

## Многоэтапные хирургические вмешательства в лечении больных осложненным панкреатитом

М.В. Данилов,  
В.П. Глабай,  
А.В. Гаврилюк,  
Г.Г. Кармазановский,  
А.Б. Кустов,  
С.А. Говоров,  
Р.Я. Темирсултанов,  
Е.Б. Гузеева  
Московская медицинская  
Академия им. И.М.  
Сеченова

## Multiple surgical interventions in management of complicated pancreatitis patients

M.V. Danilov,  
V.P. Glabay,  
A.V. Gavriliti,  
G.G. Karmasanovsky,  
A.E. Kustov,  
S.A. Govorov,  
R.Ya Temirsultanov,  
E.B. Guzeeva  
Sechenov Moscow Medical  
Academy

### Введение

Рост числа больных с осложненными формами панкреатита в его острой и хронической стадиях имеет следствием увеличение числа хирургических вмешательств на поджелудочной железе (ПЖ), ее протоках и смежных органах. По сборным данным С.Д.Грушко [2], количество рецидивов и поздних осложнений после традиционных лапаротомных операций - может достигать 38%, возрастая по мере увеличения сроков наблюдения. Количество специфических осложнений при использовании методов малоинвазивной хирургии — чрескожных пунктирно-катетеризационных и эндоскопических, согласно S. McNeese и соавт. [10], по меньшей мере не уступает по частоте и тяжести таковым после традиционных операций, что нередко требует перехода на лапаротомию.

Неудовлетворенность результатами как традиционных, так и малоинвазивных вмешательств заставляет у значительного числа больных панкреатитом прибегать к повторным и реконструктивным операциям на ПЖ и смежных органах, которые могут выполняться через лапаротомный доступ или малоинвазивными методами, при этом хирургическое лечение приобретает двух- или даже многоэтапный характер. Запланированное использование многоэтапных вмешательств может быть обусловлено тяжелым исходным состоянием пациентов; оно может предприниматься с целью последующего выполнения одного из этапов хирургического лечения в более благоприятных анатомических и технических условиях.

Разнообразие оперативных вмешательств, применяемых при остром и хроническом панкреатите, варибельность послеоперационных расстройств затрудняют выяснение причин рецидивов и источников поздних осложнений, что требует использования таких методов инструментального исследования, как УЗИ и КТ, позволяющих определить показания к повторным "открытым" и "закрытым" оперативным вмешательствам, установить их оптимальные

сроки, выбрать наиболее приемлемый метод операции на ГТЖ и смежных органах в зависимости от конкретной клинической ситуации.

### **Материал и методы**

В работе анализируются наблюдения за 406 больными осложненным панкреатитом, которым производились многомоментные лапаротомные и малоинвазивные оперативные вмешательства. Первичные хирургические вмешательства у ЭТИХ пациентов были ранее выполнены: 1) в стадии острого деструктивного панкреатита у 146; 2) на фоне хронического панкреатита (ХП) и его осложнений—у 236; 3) у 3 пациентов с предполагаемыми злокачественными опухолями ПЖ, у которых в ходе последующего наблюдения и морфологического исследования диагноз рака железы был заменен на псевдотуморозный ХП, 4) у 21 пациента, подвергнувшегося операциям по поводу предполагаемого ХП I и панкреатических псевдокист, в последующем у этих больных было выявлено опухолевое поражение ПЖ.

В 1-й группе больных первичными вмешательствами на высоте острого панкреатита (ОП) были: 1) санация и дренирование сальниковой сумки, брюшной полости и гнойных полостей при панкреонекрозе, а также при диффузном гнойном перитоните вследствие перфорации панкреатических абсцессов или псевдокист у 44 пациентов (в сочетании с вмешательствами на желчных путях у 18); 2) лапаростомия верхнего отдела брюшной полости с последующими повторными санационными релапаротомиями у 75 пациентов с распространенным инфицированным панкреонекрозом и парапанкреатитом, 4 из которых впоследствии также подверглись поздним повторным операциям; 3) чрескожное дренирование острых жидкостных скоплений, инфицированных псевдокист и абсцессов ПЖ у 27 пациентов (всего 146 больных).

Среди больных 2-й группы, первично оперированных в стадии ХП. 14 ранее перенесли вмешательства на билиарном тракте, 4 — на желудке, 218—на ПЖ и ее протоках, причем первым этапом лечения у 209 больных являлись "открытые" операции, тогда как у 27— малоинвазивные процедуры (всего 236 пациентов).

У 3 пациентов 3-й группы, у которых диагноз рака ПЖ был впоследствии заменен на ХП, первичные операции состояли в наложении билиодигестивных анастомозов у 2. ЭПСГ с повторным эндопротезированием общего желчного протока в связи с обтурационной желтухой и холангитом — у 1. В 4-й группе из 21 больного с предполагаемым осложненным ХП. первично подвергшихся наружному или внутреннему дренированию протоков и псевдокист ПЖ в отдаленные сроки после операции был выявлен, напротив, опухолевый характер поражения ПЖ.

