

В.Л. Коробка^{1,2}, М.Ю. Кострыкин², А.М. Шаповалов², О.Б. Кучеренко²

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ УСТРАНЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

¹Ростовский государственный медицинский университет,
344022, пер. Нахичеванский, 29, тел.: (863) 250–42–00;

²Ростовская областная клиническая больница,
344015, ул. Благодатная, 170, тел.: (863) 222–65–97, e-mail: orph-rokb@yandex.ru, г. Ростов-на-Дону

Резюме

С 2005 по 2011 г. с диагнозом «хронический панкреатит» оперировано 213 больных, из них с синдромом ВПГ 37. В 51,4% случаев устранить синдром ВПГ, обусловленный инфильтративными и фиброзными изменениями ретропанкреатической области, удалось в ходе проведения радикальных и органосохраняющих резекций ПЖ. У 40,5% больных с синдромом ВПГ, обусловленным кистозной трансформацией головки ПЖ и кистами головки ПЖ, синдром ВПГ устранен операцией Фрея и операциями внутреннего дренирования. У 8,1% больных в ходе проведения дуоденумсохраняющей резекции головки ПЖ произведена резекция стенки воротной вены с последующей ее реконструкцией по разработанной методике. Из 37 оперированных больных хроническим панкреатитом с синдромом ВПГ осложненное течение послеоперационного периода зарегистрировано у 8 (21,6%) больных. Летальных случаев в группе оперированных больных не было.

Ключевые слова: хронический панкреатит, внепеченочная портальная гипертензия.

V. Korobka^{1,2}, M. Kostyrykin², A. Shapovalov², O. Kucherenko²

SURGICAL TECHNIQUES ELIMINATE EXTRAHEPATIC PORTAL HYPERTENSION IN PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS

¹ The Rostov State Medical University;

²Rostov Regional Hospital, Rostov-on-Don

Summary

213 patients with chronic pancreatitis who were surgically treated from 2005 to 2011, one with EPH syndrome – 37. In 51,4% cases, the EPH syndrome caused by infiltrative and fibrotic changes retropancreatic area eliminate was in the course of radical resection of the pancreas and pancreas-preserving operations. In 40,5% of patients with EPH syndrome caused by cystic transformation of the pancreatic head and pancreatic head cysts complications are eliminated Frey procedure and internal drainage. In 8,1% of patients during the duodenum-preserving pancreatic head resection of the portal vein wall with subsequent reconstruction of the developed technique. Of the 37 operated patients with chronic pancreatitis with EPH syndrome complicated the postoperative period were registered in 8 (21,6%) patients. Deaths were not.

Key words: chronic pancreatitis, extrahepatic portal hypertension

Заболеваемость хроническим панкреатитом (ХП) среди взрослого населения остается довольно высокой и составляет от 8 до 27 случаев на 100 тыс., при этом более чем у 30% заболевших трудоспособного возраста развиваются осложнения, которые требуют хирургического вмешательства [3, 4]. Наиболее грозным осложнением ХП, развивающимся у 7–18% больных, является внепеченочная портальная гипертензия (ВПГ), которая нередко сопровождается кровотечениями из варикозно измененных подслизистых вен различных локализаций и приводит к гибели 5% больных [1, 5, 9].

Основными причинами ВПГ при ХП являются компрессия воротной вены и ее притоков увеличенной фиброзно или кистозно измененной головкой поджелудочной железы; компрессия венозного ствола ложными кистами и вовлечение сосудов в инфильтративный воспалительный парапанкреатический процесс и фиброз; внутрисосудистый тромбоз, возникающий

вследствие перехода воспаления с ткани железы на сосудистую стенку [5, 9, 10].

Применяемые для хирургического лечения ХП радикальные резекционные вмешательства на поджелудочной железе (ПЖ), такие как панкреато-дуоденальная резекция (ПДР) и субтотальная корпоро-каудальная резекция, позволяют выделить мезентерикопортальный ствол и тем самым устранить явления внепеченочной портальной гипертензии [2, 6, 8]. Однако эти операции не являются органосохраняющими и имеют большое число послеоперационных осложнений и неудовлетворительные отдаленные функциональные результаты. Их выполнение оправдано лишь при невозможности исключения злокачественного поражения ПЖ, а также в ситуациях экстренного оперативного вмешательства – на высоте желудочно-кишечного кровотечения или высокого риска его рецидива [4, 7, 8].

Технологии резецирующих органосохраняющих методик, к которым относят медиальную резекцию

ПЖ, операцию Бегера, чаще позволяют выделить магистральные вены из фиброзирующего инфильтрата и тем самым устранить явления внепеченочной портальной гипертензии. Однако в ситуациях, когда имеются выраженные фиброзные изменения ПЖ, затрагивающие непосредственно стенки воротной вены в ее пара- и ретропанкреатической части, выделение мезентерикоportalного ствола представляется затруднительным и опасным ввиду высокого риска ранения сосудов и развития кровотечения. Опасность повреждения сосудов панкреатодуоденальной зоны нередко приводит к отказу от радикального хирургического лечения ХП [5]. Паллиативные вмешательства, выполняемые в сложившейся ситуации, в свою очередь являются причиной новых осложнений, а прогрессирование заболевания приводит к гибели значительной части больных в ранние сроки после операции.

