

Опубліковано:

Клименко В. Н. Билиарная гипертензия и механическая желтуха у больных хроническим панкреатитом: хирургическая тактика и способы хирургического лечения / В. Н. Клименко, А. В. Клименко, А. А. Стешенко // Актуальные проблемы хирургической гепатологии : материалы XX Международного конгресса Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ, 18–20 сент. 2013 г., г. Донецк. – Донецк : Издатель А. Ю. Заславский. – 2013. – С. 106–107.

Билиарная гипертензия и механическая желтуха у больных хроническим панкреатитом: хирургическая тактика и способы хирургического лечения**Клименко В.Н., Клименко А.В., Стешенко А.А.****Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина**

Цель исследования: разработать и обосновать способы хирургического лечения больных хроническим панкреатитом (ХП) с билиарной гипертензией и механической желтухой.

Материалы и методы. Проведен анализ хирургического лечения 56 больных ХП; мужчин было 48 (85,7 %), женщин — 8 (14,3 %), средний возраст — 46 лет. Алкогольный генез ХП был у 51 (91,1 %) больного. Выраженная панкреатическая и билиарная протоковая гипертензия наблюдались у всех больных: диаметр вирсунгова протока составлял от 6 до 13 мм, общего желчного протока — от 12 до 25 мм. Механическая желтуха была у 18 (32,1 %) пациентов с колебанием общего билирубина крови от 28 до 82 мкмоль/л. У всех больных выполнена разработанная универсальная паренхимосохраняющая операция, одномоментно корригирующая билиарную и панкреатическую протоковую гипертензию: продольная тотальная панкреатовирсунгодуоденопапиллотомия с продольным панкреатикоюнодуоденоанастомозом на короткой петле по Ру (38) или изолированно (18). Применялись УЗИ, КТ, видеогастродуоденоскопия, ЭРХПГ; определялись С-пептид, эндогенный инсулин, СА 19-9, IgG, паратгормон, панкреатическая эластаза 1 в кале.

Результаты. После продольного тотального рассечения вирсунгова протока и его устья, включая переднемедиальную стенку двенадцатиперстной кишки (ДПК), поджелудочная железа (ПЖ) представляется в виде развернутой книги. Для устранения билиарной гипертензии и механической желтухи интрапанкреатический отдел холедоха (тубулярный стеноз) рассекался от устья большого дуоденального сосочка в направлении 3 часов условного циферблата длиной 1,5–2,5 см. Диаметр образованного проксимального отверстия холедоха был 4–6 мм. Рассеченная интрапанкреатическая часть холедоха обшивалась по периметру редкими (шаг 5–7 мм) узловыми швами атравматической проленовой нитью 5/0. У 54 (96,4 %) больных через 3–5 месяцев после операции диаметр холедоха значительно уменьшался, составляя в среднем 9–11 мм; быстро нормализовались показатели общего билирубина крови при механической желтухе, что указывало на эффективное устранение билиарной гипертензии предложенным способом. У 2 (3,6 %) больных из-за, вероятно, имевшейся до операции атонии холедоха (диаметр 22 и 25 мм) сохранялась

механическая желтуха (общий билирубин 30–45 мкмоль/л), что потребовало повторной операции (через 5 и 7 недель) с дополнительным формированием гепатикоюноанастомоза на той же петле по Ру.

Выводы. Предложенный паренхимосохраняющий тип операции у больных ХП с панкреатической и билиарной (механическая желтуха) протоковой гипертензией является высокоэффективным и патогенетически обоснованным способом (физиологическое направление пассажа желчи и сока ПЖ в ДПК). Только при диаметре холедоха более 20 мм из-за возможного развития его атонии рекомендуется дополнительное формирование еще и отдельного билиодигестивного соустья.