Характер и разновидности повторных и реконструктивных оперативных вмешательств на ПЖ и смежных органах были весьма разнообразными (табл. 1). Основное внимание было уделено показаниям и методам повторных хирургических вмешательств, выполнявшихся в сроки от 3 мес. до 10 лет после первичной операции.

### **Результаты и обсуждение**

Тактика повторных операции у больных, ранее оперированных в острой стадии панкреатита, зависела от характера первичного хирургического вмешательства, последующего течения панкреатита, его осложнений, продолжительности интервала между операциями.

Так, у 33 больных повторные операции выполняли в хронической стадии панкреатита в сроки от 1 года до 10 лет после вмешательства, произведенного во время одного из эпизодов ОП; они обычно представляли собой рутинные вмешательства на ПЖ и ее протоках, включая наложение панкреато- и цистодигестивных анастомозов (13), ДРПЖ (3). НД панкреатических псевдокист (8), наложение билиодигестивных анастомозов (2), лишь в ряде наблюдений отмечались некоторые технические затруднения, обусловленные внутрибрюшным спаечным процессом.

У 11 пациентов первичные вмешательства, производившиеся чаще в других лечебных учреждениях, не привели к разрешению деструктивного ОП и сопровождались гнойно-септическими и иными осложнениями. Повторные операции у этих пациентов выполнялись нами в среднем спустя 1—9 мес. с момента первичной операции. Подобное затяжное течение заболевания может быть обозначено как "хронический гнойный панкреатит" [1] или

"персистирующий ОП [8]. Одна из причин подобного течения панкреатита, требующего выполнения повторных операций, заключалась в недостаточном радикализме, тактических и технических дефектах первичного хирургического вмешательства.

Примером может служить следующее клиническое наблюдение.

Больная И., 35 лет, в одной из больниц 29.10.2000 перенесла по поводу панкреонекроза дренирование сальниковой сумки, холецистостомию. После операции образовались желчный и гнойно-панкреатический свищи, нарастали явления гнойной интоксикации. При УЗИ в зоне хвоста ПЖ выявлена гипозоногенная зона с нечеткими контурами, при КТ — инфильтрат в сальниковой сумке, признаки деструкции тела железы с множественными полостными образованиями. При фистулографии контрастируется обширная полость в зоне сальниковой сумки с распространением контрастного вещества в левое поддиафрагмальное пространство. 09.12 — повторная операция из левостороннего подреберного доступа. В свободной брюшной полости воспалительных изменений, выпота нет, в ее верхнем отделе большой плотный инфильтрат. Вскрыта сальниковая сумка, в ней большое количество зловонного гноя и секвестров, узкий гнойный свищ идет в левое поддиафрагмальное пространство. С техническими трудностями мобилизованы желудок и левый изгиб ободочной кишки, вскрыты обширные гнойные полости под диафрагмой и в левом параколическом пространстве. Сформирована ограниченная лапаростома. В последующем выполнено 7 санационных релапаротомий; гнойный процесс в окружности ПЖ купирован. 03.01.2001 у больной возникли явления острой спаечной тонкокишечной непроходимости, по поводу чего она экстренно оперирована. Произведено устранение непроходимости с ретроградной интубацией тонкой кишки через цекостому. В последующем выполнено внебрюшинное закрытие цекостомы. Наступило выздоровление.

Приведенное наблюдение иллюстрирует повышенную сложность повторных операций при "персистирующем ОП" на фоне неразрешившегося воспалительно-инфильтративного процесса в верхнем отделе брюшной полости, в связи с чем приходилось ограничиваться вскрытием и дренированием парапанкреатических и параколических гнойников, удалением секвестров железы и клетчатки, поскольку внутреннее дренирование протоков и кист ПЖ было невозможным. При трудностях обеспечения адекватного дренажа гнойных полостей у 3 пациентов операцию дополняли ограниченной ДРПЖ и/или спленэктомией. Удаление нежизнеспособных тканей и широкое дренирование гнойных полостей позволяли ликвидировать осложнения, но у ряда больных симптоматика ХП сохранялась.