Материалы и методы

В хирургическом центре ГБУ РО «РОКБ» с 2005 по 2011 г. с диагнозом «хронический панкреатит» нами прооперировано 213 больных, из них 37 (17,4%) больных с подтвержденным синдромом ВПГ. Причиной развития данного осложнения у 16 (7,5%) больных был парапанкреатический инфильтрат, у 8 (3,8%) – кистозная трансформация головки ПЖ, у 6 (2,8%) – истинная киста головки ПЖ, у 7 (2,3%) – фиброз головки ПЖ с вовлечением сосудов, в том числе в 1 наблюдении (0,5%) – тромбоз воротной вены.

Больным с синдромом ВПГ выполняли операцию Бегера, операцию Фрея и пилоросохраняющую панкреатодуоденальную резекцию – ППДР (при невозможности исключения злокачественного поражения ПЖ). Также выполняли медиальную резекцию ПЖ, различные варианты экономных дистальных резекций ПЖ, операции внутреннего дренирования протоковой системы ПЖ и кист. В 2 случаях оперативное вмешательство мы провели в срочном порядке. В связи с высоким риском рецидивного желудочно-кишечного кровотечения из варикозно расширенных подслизистых вен пищевода, имевшихся у этих больных на момент поступления, им произвели корпоро-каудальную резекцию ПЖ, спленэктомию, резекцию дна желудка.

Результаты и обсуждение

В 19 (51,4%) случаях экстравазальной компрессии воротной вены, обусловленной инфильтративными и фиброзными изменениями ретропанкреатической области посредством радикальных и органосохраняющих резекций ПЖ, нам удалось выделить основные венозные магистральные, восстановить адекватный венозный кровоток и тем самым устранить синдром ВПГ. У 15 (40,5%) больных с синдромом ВПГ, обусловленным кистозной трансформацией головки ПЖ и кистами головки ПЖ, проходимость венозных сосудов удалось восстановить операцией Фрея и операциями внутреннего дренирования.

У 3 (8,1%) больных в ходе проведения дуоденум-сохраняющей резекции головки ПЖ мы столкнулись с непреодолимыми техническими трудностями. У этих

больных имел место выраженный фиброз паренхимы ПЖ в области перешейка, переходивший на стенку воротной вены, при этом у одного из этих больных имел место тромбоз воротной вены. Выделение магистральных ретропанкреатических сосудов в такой ситуации создавало угрозу ранения сосудистой стенки и интраоперационного кровотечения, что, в свою очередь, исключало возможность выполнения полного объема операции и устранения синдрома ВПГ.

Для решения возникших технических трудностей у этих больных мы применили разработанный нами способ (решение о выдаче патента по заявке № 2011106420 от 25.01.2012 г.), который позволил нам выполнить полный объем органосохраняющих резекционных вмешательств – устранить экстравазальную компрессию воротной вены, восстановить адекватный порталный кровоток и ликвидировать ВПГ. Сущностью примененного способа является использование временного обходного мезентерико-портального шунтирования на этапе мобилизации ПЖ и резекции ее головки с резекцией участка воротной вены, вовлеченного в фиброз, и последующая реконструкция воротной вены.

Таким образом, среди оперированных больных хроническим панкреатитом с синдромом внепеченочной портальной гипертензии в 34 (91,9%) наблюдениях нам удалось устранить данное осложнение традиционными резецирующими и дренирующими операциями. В 3 (8,1%) клинических случаях мы применили оригинальную разработанную методику.

Из 37 оперированных больных хроническим панкреатитом с синдромом ВПГ осложненное течение послеоперационного периода зарегистрировано у 8 (21,6%) больных. В 3 наблюдениях зарегистрирована несостоятельность панкреатикодигестивного соустья. В 3 случаях развилась печеночная недостаточность, в 1 случае декомпенсированная, а у 2 больных – субкомпенсированная. Во всех наблюдениях явления данного осложнения удалось купировать интенсивной медикаментозной терапией. Наряду с этим у 1 больного зарегистрировали реактивный плеврит, еще в 1 наблюдении – пневмонию. Летальных случаев в группе оперированных больных не было.

Выводы

Операция Бегера, медиальная, корпоро-каудальная резекция ПЖ и ППДР эффективны в отношении устранения синдрома ВПГ при условии высвобождения магистральных вен панкреатодуоденальной зоны из фиброзно-воспалительного процесса. Операции внутреннего дренирования устраняют синдром ВПГ только в том случае, если экстравазальная компрессия обусловлена сдавлением вен кистозно-трансформированной головкой ПЖ. При вовлечении стенки воротной вены в фиброзно-воспалительный процесс радикальное лечение ХП, осложненного ВПГ, возможно при условии сочетания резекционного вмешательства с реконструкцией воротной вены и восстановления адекватного порталного кровотока.

