

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 послеоперационных 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 ретроуденальной 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 абсcess забрюшинного пространства справа. Выполнена операция в экстренном порядке—дренирование абсcessа 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 холангиостома (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 функционировании 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 ежедневно, в связи с чем больному 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. Чрескожная чреспеченочная холангиостома



Рис. 2. Затек контрастного вещества в забрюшинное пространство справа



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

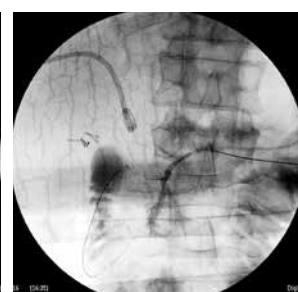


Рис. 4. Пункция не расширенного главного протока поджелудочной железы и проведение проводника в просвет двенадцатиперстной кишки

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 саморасправляющихся стентов.

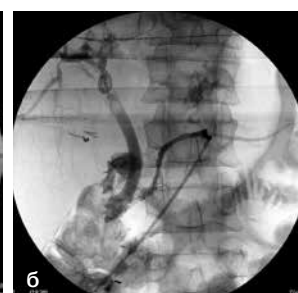
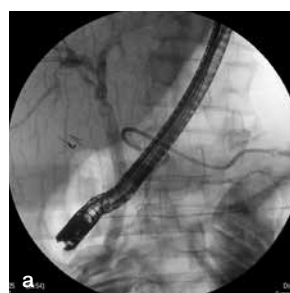


Рис. 5 а, б. Ретроградное эндоскопическое стентирование общего печеночного и желчного протоков, антеградное наружно-внутреннее дренирование главного протока поджелудочной железы



Рис. 6. Антеградное стентирование главного протока поджелудочной железы