Ранее [3, 4] нами показано, что при инфицированном панкреонекрозе и гнойном парапанкреатите наиболее радикальным методом операции оказалась лапаростомия верхнего отдела брюшной полости с повторными запланированными релапаротомиями и поэтапным удалением гноя и секвестрированных тканей. Наш опыт наблюдений за 75 пациентами, перенесшими эту многоэтапную процедуру, свидетельствует о минимальном количестве поздних осложнений и рецидивов по сравнению с традиционными методами оперативного лечения деструктивного ОП. Возникновение у 4 пациентов осложнений требовало выполнения инструментальных исследований и нестандартных довольно сложных реконструктивных операций, что иллюстрирует следующее наблюдение:

Больному А., 37 лет, 01.03.96 выполнена лапаростомия верхнего отдела брюшной полости, холецистостомия по поводу тотального инфицированного панкреонекроза. После операции развилась печеночно-почечная недостаточность, энцефалопатия: проводилась интенсивная терапия, этапные санационные лапаротомии. Постепенно явления гнойного ОП разрешились. Спустя год у больного стал нарастать асцит, в асцитической жидкости обнаружено высокое содержание амилазы. При УЗИ и КТ выявлена псевдокиста дистального отдела железы. Диагностирован панкреатический асцит на почве микроперфорации псевдокисты в брюшную полость. При повторной операции 5.06.97 выявлен тяжелый индуративный ХП и парапанкреатит: для обеспечения доступа к железе пришлось произвести спленэктомию. Обнаружена толстостенная псевдокиста дистального отдела ПЖ. Сформирован ЦЕА, устранена послеоперационная грыжа. Наступило выздоровление, пациент прослежен на протяжении 5 лет.

Таблица 1

Виды повторных вмешательств в зависимости от первичной операции

Первичные операции	Повторные операции														Всего	
	Вскрытие гнойников	ЦЕА (в том числе с НД)	ЦПЕА (в том числе с НД)	ЦГА	ПЕА	ГЕА	ПЕА+ГЕА	ДР	ПДР	ННД	чрескожные пункции кист	чрескожная холецистостомия	окклюзии кист и свищей	ХДА		прочие
Лапаротомия	5	3(1)	4(2)	2	3	1	1	3		8					4	30
Операции на желудке		1	1(1)		1									1		
НД	1	9	2(2)	3	11			22	2	28	1		24			103
ЦЕА		2			1			9	1	1						16
ЦПЕА	1								1	1					1	4
ПЕА	4					1			1		1			1		8
ЦГА	1	3								1			1			6
ХЕА									1							1
ГЕА			1(1)													1
ПДР	1				2											3
ДР	3				7	1			5	3			4			23
Окклюзии панкреатических свищей					2			3					8			13
ХГА									2							2
Холцистэктомия	1	2				3		1								7
Спленэктомия					1											1
Иные малоинвазивные методы	1	2	1(1)		1			5	1	3						14
Итого	18	24(2)	8(6)	5	27	7	7	43	10	45	1	1	37	2	1	236

Примечание. Здесь и в табл. 2: ГЕА — гепатикоюноанастомоз, ДР — дистальная резекция, НД — наружное дренирование, ПЕА — панкреатоюноанастомоз, ПДР — панкреатодуоденальная резекция, ППЕА — продольный панкреатоюноанастомоз, ППЦЕА — продольный панкреатоцистоюноанастомоз, ЦЕА — цистоюноанастомоз, ХДА — холедоходуоноанастомоз, ЦПЕА — цистопанкреатоюноанастомоз, ЦГА — цистогастроанастомоз, ХЕА — холедохоюноанастомоз.

6] рекомендуют заменять лапаротомные операции чрескожным или эндоскопическим дренированием парапанкреатических скоплений жидкости, обычно не сообщая точных данных о характере последних, что затрудняет оценку результатов лечения. Следует учитывать, что при ОП могут наблюдаться: 1) жидкостные скопления без капсулы, ограниченные внутрибрюшными органами; 2) острые псевдокисты с тонкой капсулой; 3) ранее существовавшие хронические псевдокисты; 4) абсцессы ПЖ; 5) скопления панкреатического секрета или гноя на фоне организованного панкреонекроза [8], результаты чрескожного дренирования которых существенно различаются. По данным S.McNees и соавт. [10], несформированные жидкостные скопления и острые псевдокисты способны к спонтанному разрешению в 40-60% наблюдений, их пункция и дренирование оказываются излишними. Напротив, при абсцессах ПЖ, особенно на фоне "организованного" панкреонекроза, наружное дренирование часто бывает неэффективным.

Среди наблюдавшихся нами пациентов, подвергшихся лечебным пункциям (7) или чрескожному дренированию (24) некротических очагов с жидкостным компонентом, у 17 эти процедуры явились первым этапом хирургического лечения, за которым следовали лапаротомные операции некр- и секвестрэктомия с дренированием гнойно-некротических очагов, что, однако, не позволило избежать летального исхода у 5 больных, еще 1 пациент умер после множественных дренажных процедур. Таким образом, при "организованном панкреонекрозе с жидкостным компонентом" малоинвазивные вмешательства часто оказываются лишь этапными, предшествующими лапаротомным операциям. Примером может служить следующее наблюдение:

