

ОРИГИНАЛЬНЫЙ МЕТОД МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СВИЩА

Аванесян Р. Г., Королев М. П., Федотов Л. Е.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

В течение последних 30 лет эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) является основным этапом (методом) литоэкстракции из желчных протоков, при этом, доля применения эндоскопической техники при холедохолитиазе с каждым годом увеличивается в сравнении с другими альтернативными методами удаления конкрементов из протоков. Несмотря на минимальную инвазивность, ЭПСТ, как метод оперативного вмешательства, не лишен по-слеоперационных осложнений. К наиболее грозным нежелательным последствиям метода относят повреждения стенки желчного или панкреатического протока при рассечении большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДПК). Данное осложнение часто требует традиционного хирургического вмешательства, цель которого, устранение повреждения и адекватное дренирование зоны перфорации для возможного формирования наружного желчного или панкреатического свища. При этом, частота развития наружного свища в послеоперационном периоде превышает 10-12%, летальность достигает 8%. Таким образом, усовершенствование хирургических методов лечения данного вида осложнения ЭПСТ является актуальной задачей.

С 2006 по 2019 гг. в клинике Общей хирургии с курсом эндоскопии СПбГПМУ выполнено более 3500 ЭПСТ при холедохолитиазе. В 9 (0,26%) случаях диагностирована перфорация ретродуоденальной части общего желчного протока и БСДПК (0,26%), причем в двух случаях в послеоперационном периоде формировался наружный панкреатический свищ. Необходимо отметить, что в пяти случаях при перфорации БСДПК выполнены комбинированные минимально инвазивные вмешательства для ликвидации осложнения.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Больной Ж., 60 лет поступил в клинику Общей хирургии с курсом эндоскопии СПбГПМУ 02.11.2016 года с диагнозом: ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит, лапароскопическая холецистэктомия от 2010 года, холедохолитиаз, холангит, механическая желтуха.

Выполнена операция 03.11.2016 года – ЭПСТ, ретроградная эндоскопическая литоэкстракция. Необходимо отметить, что длительность операции была 30 минут, прошла без технических особенностей. На следующий день после операции у больного появились боли в животе, клиническая картина острого панкреатита. Получал консервативную терапию по протоколу лечения острого панкреатита. Боли в животе не стихали, при контрольном УЗИ органов брюшной полости от 06.11.2016 года выявлен абсцесс забрюшинного пространства справа. Выполнена операция в экстренном порядке – дренирование абсцесса под ультразвуковым контролем. При исследовании содержимого на амилазу показатели превышали 15000 Ед/л. Учитывая предполагаемое повреждение стенки двенадцатиперстной кишки при ЭПСТ, больному установлена наружная чрескожная чреспеченочная холангостома (Рис. 1, 2). Таким образом, алгоритм минимально инвазивного вмешательства при позднем обнаружении перфорации стенки в области БСДПК при ЭПСТ следующий: 1) дренирование забрюшинного пространства; 2) декомпрессия желчных протоков. В следствие этого, со временем формируется наружный панкреатический или желчный свищ. Как видно из рис. 1 и 2, контрастное вещество, введенное в желчное дерево поступает в дренируемое забрюшинное пространство. Дальнейшее течение заболевания зависит от диаметра перфорации БСДПК – или свищ прекращает функционировать самостоятельно, или, при сохранении функционирования свища, показано стентирование общего желчного протока покрытым стентом и стентирование главного панкреатического протока пластиковым стентом. В представленном случае свищ функционировал интенсивно, потери были до 300-400 мл ежесуточно, в связи с чем большому выполнено эндопротезирование общего желчного протока и протока поджелудочной железы.

Операция от 02.12.2016 года – ретроградная холангиопанкреатография, попытка ретроградного стентирования протока поджелудочной железы (Рис. 3). В связи с невозможностью провести проводник в просвет протока поджелудочной железы, выполне-



Рис. 1. Чреспечная чреспеченочная холангистома



Рис. 2. Затек контрастного вещества в забрюшинное пространство справа



на пункция не расширенного протока поджелудочной железы (Рис. 4) и наружно-внутреннее каркасное дренирование его в сочетании с ретроградным эндоскопическим стентированием общего желчного и печеночного протоков (Рис. 5 а, б).

В результате минимально инвазивного вмешательства выполнено разобщение дефекта БСДПК и полости абсцесса в забрюшинном пространстве, а также протезирование экзокринной функции поджелудочной железы и печени. Дренаж из забрюшинного пространства удален через неделю после операции. В дальнейшем, 05.01.2017 года, для улучшения качества жизни больного, выполнено антеградное стентирование протока поджелудочной железы пластиковым внутренним стентом (Рис. 6). Стенты удалены через 6 месяцев. За больным наблюдаем более 3 лет, жалоб не имеет, прибавил в весе 5 кг.

Цель – показать эффективность и альтернативность минимально инвазивных технологий в лечении больных с повреждением БСДПК при ЭПСТ.

ВЫВОДЫ

1. При позднем обнаружении перфорации в области бсдпк после эпст необходимо дренирование желчных протоков и забрюшинного пространства с целью формирования наружного панкреатического или желчного свища.
2. При длительном существовании панкреатического или желчного свища показано разобщение желчного и панкреатического протока и полости абсцесса в забрюшинном пространстве с использованием пластиковых и покрытых саморасправляющимися стентов.



Рис. 3. Ретроградная холангиопанкреатография, попытка ретроградного стентирования главного протока поджелудочной железы. Проводник в просвете общего желчного протока

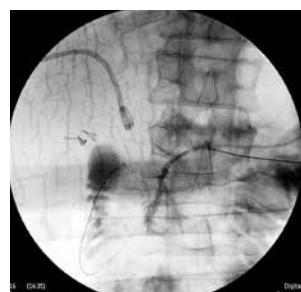


Рис. 4. Пункция не расширенного главного протока поджелудочной железы и проведение проводника в просвете двенадцатиперстной кишки

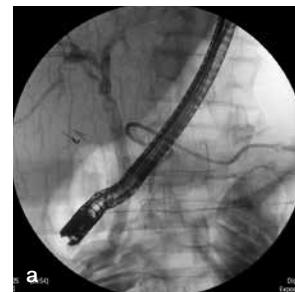


Рис. 5 а, б. Ретроградное эндоскопическое стентирование общего печеночного и желчного протоков, антеградное наружно-внутреннее дренирование главного протока поджелудочной железы

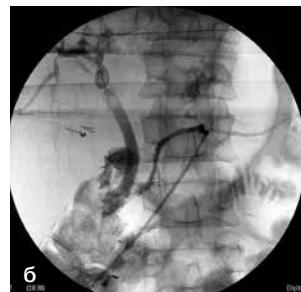


Рис. 6. Антеградное стентирование главного протока поджелудочной железы

