

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГЕПАТИКОЕЮНОАНАСТОМОЗА

Аносенко С. А.*,
Филатов М. С.

БУЗ ВО «Вологодская областная больница № 1», 160002, г. Вологда, ул. Лечебная, д. 17

РЕЗЮМЕ Описан малоинвазивный метод эндоскопической оценки и коррекции панкреатодигестивных анастомозов. Приведены клинические примеры применения метода.

Ключевые слова: хронический панкреатит, эндоскопическая ревизия.

* Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail anosenko@bk.ru

В связи с высокой распространенностью, частотой заболеваемости и инвалидизации хронический панкреатит (ХП) на протяжении десятилетий остается важной медицинской и социально-экономической проблемой [7, 8]. Несмотря на многоплановый характер консервативного лечения [3], развитие ХП на определенном этапе требует хирургического вмешательства. Однако показания к операции и характер вмешательства остаются в значительной степени дискуссионным вопросом [1, 6]. В настоящее время отсутствуют четкие критерии оптимальных сроков, объема и видов оперативных вмешательств в зависимости от выраженности патологии [2]. Хирургическое лечение ХП [4–6, 9] предусматривает: устранение болевого синдрома, осложнений, сохранение функции поджелудочной железы и ее островкового аппарата.

Прогноз основных оперативных вмешательств при ХП в отдаленном периоде колеблется в диаметрально противоположных соотношениях между «хорошими» и пессимистическими (от 50 до 85%) [10]. Число выполняемых резекционных, дренирующих и резекционно-дренирующих операций при осложненном течении ХП в силу их оправданности возрастает, особенно с использованием панкреатикоеюноанастомозов на изолированной тощей кишке по Ру. Неудовлетворительные результаты этих оперативных вмешательств оказываются достаточно частым поводом к выполнению повторных и реконструктивных операций на поджелудочной железе [2], так как контроль состояния панкреатодигестивного анас-

томоза, возможность его ревизии и коррекции без лапаротомной операции практически невозможен. Актуальным является поиск эффективного щадящего, малоинвазивного вмешательства для выполнения этих задач.

В данной статье описан метод эндоскопической ревизии и коррекции панкреатодигестивных анастомозов при рецидиве клинических признаков ХП.

Анализ результатов комплексного лечения 238 больных с осложненными формами хронического панкреатита в 2001–2009 гг. (прооперировано 174 пациента (73%)) показал, что летальность в отдаленном периоде составила 13,2%, хороший эффект достигнут у 40,6%, удовлетворительный – у 29,7%, а в 16,5% случаев результаты лечения были плохими. Повторно оперировано 15 больных (16,5%), в том числе после наружного дренирования – 10 (11%), после внутреннего – 5 (5,5%).

В 2009 г. в нашем отделении был предложен метод эндоскопической коррекции гепатикоеюноанастомоза (патент на изобретение № 2376952 от 27 декабря 2009 г.). В 2011 г. мы апробировали данный метод для ревизии и коррекции панкреатоеюноанастомоза.

Суть метода в том, что при формировании продольных панкреато- и цистоанастомозов на включенной по Ру петле тощей кишки слепой конец приводящей петли, который ушивали двумя кисетными швами и подшивали к париетальной брюшине в зоне выведения дренажа наружу

ENDOSCOPIC CORRECTION OF HEPATICOJEJUNOSTOMY

Anosenko S. A., Philatov M. S.

ABSTRACT A new minimally invasive technique of endoscopic evaluation and correction of pancreatodigestive anastomosis is described. Some cases of its application are adduced.

Key words: chronic pancreatitis, endoscopic revision.

(обычно слева от средней линии в эпигастрии), мы всегда использовали для выведения дренажа с целью декомпрессии зоны анастомоза в раннем послеоперационном периоде. В отдаленном периоде при необходимой ревизии билио- и панкреатодигестивных анастомозов место выведения дренажа (место фиксации отводящей петли кишки) легко определялось по рубцу на коже. Выполнялся разрез длиной 3–4 см (зависит от массы тела пациента), чтобы найти фиксированную к париетальной брюшине петлю кишки (еще легче, если она была выведена под кожу). Между двумя держалками вскрывали кишку, в ее просвет вводили эндоскоп. Расстояние от панкреатодигестивного анастомоза – около 10–15 см. Хороший обзор (на мониторе) позволяет выполнять любые манипуляции – канюлизацию, дилатацию, стентирование.