Больной К., 24 лет, в начале января 2001 г. перенес приступ ОП, после чего в верхнем отделе живота стало прощупываться опухолевидное образование. Через 1 мес. при УЗИ и КТ выявлено жидкостное образование размером 114x72 мм с тонкими стенками, с неоднородным содержимым. 09.02 произведено его дренирование пол контролем УЗИ, удалено до 400 мл коричневатой жидкости. Несмотря на антибиотикотерапию, промывание полости антисептическими растворами, больной отмечал нарастающую гипертермию, ознобы. При повторном УЗИ 19.02 полость дренированной кисты не определяется, у нижнего полюса селезенки находится другое образование пониженной неоднородной эхогенности, неправильной формы, размером 60x70 мм, содержащее плотные массы и воздух. При пункции аспирировано 5 мл зловонного гноя, введенное контрастное вещество неравномерно распределяется в забрюшинном пространстве и ранее дренированной полости. Поскольку создать адекватный отток из полости через катетеры не удалось, решено произвести лапаротомию с использованием подреберного доступа слева. В левом подреберье обширный инфильтрат, включающий в себя тело желудка, увеличенную и напряженную селезенку и левый изгиб ободочной кишки. Головка ПЖ умеренно увеличена, тело и хвост в инфильтрате не дифференцируются. Выявлено 2 гнойника: первый по верхнему краю и позади тела железы, в котором определяется конец катетера, второй больших размеров позади хвоста железы, селезенки и изгиба ободочной кишки. Мобилизованы изгиб ободочной кишки, селезенка и по типу "абдоминализации" дистальная половина железы, она резецирована одним блоком с селезенкой, что позволило объединить гнойные полости в одну и удалить большое количество секвестров, жидкого гноя, детрита. Гнойная полость выполнена тампонами, рана закрыта провизорными швами. 22 и 25.02 произведены этапные санационные релапаротомии с удалением гноя и секвестров. Рана зажила вторичным натяжением. Наступило выздоровление.

Даже при инфицированных острых псевдокистах с минимальным компонентом "организованного некроза" их чрескожное дренирование, хотя и может сопровождаться благоприятными результатами, в ряде наблюдений не исключает выполнения повторных хирургических вмешательств — из 14 пациентов, которым выполнена катетеризация, последующая лапаротомия потребовалась 3.

Чрескожная катетеризация внутрибрюшных скоплений инфицированного панкреатического секрета и гноя может играть также важную роль в подготовке больных к операции: ее предварительное выполнение позволило обеспечить неосложненное течение последующих повторных лапаротомных операций: наружное дренирование (НД) псевдокист (7), продольный панкреатоюноанастомоз (ППЕА) (2), наружное или внутреннее дренирование желчных протоков (2), дистальная реакция (ДР) (2).

Бескровная чрескожная катетеризация различных жидкостных образований, преимущественно острых псевдокист, явилась эффективным завершающим методом лечения 19 пациентов, которым ранее произведены лапаротомные операции на фоне ОП и ХП. У 2 больных с помощью катетеризации удалось не только добиться заживления кистозной полости, но и ликвидации механической желтухи. Лишь у 1 больного через 1 год наступил рецидив псевдокисты, потребовавший лапаротомной операции.

Тактика лечения больных 2-й группы, которые первично ранее были оперированы в хронической стадии панкреатита, существенно отличалась от описанной выше; показаниями к повторному хирургическому лечению являлись упорный болевой синдром и осложнения ХП: механическая желтуха, холангит, стеноз двенадцатиперстной кишки, псевдокисты ПЖ. Выбор способа повторной операции зависел от характера первичного вмешательства и послеоперационных осложнений; хирургическая тактика различалась у больных, перенесших дренирующие и резекционные операции на ПЖ и ее протоках, операции на желудке, вмешательства на билиарном тракте. Повторные хирургические вмешательства, как малоинвазивные, так и в объеме расширенной реконструктивной операции, могли выполняться на одном, двух и более органах (см. табл. 1).

После резекции ПЖ повторные и реконструктивные операции были выполнены в поздние сроки у 26 пациентов, в том числе на железе и ее протоках у 22, на смежных органах у 4 (см. табл. 1). ДРПЖ, как изолированная (16), так и дополненная ПЕА (7), чаще сопровождалась неудовлетворительными результатами, что требовало выполнения повторных операций в связи с рецидивами ХП в оставшейся части железы, рецидивами и нагноением псевдокист, стойкими панкреатическими свищами. В большинстве наблюдений эти состояния были следствием выполнения ДР при диффузном ХП без учета состояния протоковой системы железы и сохраняющейся интрапанкреатической гипертензии. Соответственно основным видом повторных оперативных вмешательств оказались дренирующие процедуры - варианты ППЕА (9 больных), дополненного у 2 пациентов НД главного панкреатического протока (ГПП) или кистозных полостей, а также лапаротомное или чрескожное наружное дренирование парапанкреатических псевдокист и абсцессов (7). Панкреатические свищи устраняли у 4 пациентов методом бескровной окклюзии свищевого хода и ГПП. Наконец, в 1 случае прогрессирование панкреатита в проксимальной культе ПЖ привело к развитию тубулярного стеноза холедоха и требовало при повторной операции наложения ГЕА.

