

Способ фистулоэнтеростомии при хроническом панкреатите, осложненном свищем поджелудочной железы

В.Л.КОРОБКА, О.И.ЧИСТЯКОВ, А.М.ШАПОВАЛОВ, О.И.ГЛУШКОВА, Р.В.КОРОБКА

Method fistuloenterostomy with chronic pancreatitis complicated by pancreatic fistula

V.L.KOROBKA, O.I.CHISTYAKOV, A.M.SHAPOVALOV, O.I.GLUSHKOVA, R.V.KOROBKA

Ростовский государственный медицинский университет

Ростовская областная клиническая больница

Целью работы явилась разработка нового органосохраняющего способа хирургического лечения панкреатических свищей, позволяющего эффективно и надежно устранять наружный панкреатический свищ посредством внутреннего дренирования панкреатического протока в просвет тонкой кишки, не нарушающего нормальный пассаж панкреатического секрета по пищеварительному тракту. С применением разработанных методик оперировано 8 больных. Результаты хирургического лечения больных хроническим панкреатитом с наружным панкреатическим свищем, оперированных по разработанной методике подтвердили эффективность способа в отношении ликвидации свища при сохранении физиологического пассажа панкреатического секрета по пищеварительному тракту, при этом способ позволяет снизить риск несостоятельности соустья и развития гнойных осложнений брюшной полости.

Ключевые слова: хронический панкреатит, свищ поджелудочной железы

The aim of the study was to develop a new method of organ-preserving surgical treatment of pancreatic fistula, which allows efficient and reliable to eliminate external pancreatic fistulas by internal drainage of the pancreatic duct into the lumen of the jejunum, does not interfere with normal passage of pancreatic secretion in the digestive tract. With the application of the developed techniques operated on 8 patients. Results of surgical treatment of patients with chronic pancreatitis with external pancreatic fistulas, operated by the developed technique confirmed the efficiency of the method to eliminate the fistula while preserving the physiological passage of pancreatic secretion in the digestive tract, and the way to reduce the risk of failure of fistula and disseminated septic complications of the abdominal cavity.

Key words: chronic pancreatitis, pancreatic fistula

Одним из осложнений хронического рецидивирующего панкреатита является образование свищей поджелудочной железы (ПЖ), которые встречаются у 2,7-3,4% больных [6, 9, 13]. Причиной формирования панкреатических свищей в такой ситуации является деструкция ткани самой железы и парапанкреатической клетчатки с их нагноением, что приводит к негерметичности протоковой системы ПЖ и истечению панкреатического секрета за пределы органа [2, 5, 11, 12]. Наряду с этим, травмы ПЖ и дренирующие вмешательства при них, равно как и дренирование при деструктивном панкреатите приводят к формированию панкреатических свищей [7].

Показаниями к оперативному лечению наружных панкреатических свищей являются ситуации, при которых свищ не имеет тенденции к закрытию, при этом развиваются серьезные метаболические изменения в организме пациента, возникает деструкция тканей, окружающих свищ [1, 4, 8, 14].

В настоящее время с целью ликвидации панкреатического свища общепризнанны органосохраняющие, экономные резекции ПЖ. Однако, при локализации внутреннего отверстия свища в области головки ПЖ выполнение таких вмешательств представляет опасность, ввиду высокого риска ранения анатомических структур, расположенных в этой зоне. В свою очередь, имеющиеся инфильтративные изменения вокруг свища нередко вовлекают в воспалительный процесс соседние органы, что подчас делает резекционные вмешательства невыполнимыми. В этой ситуации хирурги зачастую прибегают к формированию фистулогастро- или фистулоэюноанастомозов, при которых стенки свища вшиваются в желудок или петлю тонкой кишки, выделенной по Ру [1, 4, 10].

Определенные сложности возникают и при выполнении данных видов операции. Возникающие технические трудности обусловлены тем, что свищевой ход часто бывает извитым, у места сообщения свищевой ходы с главным протоком железы определяется сужение, поверхность ПЖ вокруг отверстия свища уплотнена из-за вызванного свищом фиброзного процесса [2, 3, 5]. Данные патоморфологические изменения на фоне имеющейся обструкции проксимальных отделов главного панкреатического протока могут являться причиной затрудненного оттока панкреатического секрета в желудочно-кишечный тракт и создавать условия для рецидива панкреатита в дренированном участке железы, инфицирования зоны анастомоза и повторному образованию свища в послеоперационном периоде. Попытки использовать свищевой ход в качестве проводника,

при его выделении, с целью быстрого установления локализации панкреатического отверстия свища, нередко приводят к перфорированию стенок свища, что в сочетании с недостаточным кровоснабжением стенки свища не гарантирует состоятельность сформированного соустья и эффективную его проходимость [4, 8, 9]. Стремление уменьшить число общих и местных послеоперационных осложнений заставляет хирургов искать новые способы хирургического лечения больных с панкреатическими свищами.

Целью работы явилось улучшение хирургического лечения больных хроническим панкреатитом, осложненным панкреатическим свищем, посредством разработки нового оригинального хирургического способа.