Приводим клиническое наблюдение. Больной 26 лет был оперирован по поводу ХП (цистпанкреатоеюностомия на отключенной по Ру петле тощей кишки); послеоперационный период протекал нормально. Через 5 лет вновь стали беспокоить боли в верхних отделах живота, усиливающиеся после приема пищи, в связи с чем проведена повторная госпитализация. Чтобы выяснить причину болей, выполнено эндоскопическое обследование. В условиях операционной под местной анестезией рассечена кожа в области тощей кишки, найден конец отводящей петли кишки, выключенной по Ру. Кишка вскрыта между держалками, введен эндоскоп. На расстоянии 12 см обнаружено устье цистпанкреатоеюноанастомоза диаметром около 0,5 см, через которое выделялся панкреатический сок с хлопьевидными включениями (рис. 1). Устье заканюлизировано (рис. 2), выполнена баллонная дилатация. Больной выписан через несколько дней с положительной динамикой в удовлетворительном состоянии.

В другом случае метод применен у больного 35 лет, которому 5 лет назад выполнена цистоеюностомия на изолированной по Ру петле тощей кишки при хроническом кистозном панкреатите на фоне механической желтухи. При повторном поступлении предъявлял жалобы на периодическую боль ноющего характера в верхних отделах живота. По данным УЗИ и КТ рецидива кисты нет. При эндоскопической ревизии цистоеюноанастомоза выявлено, что он облитерирован (рис. 3); учитывая незначительные клинические проявления ХП, дальнейшее лечение сводилось к назначению консервативной терапии.

Таким образом, отдаленные результаты хирургического лечения ХП показали, что дренирующие операции не позволяют адекватно решить



Рис. 1. Устье цистпанкреатоеюноанастомоза через 6 лет после операции



Рис. 2. Момент канюлизации с целью последующей баллонной дилатации



Рис. 3. Облитерированный цистэнтероанастомоз через 6 лет после операции

проблему болевого синдрома. Наш опыт эндоскопической визуализации и коррекции панкреатодигестивных анастомозов через слепой конец

выключенной по Ру тощей кишки свидетельствует о возможности снижения частоты травматичных повторных операций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гальперин Э. И. Хронический панкреатит // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2009. – № 3. – С. 92–110.
2. Данилов М. В., Федоров В. Д. Повторные и реконструктивные операции при заболеваниях поджелудочной железы : рук-во для врачей. – М. : Медицина, 2003.
3. Ивашкин В. Т. Современные проблемы клинической панкреатологии // *Вестн. РАМН*. – 1993. – № 4. – С. 29–34.
4. Клименко В. Н., Клименко А. В. Выбор метода хирургического лечения больных хроническим панкреатитом // *Тезисы XV Международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ // Анналы хирургической гепатологии*. – 2008. – № 3. – С. 166.
5. Оноприев В. И., Роголь М. Л. Хронический панкреатит. – Киев : Группа Б, 2007.
6. Осложненный хронический панкреатит. Диагностика и хирургическое лечение / К. Г. Кубачев [и др.] // *Вестн. хирургии*. – 2010. – № 3. – С. 80–84.
7. Роль алкоголизма в развитии хронического панкреатита / Ю. С. Винник [и др.] // *Хирургия поджелудочной железы на рубеже веков*. – М., 2000. – С. 29–30.
8. Хронический панкреатит, его течение и исходы / А. И. Хазанов [и др.] // *Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. – 1999. – № 4. – С. 24–25.
9. Beger H. G., Matsuno S., Cameron J. L. *Diseases of the Pancreas*. – Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 2008. – P. 905.
10. Lee W. J. Surgical treatment of pancreatitis // *Kor. J. Gastroenterol.* – 2005. – Vol. 46, № 5. – P. 352–357.