Комбинированные реконструктивные операции у пациентов после ДР, сочетавшейся с ПЕА, представляли повышенную техническую сложность. Так, больной К., 34 лет, которому в 1994 г. выполнена ДР с наложением ПЕА, был оперирован повторно 29.11.2000 в связи с рецидивом ХП и рецидивирующей желтухой. В ходе реконструктивной операции ранее наложенный ПЕД был продлен на кистозно-измененный главный проток головки железы; выполнены также холецистэктомия и наложение ГЕА на ту же кишечную петлю. Исход операции благоприятный.

В отличие от дистальной резекции ПДР, выполненная по поводу "головчатого" или диффузного панкреатита, редко сопровождалась рецидивами болей и осложнениями. Необходимость в повторных операциях после ПДР возникала в связи с поражениями билиарного тракта наличием острого холецистита при сохранении в ходе ПДР желчного пузыря (1) и суженного ГЕА, при котором выполнена его реконструкция (1).

У больных, перенесших внутреннее дренирование протоков и псевдокист ПЖ, показания к повторным оперативным вмешательствам возникали чаще (43 пациента) и были связаны: с рецидивами симптомов ХП и псевдокист, поздними гнойно-септическими осложнениями, механической желтухой и холангитом. Частота и характер повторных операций зависели от использованного способа внутреннего дренирования. Так, после изолированного ЦЕА без дренирования расширенного ГПП и коррекции интрапанкреатической гипертензии у 15 больных диффузным первичным ХП закономерно выявлялся рецидив его симптомов. Напротив, после наложения широкого ППЦЕА частота рецидивов ХП и псевдокист значительно снижалась.

Недостаточный радикализм первичных операций внутреннего дренирования протоков ПЖ, недооценка роли коррекции панкреатогенного стеноза общего желчного протока у 13 пациентов

приводили к развитию нарастающей механической желтухи, холангита, включая гнойный (абсцедирующий). У 5 больных поздним последствием наложения панкреато- и цистодигестивных анастомозов явилось также развитие гнойно-септических осложнений, связанных с частичной недостаточностью швов соустья, рецидивом панкреонекроза, нагноением кистозных полостей при недостаточной функции цистодигестивного анастомоза.

Разнообразие причин неудовлетворительных исходов операций внутреннего дренирования заставляло дифференцировать способы повторного хирургического лечения. При развитии в отдаленные сроки после наложения ППЕА или ЦЕА билиарной гипертензии (нарастающая желтуха, холангит) прибегали к дополнительному формированию билиодигестивных анастомозов (9 больных) с изолированной кишечной петлей, использованной при первичной операции. Ранее использованную кишечную петлю с боковым межкишечным анастомозом обычно реконструировали в петлю по типу Ру; а при невозможности этого для наложения билиодигестивного анастомоза формировали новую изолированную кишечную петлю.

При выявлении с помощью УЗИ, КТ, ЭРПХГ стеноза ранее наложенного ПЕА (ЦЕА) тактика реконструкции зависела от локализации поражения ПЖ: при рецидивной псевдокисте дистального отдела ПЖ оптимальным методом являлась ДР железы (10 больных), в 2 наблюдениях завершавшаяся наложением ППЕА. При рецидиве интрапанкреатической гипертензии и псевдокист, локализующихся в головке железы, операцией выбора считали формирование повторного ППЕА или ЦЕА (4 больных). При наиболее тяжелом течении рецидивов и осложнений панкреатита и перенесенной операции у 2 больных вынужденно прибегали к такому сложному реконструктивному вмешательству, как ГПДР.

Больной Е., 44 лет поступил с жалобами на боли в верхнем отделе брюшной полости, желтуху. Болен свыше 10 лет, в 1993 г был наложен ЦЕА по поводу псевдокисты головки ПЖ. При УЗИ и КТ выявлено увеличение головки железы до 6 см в диаметре с кальцинатами, диаметр ГПП 6 мм. Во время операции 07.12.2000 выявлено резкое увеличение и уплотнение головки ПЖ, по верхнему ее краю вскрыта остаточная полость псевдокисты, содержащая густой гной: желчный пузырь напряжен, общий желчный проток диаметром до 2 см с утолщенной стенкой. Произведены ГПДР, холецистэктомия, разобщение ранее сформированного облитерированного ЦЕА. Реконструктивный этап операции: гастроэюноанастомоз сформирован конец в конец, на ранее использованную для ЦЕА петлю тощей кишки наложены ГЕА и продольный ПЕА. Послеоперационный период протекал без осложнений. Таким образом, у больного с калькулезным панкреатитом с тяжелым болевым синдромом, тубулярным стенозом общего желчного протока, холециститом, облитерацией ранее наложенного ЦЕА и нагноившейся рецидивной псевдокистой головки ПЖ единственным возможным реконструктивным вмешательством оказалась ПДР, сопровождавшаяся вполне благоприятным исходом.