Материалы и методы

Нами разработан и применен на практике способ хирургического лечения панкреатических свищей (решение о выдаче патента по заявке №2010138034 от 18.07.2011 г.), который позволяет эффективно и надежно устранить наружный панкреатический свищ посредством внутреннего дренирования панкреатического протока в просвет тонкой кишки, не нарушающий нормальный пассаж панкреатического секрета по пищеварительному тракту. При этом разработанный способ позволяет достичь надежного герметичного соединения сшиваемых тканей, при отсутствии сквозных проколов стенок, без учета их толщины, морфологических особенностей; отсутствии шовного материала в зоне анастомоза, что снижает риск несостоятельности соустья и развития гнойных осложнений брюшной полости.

Следует отметить, что выполнение операции фистулоэнтеростомии разработанным способом требует соблюдения ряда технических условий.

В первую очередь, в предоперационном периоде необходимо проводить холангиопанкреатографию для определения взаимосвязи свища с главным панкреатическим протоком, а также для исключения обструкции в зоне большого дуоденального сосочка. Также в просвет свища необходимо устанавливать «потерянный» дренаж, наличие которого в просвете свища является необходимым условием для последующего формирования компрессионного фистулоэнтероанастомоза. При всех вмешательствах на ПЖ необходимо использовать нерассасывающийся шовный материал, потому что любые рассасывающиеся нити будут быстро разрушаться ферментами.

Техника операции состоит из следующих приемов. По общепринятой методике выполняем срединную лапаротомию, визуализируем панкреатический свищ. Производим выделение панкреатического свища из окружающих тканей до его основания. Панкреатический свищ пересекаем с оставлением культи свища длиной 3-4 см. В случае если свищ не был дренирован, в его просвет вводим трубчатый силиконовый дренаж

диаметром 0,4-0,5 см и длиной 3-4 см до сопоставления краев дренажа и свища.

Двумя мононитьями 4/0 в двух равноудаленных точках наружный край дренажа фиксируем к краю стенки свища. Свободные концы нитей связываем между собой, формируем таким образом «поводок». В верхний этаж брюшной полости проводим выключенную из пищеварения по Ру петлю тонкой кишки. Непрерывность желудочно-кишечного тракта восстанавливаем путем формирования межкишечного соустья по типу «конец в бок». На слизистую тонкой кишки со стороны ее просвета на расстоянии 2 см от резецированного края по окружности накладываем кисетный шов, концы нити выводим через прокол стенки наружу. Край кишки инвагинируем в ее просвет ниже уровня кисетного шва. Свободные концы нитей «поводка» проводим через просвет петли тонкой кишки и на расстоянии 5-6 см от края инвагината выводим наружу через прокол стенки кишки (рис. 1).

Следующим этапом сопоставляем инвагинат тонкой кишки с культи свища. Постепенно вытягиваем нити «поводка» из места прокола стенки кишки



Рис. 1. Подготовка свища и петли тонкой кишки к формированию анастомоза.



Рис. 2. Этап формирования компрессионного фистулоэнтероанастомоза.



Рис. 3. Формирование второго ряда швов.

и, таким образом, погружаем культю свища в просвет тонкой кишки (рис. 2).

После полного погружения свища в инвагинированный конец кишки концы кисетной нити завязываем до плотного прижатия к дренажу инвагинированных стенок, обращенных друг к другу наружными поверхностями; этим заканчиваем формирование компрессионного шва. Концы нитей поводка и кисетной нити срезаем, места проколов ушиваем одиночными узловыми швами.

На заключительном этапе формирования компрессионного фистулоэнтероанастомоза накладываем второй ряд швов. С помощью «П»-образных швов кишку фиксируем к тканям у основания панкреатического свища (рис. 3).

Результаты и их обсуждение

Разработанным способом оперированы 8 больных, у которых на момент госпитализации имелся панкреатический свищ, (6 мужчин и 2 женщины в возрасте от 22 до 57 лет). Основными причинами формирования панкреатических свищей стали деструктивные формы панкреатита, травмы ПЖ и ранее проведенные оперативные вмешательства на ПЖ (табл. 1).

В предоперационном периоде всем больным выполняли УЗИ-исследование органов брюшной полости, КТ с контрастированием, фистулографию, а также эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию для определения взаимосвязи свища с главным панкреатическим протоком и исключения обструкции в зоне большого дуоденального сосочка. Данные проведенных дополнительных инструментальных исследований подтвердили проходимость главного панкреатического протока, и его взаимосвязь со свищем.

Послеоперационный период у всех больных протекал гладко. Клиническое динамическое наблюдение

Таблица 1

Причины формирования панкреатических свищей

Причина	Количество больных
Дренирование при очаговом панкреонекрозе	3
Дренирование при травме ПЖ	2
Ранее перенесенные операции на ПЖ	2
Неполный разрыв ПЖ при тупой травме	1

и лабораторные данные не выявили грубых нарушений в соматическом статусе больных, общеклинических и биохимических показателей крови; осложнения, непосредственно связанные с проведением операции отсутствовали.