Литература

1. Криворучко И.А., Бойко В.В., Сивожелезов В.В. Вторичная внепеченочная портальная гипертензия при хроническом панкреатите // *Анналы хир. гепатологии*. – 2006. – Т. 11, № 3. – С. 165–166.
2. Кубышкин В.А., Козлов И.А., Яшина Н.И. и др. Обоснование выбора способа хирургического лечения хронического панкреатита // *Бюлл. сиб. мед.* – 2007. № 3. – С. 43–49.
3. Маев И.В., Казюлин А.Н., Кучерявый Ю.А. Хронический панкреатит. – М.: Медицина, 2005. – 504 с.
4. Оноприев В.И. Хронический панкреатит. Аспекты хирургического лечения и медикаментозной реабилитации. – Краснодар, 2007. – 212 с.
5. Adam U., Makowiec F., Riediger H. et. al. Pancreatic head resection for chronic pancreatitis in patients with extrahepatic generalized portal hypertension // *Chirurg.* – 2004. – Vol. 135, № 4. – P. 411–418.
6. Beger H.G., Siech M. Chronic pancreatitis. In book: *Current surgical therapy* // Edn. J.L. Cameron. St. Louis, London, Philadelphia, Sydney, Toronto: A Harcourt Health Sciences Company, 2001. – P. 551–557.
7. Gourgiotis S., Germanos S., Ridolfini M. Surgical management of chronic pancreatitis // *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* – 2007. – Vol. 6, № 2. – P. 121–133.
8. Mann O., Izbicki J.R. Customized surgical strategy in chronic pancreatitis // *Scand. J. Surg.* – 2005. – № 2. – P. 154–160.
9. Sakorafas G.H., Sarr M.G., Farley D.R. et. al. The significance of sinistral portal hypertension complicating chronic pancreatitis // *Am. J. Surg.* – 2000. – Vol. 179, № 2. – P. 129–133.
10. Singhal D., Kakodkar R., Soin A.S. et. al. Sinistral portal hypertension. A case report // *J. Pancreas.* – 2006. – № 6. – P. 670–673.

Координаты для связи с авторами: Коробка Вячеслав Леонидович – директор Центра реконструктивно-пластической хирургии при Ростовской областной клинической больнице, канд. мед. наук, ассистент кафедры хирургических болезней № 4 РГМУ, тел.: +7-918-558-47-91, e-mail: orph-rokb@yandex.ru; Кострыкин Михаил Юрьевич – врач сердечно-сосудистый хирург кардиохирургического отделения № 2 Ростовской областной клинической больницы, тел.: +7-918-554-16-28, e-mail: orph-rokb@yandex.ru; Шаповалов Александр Михайлович – врач-хирург отделения реконструктивно-пластической хирургии Ростовской областной клинической больницы, тел.: +7-918-520-88-99, e-mail: orph-rokb@yandex.ru; Кучеренко Ольга Борисовна – зав. рентгеновским отделением Ростовской областной клинической больницы, тел.: +7-918-591-66-86, e-mail: orph-rokb@yandex.ru



УДК 616.13 – 005.4 – 089: 617.58

В.В. Верин¹, Г.А. Шарандак¹, С.Н. Качалов¹, Е.А. Шубин¹, С.М. Селютин²

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ АРТЕРИЙ ДИСТАЛЬНОЕ ЩЕЛИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

¹Дорожная клиническая больница на ст. «Хабаровск-1» ОАО «РЖД», 680022, ул. Воронежская, 49, e-mail: dkb.khabarovsk@gmail.com, г. Хабаровск;

²Приморская краевая клиническая больница № 1, 690990, ул. Алеутская, 57, e-mail: prim_kkb1@mail.ru, г. Владивосток

Резюме

За четырехлетний период работы (с 2007 по 2011 г.) коллективом авторов было прооперировано 38 пациентов с атеросклеротическим поражением подколенных артерий и артерий голени. Средний возраст пациентов составил 64±28 г. (от 39 до 99 лет). При обращении в клинику у 17 (44,7%) пациентов была выявлена ишемия нижней конечности III класса по классификации Фонтейна. Критическая ишемия конечностей с трофическими нарушениями была отмечена у 21 (55,3%) пациента (IV класс), среди них у 6 (15,8%) пациентов трофические нарушения наблюдались на обеих нижних конечностях. Всем пациентам была выполнена баллонная ангиопластика артерий голени. У 37 пациентов (97,4%) в раннем послеоперационном периоде отмечалось улучшение состояния конечностей: повышение температуры стопы, изменение цвета кожных покровов с бледного на розовый, исчезновение болей. У 25 (67,6%) пациентов с ишемией конечности III–IV класса в результате вмешательства произошло снижение класса ишемии до IIа, у 12 (32,4%) пациентов — до I класса. У 13 (34,2%) пациентов с трофическими нарушениями мы отмечали заживление ран в течение двух месяцев после операции. У 7 (18,4%) пациентов через 2–3 нед. после эндоваскулярного вмешательства были выполнены малые ампутации некротизированных частей стопы (пальцев, дистального отдела стопы) с хорошим заживлением послеоперационных ран. Отдаленные результаты