Лечение поздних гнойных осложнений внутреннего дренирования стремились осуществить в первую очередь методами малоинвазивной хирургии, которые оказались успешными в 4 наблюдениях. При невозможности использования или неуспехе их у 5 больных прибегали к лапаротомным операциям (вскрытие и дренирование парапанкреатических абсцессов).

После использования эндоскопических операций внутреннего дренирования по поводу панкреатических псевдокист, согласно сборным данным К. Binmoeller и N. Soehendra [7], в 5-22% наблюдений требуется последующее хирургическое лечение обычно в связи с рецидивом кист. Мы обладаем личным опытом выполнения 3 реконструктивных операций после подобных "бескровных" вмешательств. Приводим одно из этих наблюдений:

Больному Б., 39 лет, в феврале 1986 г. эндоскопическим способом наложен ЦГА по поводу гигантской постнекротической псевдокисты ПЖ. Однако спустя 6 мес возникло обострение ХП и при контрольном УЗИ был выявлен рецидив кисты. При контрольной гастроскопии виден лишь рубец на месте ранее наложенного анастомоза. 17.04.87 выполнена повторная операция, при которой в теле железы обнаружена толстостенная псевдокиста диаметром 6 см, связи ее полости с ГПП не выявлено. Сформирован широкий ЦЕА. Наступило выздоровление, пациент прослежен на протяжении 5 лет.

Наиболее часто (117 пациентов) необходимость повторного хирургического лечения при ХП возникала в отдаленные сроки после НД панкреатических псевдокист, как лапаротомного, так и малоинвазивного под контролем УЗИ или КТ. Показаниями к повторным хирургическим вмешательствам являлись рецидивы панкреатита и кист, стойкие панкреатические свищи и их сочетание. Большая частота рецидивов ХП, кист и свищей после цистостомии объяснима ее паллиативным характером, не устраняющим важнейшую причину образования и сохранения псевдокист — интрапанкреатическую гипертензию, а также последствия гнойного панкреатита.

Для оценки эффективности методов малоинвазивной хирургии при лечении пациентов с *хроническими* псевдокистами нами совместно с С.В. Ширяевой проведен анализ серии наблюдений за 33 пациентами с псевдокистами, развившимися преимущественно на фоне алкогольного панкреатита, которым произведена чрескожная катетеризация под контролем УЗИ и КТ. 5 из этих пациентов потребовалось выполнение лапаротомии в раннем послеоперационном периоде в связи с развитием перитонита, а также нагноения кистозной полости. 25 пациентам повторные операции (ДРПЖ—6, ЦЕА—3, ППЦЕА—2, НД псевдокист—6, окклюзия свищей—у 8) вынужденно выполнялись в отдаленные сроки после катетеризации в связи с рецидивом ХП, псевдокист, незаживающими свищами. Лишь в 3 наблюдениях чрескожная катетеризация кистозной полости оказалась заключительным этапом лечения.

Сказанное свидетельствует о необходимости с осторожностью устанавливать показания к пункционно-катетеризационным процедурам при хронических псевдокистах. Последующее выполнение после них необходимых лапаротомных операций обычно затруднялось наличием вялотекущего панкреатогенного перитонита, воспалительной инфильтрацией органов и тканей.

В табл. 2 представлены варианты и исходы повторных оперативных вмешательств, выполненных в отдаленные сроки после наружной цистостомии. В их числе представлены все основные варианты резекционных и дренирующих вмешательств на ПЖ и се протоках, а также бескровная окклюзия панкреатических свищей. Столь большая частота повторных операций при хронических псевдокистах, возникших на фоне рецидивирующего панкреатита, особенно алкогольного, существование которых поддерживается широким сообщением кистозной полости с ГПП, заставляет во многих случаях рассматривать НД в основном как вынужденное этапное вмешательство, которое применимо главным образом при невозможности выполнения более радикальной операции. По данным M.Callery и C.Meyers [9], не менее чем у 20-30% пациентов после этой малоинвазивной операции следует ожидать рецидива кист и/или длительно не заживающих свищей.

