинктеропластику дополняли вирсунгопластикой при сужении устья панкреатического протока. Папиллосфинктеротомия противопоказана при остром панкреатите, трубчатом стенозе терминального сегмента холедоха протяженностью более 25 мм, при атонии двенадцатиперстной кишки. Контрольная рентгенотелевизионная холангиография в послеоперационном периоде показала уменьшение диаметра желчного протока после папиллосфинктеропластики с $13,0 \pm 0,6$ до $8,7 \pm 0,4$ мм ($P < 0,01$) [2].

Из 400 оперированных умерло 10 больных. Послеоперационная летальность

составила 2,5%. Причинами летальных исходов у 4 больных был перитонит после операций на билиарной системе, у 2 — сильное эрозивное кровотечение после marsупуализации и наружного дренирования кисты, у 4 — разлитой перитонит вследствие несостоятельности швов панкреатоеюнального анастомоза и иссечения панкреатического свища.

Следовательно, выбор метода хирургического вмешательства при первичном хроническом панкреатите зависит от клинического течения, локализации измененной зоны паренхимы, характера и распространенности поражения поджелудочной железы, состояния протоковой системы и осложнений. При хроническом холецистопанкреатите адекватные операции на внепеченочных желчных путях улучшают функцию поджелудочной железы и смежных органов.

ВЫВОДЫ

1. Выбор адекватного метода операции при первичном хроническом панкреатите зависит от локализации, степени развития воспалительно-склеротического процесса поджелудочной железы и осложнений. Продольная панкреатоеюностомия показана при неустранимом блоке вирсунгова протока в области головки железы с резкой дилатацией его дистального отдела и диффузном поражении паренхимы. Левосторонняя резекция выполняется при локализации патологического процесса в области хвоста и тела поджелудочной железы.

2. Различные по виду и объему оперативные вмешательства на желчных путях и смежных органах при хроническом холецистопанкреатите, направленные на восстановление свободного оттока желчи и панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку, устранение причины заболевания и гипертонии в билиарно-панкреатическом бассейне, улучшают функциональное состояние поджелудочной железы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Благовидов Д. Ф., Данилов М. В. Хирургия, 1978, 7.—2. Кнубовец С. Я. Клинико-экспериментальное обоснование оперативных вмешательств на терминальном отделе желчного протока при осложненном холецистите. Автореф. докт. дисс., Казань, 1976.—3. Кузнецов В. А., Кнубовец С. Я., Хасанов Р. М. Казанский мед. ж., 1978, 2.—4. Маврин М. И. Механизмы нейро-гуморальной регуляции функционального состояния почек в норме и при панкреатитах. Автореф. докт. дисс., Казань, 1979.—5. Милонов О. Б., Цацаниди К. Н., Смирнов В. А. и др. Хирургия, 1983, 7.—6. Уткин В. В., Лиепиньш М. А., Бока В. А. Там же, 1977, 9.—7. Хасанов Р. М. Внутривенное давление и выбор метода оперативного вмешательства при хроническом калькулезном холецистите и его осложнениях. Автореф. канд. дисс., Казань, 1981.—8. Шалимов А. А., Шалимов А. С., Полупан В. Н., Шкарбан П. Е. Хирургия, 1978, 1.

Поступила 21 сентября 1983 г.

УДК 616.8—053.3—073.75

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ НЕЙРОРЕНТГЕНОЛОГИИ

М. К. Михайлов, Р. Ф. Акберов, Л. Ф. Башарова, Р. Г. Мингазов,
М. А. Пукин

Кафедра рентгенологии (зав.—проф. М. К. Михайлов) Казанского института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина

Исследования педиатров и невропатологов, особенно в последние два десятилетия, все более убеждают, что точная диагностика поврежденной нервной системы может и должна осуществляться на самых ранних сроках — только тогда возможны эффективная терапия и реальная профилактика более поздних осложнений. Все это требует и от рентгенологов переосмысления многих привычных положений, активного применения рентгенологических методов исследования на самых ранних сроках развития ребенка.

Наряду с клиническим и электрофизиологическим методами исследования, боль-