

РЕЗЕКЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ПАНКРЕАТОДИГЕСТИВНЫХ СВИЩЕЙ

Дундаров З.А., Майоров В.М., Бондаренко О.Е., Крот С.Я.

*У «Гомельская областная специализированная клиническая больница»,
УО «Гомельский государственный медицинский университет» г. Гомель*

Введение. Развиваясь чаще всего как исход панкреонекроза, хронический панкреатит (ХП) характеризуется разрастанием соединительной ткани, образованием фиброзных межорганных сращений, кальцинатов, псевдокист, стриктур и конкрементов главного протока поджелудочной железы, механической желтухи, а также дуоденальной непроходимости и дистрофии.

В последние годы отмечается существенный рост числа пациентов с наружными и внутренними панкреатическими свищами (ПС). Этот рост связан с увеличением числа деструктивных форм острого панкреатита и травматических повреждений ПЖ, широким внедрением пункционно-дренажных методов лечения кистозных образований ПЖ. Неполные ПС закрываются самостоятельно под воздействием консервативной терапии. При полных ПС требуется хирургическое лечение. Операции, выполняемые по поводу ПС составляют около 5% от общего количества хирургических вмешательств на ПЖ.

На ПЖ свищ чаще всего открывается в корпокаудальном отделе, реже в области перешейка и головки. Наиболее часто применяемые в настоящее время операции при ПС имеют ряд недостатков. Дистальная резекция ПЖ часто имеет неудовлетворительный функциональный результат: примерно у 60% больных осложняется инсулярной недостаточностью и обычно сопровождается спленэктомией. Иссечение свища с панкреатоеюностомией, фистулоэнтеростомии в большинстве случаев имеют неудовлетворительные отдаленные результаты.

Цель: определить оптимальную тактику хирургического лечения пациентов с хроническим панкреатитом, осложнённым формированием панкреатодигестивного свища.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 35 пациентов с ПС. Мужчин было 29 (83%), женщин 6 (17%). Средний возраст составил $45,6 \pm 3,7$ лет. Следует отметить, что часть пациентов длительное время находились на длительном лечении в терапевтических и фтизиопульмонологических отделениях с диагнозом экссудативный плеврит неясной этиологии. С наружными ПС было 27 (77%) чел., с внутренними - 8 (панкреатогенный асцит – 6, панкреатогенный гидроторакс – 2). Диагностический алгоритм помимо клинических и лабораторных данных включал УЗИ, КТ, фистулографию, а также выполнение плевральной пункции.

Результаты и обсуждение. Все эти пациенты оперированы после предварительной консервативной терапии не менее 3-х месяцев. Локализация истока свищевого хода была следующей: головка ПЖ – 2 (5,7%), область

перешейка – 5 (14,3%), корпокаудальный отдел – 28(80%). Были выполнены операции: резекция головки ПЖ по Бегеру – 2; медиальная резекция ПЖ со свищом – 21, с панкреатогастростомией дистальной культи у 7 чел., панкреатоюностомией - у 14 (проксимальный конец ПЖ ушивали); дистальная резекция ПЖ – 12. Дистальную резекцию ПЖ выполняли при локализации свища в хвостовой части ПЖ.

Основной причиной развития панкреатикоплевральных свищей, по мнению большинства авторов, является перенесенный панкреонекроз с исходом в ХП с последующим формированием ложных кист, которые имеют патологическую коммуникация с плевральными полостями, чаще слева. Декомпрессионная плевральная пункция значительно уменьшает клинические проявления дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, что в значительной мере позволяет компенсировать состояние пациентов и выполнять основной этап оперативного вмешательства в более благоприятных условиях.

Следует отметить, что резекции ПЖ у этой категории больных отличались повышенной технической сложностью, особенно на этапе мобилизации железы, что связано с наличием массивного, плотного спаечного процесса и выраженного хронического парапанкреатита. По этим причинам, при дистальной резекции ПЖ, селезенку удалось сохранить лишь в 4-х случаях. Летальных исходов и релапаротомий не было. Дополнительное дренирование жидкостных образований под УЗ наведением нами было выполнено у 4-х пациентов.

Выводы.

Ранняя диагностика и предлагаемая программа активного комплексного лечения, заключающаяся в формировании индивидуального подхода к подготовке и выбору оптимального способа оперативной коррекции способствует достижению хороших результатов у этой сложной категории пациентов.

Радикальной операцией при наличии ПС является резекция ПЖ. Условием адекватного выполнения операции является правильный выбор места пересечения железы для того, чтобы была удалена вся та ее часть, которая дренируется свищом при дистальной его локализации (дистальная резекция), или выполнена резекция рубцово-измененных участков ПЖ, несущих свищ и в которых имеется полная обструкция Вирсунгова протока (медиальная резекция), с панкреатодигестивным анастомозом дистальной культи ПЖ. Выполнение медиальных резекций ПЖ при ПС предпочтительнее в силу лучших функциональных результатов.