У 3 пациентов 3-й группы с тяжелым течением ХП, осложненного стенозом общего желчного протока с желтухой и холангитом, а также стенозом двенадцатиперстной кишки, на предыдущих этапах лечения первично ошибочно диагностировали рак ПЖ. При первичных хирургических вмешательствах, выполненных без до- или интраоперационного морфологического исследования биопсийного или пункционного материала, ограничивались коррекцией билиарной гипертензии путем наложения билиодигестивного анастомоза (БДД) (2 пациента) или эндоскопического стентирования желчных протоков (1). Достигнутое разрешение желтухи позволяло улучшить качество жизни пациентов, на первый план в последующем у них выступали болевой синдром и осложнения ХП при отсутствии опухолевой интоксикации. При углубленном инструментальном исследовании

Таблица 2

**Повторные оперативные вмешательства на ПЖ после НД хронических псевдокист**

Характер повторной операции	Вид НД		Всего
	чрескожное (под контролем УЗИ и КТ)	«открытое»	
ПДР	1	2	3
ДР (с ПЕА)	5	22	27
ППЕА и ППЦЕА	1	13	14
ЦЕА и ЦГА	2	9	11
НД псевдокист	3	28	31
ЦГА		3	3
ГЕА	1		1
Окклюзия панкреатических свищей		24	24
Вскрытие гнойников	1	2	2
<b>Итого</b>	<b>14</b>	<b>103</b>	<b>117</b>



в послеоперационном периоде у пациентов данной группы выявляли калькулезное поражение ПЖ, признаки билиарной и интрапанкреатической гипертензии — расширение ГПП и его ветвей, мелкие псевдокисты, другие признаки тяжелого ХП.

Реконструктивные операции в этой группе больных (ПДР у 1, ГШЕА или ППШЕА в сочетании с ГЕА у 2) представляли собой нестандартные вмешательства, в ходе которых стремились в максимальной степени корригировать нарушения проходимости панкреатических и желчных протоков, затруднения эвакуации из желудка. Примером может служить следующее наблюдение.

Больному С., 42 лет, в 1995 г в одной из клиник Москвы наложен холецистогастроанастомоз по поводу предполагаемого рака ПЖ, осложненного механической желтухой. После злоупотребления алкоголем 13.09.96 больной поступил в связи с развитием желудочного кровотечения. При гастроскопии выявлены множественные язвы антрального отдела желудка, явившиеся источником кровотечения, которое после выполнения эндоскопических гемостатических процедур не повторялось. При УЗИ и КТ выявлена картина калькулезного ХП с неравномерным расширением ГПП до 12 мм; желчные протоки не расширены. После курса противоязвенной терапии и заживления язв 30.09 больной оперирован. Выявлены значительное увеличение головки ПЖ с расширенным главным протоком, резкая деформация антрального отдела желудка, вызванная порочным холецистогастроанастомозом, признаки сегментарной портальной гипертензии. С учетом характера патологических изменений операция ограничена ликвидацией анастомоза с холецистэктомией, что позволило устранить затруднение эвакуации из желудка, а также формированием ППЕА и ГЕА с изолированной по Ру петлей тощей кишки. Послеоперационное течение без осложнений. В течение 4 лет наблюдения рецидива желтухи и желудочных язв не выявлено, пациент прибавил в массе 6 кг, после нарушения диеты бывают небольшие боли в эпигастральной области.

Не менее сложным было осуществление повторных операций у 21 пациента 4-й группы, которым произведены различные хирургические вмешательства по поводу предположительно ХП и панкреатических кист; однако спустя иногда весьма продолжительный срок у пациентов выявлялось опухолевое перерождение ПЖ. В данной группе а) 13 пациентов с кистозными опухолями (цистаденома у 5, цистаденокарцинома у 8) ранее подверглись 15 дренирующим вмешательствам: НД "кисты" было выполнено из лапаротомного доступа в 9 наблюдениях, под контролем УЗИ в 1, у 5 пациентов предпринимались безуспешные попытки внутреннего дренирования "кисты"; б) 8 больным с клинической картиной хронического рецидивирующего панкреатита наложены билио-, панкреато- и цистодигестивные анастомозы, в последующем у них в сроки от 2 мес. до 3 лет были выявлены злокачественные опухоли ПЖ.

При анализе наблюдений за 13 пациентами первой подгруппы удалось выяснить, что ни у одного из них не предпринималось попыток морфологической верификации диагноза ни до, ни в ходе операции. При кистозных опухолях, ошибочно подвергнутых дренированию, характерными признаками были многокамерное строение "кисты" по данным УЗИ и КТ; отсутствие спадения полости "кисты" после дренирования, она продолжала пальпироваться; выделение из наложенного свища кровянистой жидкости, а также крошковидных или губчатых масс. при цито- и гистологическом исследовании которых определялась картина опухоли.

Пациенты второй подгруппы (8) были оперированы по поводу ХП с типичной симптоматикой, с наличием интрапанкреатической гипертензии, у 3 — также панкреатолитиаза, в связи с чем им выполняли наложение ППЕА. У 4 из этих пациентов клинический диагноз к моменту первичной операции колебался между панкреатитом и раком ПЖ, но исследование ни опухолевых маркеров, ни интраоперационного биопсийного материала не подтвердило предположения об опухолевом характере поражения железы. После операции нарастали интоксикация, панкреатическая недостаточность, а затем выраженный болевой синдром и желтуха.