С целью объективной оценки герметичности сформированного фистулоэнтероанастомоза в ранние сроки после операции всем больным проводили УЗИ-исследование панкреатодуоденальной зоны, а также МР-томографию.

Инструментальные исследования не выявили свободной жидкости в брюшной полости, при этом отсутствовали инфильтративные и воспалительные явления – органы, прилежащие к ПЖ оставались интактными, проходимость двенадцатиперстной кишки, желчных путей и магистральных сосудов не была нарушена.

При контрольном осмотре в позднем послеоперационном периоде (в среднем через 3 месяца после операции) состояние пациентов было удовлетворительное, болевой синдром отсутствовал, отмечалась прибавка в весе, диспепсических и эндокринных нарушений мы не зарегистрировали.

Проведенное УЗИ-исследование не выявило расширения протоковой системы ПЖ, кистозных образований и инфильтративных изменений в области головки ПЖ.

Вывод

Полученные данные результатов хирургического лечения больных хроническим панкреатитом с наружным панкреатическим свищем, оперированных по разработанной методике подтвердили эффективность способа в отношении ликвидации свища. Способ дает возможность достичь надежного герметичного соединения сшиваемых тканей, за счет применения компрессионной методики формирования фистулоэнтероанастомоза при отсутствии сквозных проколов стенок и шовного материала в зоне анастомоза, что позволяет снизить риск несостоятельности соустья и развития гнойных осложнений брюшной полости.

Список литературы

1. Альперович Б.И., Цхай В.Ф., Хабас Г.Н. Лечение кист и свищей поджелудочной железы. *Анналы хирургической гепатологии* 2000; 5. 1: 70-76.
2. Артемьева Н.Н. Наружные панкреатические свищи. *Анналы хирургической гепатологии* 1997; 2, приложение 75-76.
3. Вилявин Г.Д., Кочиашвили В.И., Калтаев К.К. Кисты и свищи поджелудочной железы. М.: Медицина, 1977; 191.
4. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. М.: Медицина 1995; 510.
5. Радзиховский А.П. Свищи поджелудочной железы. Киев: Наука думка 1987; 224.
6. Смирнов А.Д. Хирургическое лечение хронического рецидивирующего фиброзного панкреатита, кист поджелудочной железы и наружных панкреатических свищей. Дис. ... д.м.н., СПб 1995.
7. Шабунин, А.В., Бедин В.В., Далгатов К.Д. и др. Хирургическое лечение панкреатических свищей. *Альманах Института хирургии имени А.В. Вишневского* 2011; 6. 2: 34.
8. Alexakis N., Sutton R., Neoptolemos J.P. Surgical treatment of pancreatic fistula. *Digestive Surgery* 2004; 21: 262-274.
9. Beger H.G., Matsuno S., Cameron J.L. *Diseases of the Pancreas*. Springer-Verlag, Berlin 2008; 905.
10. Cabay J.E., Boverie J.H., Dondelinger R.F. Percutaneous catheter drainage of external fistulas of the pancreatic ducts. *Eur. Radiol.* 1998; 8. 3: 445-448.
11. Kozarek R.A., Traverso L.W. Pancreatic fistulas: etiology, consequences and treatment. *Gastroenterologist.* 1996; 4: 238-244.
12. Solanki R., Bhushan S. et al. Disconnected duct syndrome: Refractory inflammatory external pancreatic fistula following percutaneous drainage of an infected peripancreatic fluid collection. A case report and review of the literature. *Journal of the Pancreas.* 12. 2: 177-180.
13. Vallath Balakrishnan Chronic pancreatitis. a prospective nationwide study of 1,086 subjects from India. *Journal of the Pancreas.* 9. 5: 593-600.
14. Wilson C. Management of the later complications of severe acute pancreatitis pseudocysts, abscess and fistula. *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* 1977; 9. 2: 117-121.

Поступила 03.12.2011 г.

Информация об авторах

1. Коробка Вячеслав Леонидович – к.м.н., асс. кафедры хирургических болезней №4 Ростовского государственного медицинского университета; директор Центра реконструктивно-пластической хирургии Ростовской областной клинической больницы; e-mail: orph-rokb@yandex.ru
2. Чистяков Олег Игоревич – к.м.н., заведующий отделением реконструктивно-пластической хирургии Ростовской областной клинической больницы; e-mail: orph-rokb@yandex.ru
3. Шаповалов Александр Михайлович – врач-хирург отделения реконструктивно-пластической хирургии Ростовской областной клинической больницы; e-mail: orph-rokb@yandex.ru
4. Глушкова Ольга Игоревна – врач-хирург отделения реконструктивно-пластической хирургии Ростовской областной клинической больницы; e-mail: orph-rokb@yandex.ru
5. Коробка Роман Вячеславович – студент 5 курса лечебно-профилактического факультета Ростовского государственного медицинского университета; e-mail: orph-rokb@yandex.ru