Тактика повторных операций в двух подгруппах больных с опухолями ПЖ была различной. У большинства больных (12) с несвоевременно диагностированными кистозными опухолями, несмотря на задержку с выполнением радикальных операций, их удалось произвести у 9 при

локализации опухоли в корпорокаудальном отделе железы (ДР) и у 3 при поражении головки железы (ПДР) без летальных исходов.

Примером может служить наблюдение за больной Д., 32 лет, которой в октябре 1989 г. произведено лапаротомное НД кисты головки ПЖ. В связи с рецидивом "кисты" в феврале 1990 г. повторно выполнено ее чрескожное НД под контролем УЗИ. После операции в течение 3 мес функционировал наружный свищ, после закрытия которого рецидивировали боли в эпигастральной области. При КТ выявлено многокамерное кистозное образование с толщиной стенки до 4 мм. Во время операции 04.06 обнаружено, что головка ПЖ занята бугристой опухолью диаметром до 8 см, тело и хвост железы не увеличены, ткань сочная, дольчатая. При срочном гистологическом исследовании стенки "кисты" выявлена цистоаденокарцинома. Произведена ПДР с сохранением желудка и привратника. Наступило выздоровление. Через 2 года ее состояние хорошее, признаков рецидива опухоли нет. Приведенный пример иллюстрирует типичный анамнез больной с кистозной опухолью ПЖ; одновременно он демонстрирует реальные возможности выполнения радикальной операции даже при довольно большом размере опухоли и после перенесенных паллиативных вмешательств.

Во второй подгруппе основной задачей вынужденных повторных операций являлась декомпрессия билиарного тракта путем формирования ЕДА (6) или чрескожной холецисто- или гепатохолангиостомии (2). Исходы этих операций не были удовлетворительными — 2 пациентов умерли в раннем послеоперационном периоде, остальные — через 2-6 мес после повторной операции.

Таким образом, вариабельность и тяжесть течения панкреатита, частота опасных для жизни осложнений, вовлечение в патологический процесс смежных с ПЖ органов и тканей заставляют у значительного числа больных как в острой, так и в хронической фазах заболевания прибегать к расчленению хирургического лечения на два и более лапаротомных или малоинвазивных этапов. Необходимость выполнения повторных (реконструктивных) операций может быть обусловлена ошибками диагностики и тактическими просчетами на предшествующих этапах хирургического лечения. При определении показаний к повторным хирургическим вмешательствам и выборе их конкретного способа важнейшая роль принадлежит инструментальному исследованию — УЗИ, КТ, эндоскопии.

В процессе выполнения повторных операций должны быть предусмотрены коррекция интрапанкреатической и билиарной гипертензии, обеспечение свободной проходимости желудочно-кишечного тракта, ликвидация осложнений и предупреждение их рецидива, что невозможно при использовании одного стандартного оперативного вмешательства. Метод чрескожного дренирования хронических псевдокист применим в основном как вынужденная мера при их нагноении и рецидивах, отсутствии сообщения кист с ГПП: расширение показаний к этому способу сопровождается осложнениями, требующими выполнения повторных лапаротомных операций.

### **Список литературы**

1. Артемьева Н.Н., Напалков П.Н. Хирургическое лечение осложненных форм хронического панкреатита // Вести. хир. 1982. № 11. С. 39-46.
2. Грушко С.А. Повторные операции при осложненном хроническом панкреатите: Автореф. дис. канд. мед. наук М. 1992. С. 24.
3. Данилов М.В., Глабай В.П., Ширяева С.В. и др. Проблемы хирургии хронических заболеваний поджелудочной железы // Хирургия. 1993. N. 3. С. 55-62.
4. Данилов М.В., Глабай В.П., Буриев И.М., Темирсултанов Р.Я. Современные проблемы хирургии панкреатита // Анналы хир. гепатол. 1996. Т. 1. С. 67-71.
5. Козлов В.А., Козлов И.В., Головкин Е.Б. Применение малоинвазивных методов в лечении деструктивного панкреатита // Анналы хир. гепатол. 2001. Т. 6. N1. С. 131- 138.
6. Нестеренко Ю.А., Лищенко А.Н., Михайлузов С.В. Гнойно-некротические осложнения острого панкреатита. М., 1998. С. 170.

7. Binmoeller K., Soehendra N. Endoscopic treatment. In: "The Pancreas". Oxford, 1998. V. 1. P. 794-807.
8. Bradley E. A natural history-based clinical classification system for acute pancreatitis. In: "Acute pancreatitis. Novel Concepts in Biology and Therapy". Berlin-Vienna. 1989. P. 181-192.
9. Gallery M., Meyers W. Surgical treatment of pseudocysts after acute pancreatitis. In: "The Pancreas". Oxford. 1998. №. 1. P. 614-626.
10. McNees S., van Sonnenberg T., Goodacre B. Percutaneous management of pancreatic collections. In: "The Pancreas" Oxford. 1998. V. 1. P. 650-655.