

ПАССИВНАЯ И АКТИВНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ АНАСТОМОТИЧЕСКОЙ ПОЛОСТИ ЗОНДОМ-КАРКАСОМ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ БИЛИО- И ПАНКРЕАТОЕЮНОПЛАСТИК

*Сычиков Н.В.¹, Белоусова Е. А.¹, Рудков Ю.В.¹,
Ступакова К.А.¹, Сычиков О.Н.²*

¹УЗ «Могилевская больница №1»,

²УЗ «Могилевская областная клиническая больница», Республика Беларусь

Введение. О декомпрессии зоны анастомотической полости для профилактики осложнений билио- и панкреатоеюнопластик известно еще с 20го века. Декомпрессия зоны анастомоза ведет к уменьшению диастатического давления в анастомотической полости, что профилактирует возможность несостоятельности. Несостоятельность может «запустить» такие осложнения в раннем послеоперационном периоде как перитонит, кровотечение из зоны несостоятельности, интраабдоминальный и парапанкреатический абсцесс, желчный, панкреатический свищ. Чаще же несостоятельность протекает более благоприятно и проявляется временным (от нескольких дней до нескольких недель) истечением сока поджелудочной железы (ПЖ), желчи по страховочным дренажам. Но в отдаленном послеоперационном периоде у ряда оперированных из-за перенесенной несостоятельности развиваются клинически более или менее значимые стриктуры, деформации в зоне соустья с энтеробилиарным рефлюксом. И связано это не только с тем, что дефект (несостоятельность) зоны анастомоза заживает с формированием деформирующего рубца, но и с тем, что воздействие желчи, сока ПЖ на внешнюю стенку анастомоза, его серозу (что происходит при несостоятельности) в свою очередь ведет к деформации, стриктуре соустья, и, в итоге, к нарушениям пассажа через него (В.П. Земляной, 1997, Э.И. Гальперин, 2011).

Если выработанная прецизионная техника формирования анастомоза для профилактики стриктур, деформаций, несостоятельности анастомоза в настоящее время не вызывает вопросов, то вопрос о применении декомпрессии анастомотической полости остается дискуссионным. Одни считают это целесообразным, особенно в сложных ситуациях, другие относятся к этому негативно.

Цель. Оценить результаты применения декомпрессии зоны анастомотической полости при билио- и панкреатоеюнопластиках.

Материал и методы. С 2002г. для декомпрессии зоны анастомотической полости (проксимальный от анастомотической полости участок желчного или панкреатического протока и сама анастомотическая полость, или только анастомотическая полость) при билио- и панкреатоеюнопластиках мы начали формировать билио- и панкреатоеюноанастомозы на внутреннем зонде-каркасе (дренаже) в варианте Фелькера (F. Voelker, 1911). Применяем данную

методику при сложном, трудном в техническом исполнении анастомозировании, когда видим угрозу несостоятельности, стенозирования, деформации, ангуляции соустья. Выполняем операцию в следующем варианте. С выключенной по Ру петель тощей кишки формируется задняя губа анастомоза (бок-в-бок или конец-в-бок). Затем через конец (не ушитый) выключенной кишки по её просвету в зону формируемого анастомоза (будущую анастомотическую полость) с помощью длинного иглодержателя заводится зонд-каркас диаметром 2-5 мм с боковыми отверстиями на конце – катетер медицинский (трубка) однократного применения (non-pyrogenic, non-toxic, sterile). Удалив иглодержатель, конец катетера продвигается далее в желчный или панкреатический проток, или оставляется в анастомотической полости. При этом для профилактики синдрома недренируемой доли печени, протоков ПЖ зонд мы далеко не продвигаем – не далее 0,3-0,5 см проксимальнее анастомотической полости. Предварительно, перед введением в кишку к зонду привязывается тонкая рассасывающаяся нить (обычно кетгут 3/0 с атравматической иглой) на расстоянии 0,5 – 2,0 см от его конца, который будет заводиться к анастомозу. Этой нитью зонд фиксируется (до наложения передней губы анастомоза) одним швом к стенке желчного или панкреатического протока или к ткани ПЖ в анастомотической полости. В стежок берем очень маленькую порцию ткани, чтобы можно было легко оторвать при удалении зонда (если нить еще будет держать). Затем формируется передняя губа анастомоза (при анастомозировании используем прецизионную технику, но без увеличивающих бинокляров и заднюю губу формируем узелками вовнутрь, а не снаружи). После этого конец Ру-кишки инвагинируется под кисетный шов вокруг трубки и последняя выводится через прокол в брюшной стенке наружу. Кишка двумя-тремя швами фиксируется к париетальной брюшине возле трубки в виде концевой подвесной энтеростомы. Извлекали (удаляли) зонд-каркас чаще всего на 7-14 день после операции. При этом вначале периодически пережимали, затем завязывали на 1-2 дня и если все шло благополучно – извлекали. Подтекание из ранки после удаления отмечалось очень редко, прекращалось в течение 1-2 дней. При угрозе стриктур пластик дренаж держали длительно.

Результаты и обсуждение. С 2002г. в УЗ «Могилевская областная больница», УЗ «Отделенческая больница на ст. Могилев», УЗ «Могилевская больница №1» выполнено 30 билио- и панкреатоеюнопластик 30-ти пациентам на декомпрессивном наружном дренаже-каркасе в варианте Фелькера. Вид анастомозирования был представлен термино-латеральной панкреатоеюнопластикой, панкреатоцистоеюнопластикой, продольной панкреатоеюнопластикой, гепатикоеюнопластикой после высокого пересечения желчного протока (1 случай), паллиативной гепатикохоледохоеюнопластикой по поводу обструктивных желтух. Из 30 этих пациентов несостоятельность анастомоза была у 6 (по страховочным дренажам начала подтекать желчь или панкреатический сок). У 3 из них она «закрылась» быстро в течение нескольких дней на фоне активной

декомпрессии анастомотической полости. Для этого налаживалось Vas-Therapi (активная декомпрессия): к трубке присоединялась система-устройство для активного дренажа ран с баллоном («гармошкой») 250 см³. Фирмы Медполимер, Санкт-Петербург и включалась методика лечения отрицательным давлением. Отрицательное давление при этом создается герметично присоединенной к трубке сжатой «гармошкой». По мере её расправления пациент самостоятельно её отсоединяет от дренажной трубки, выжимает (удаляет) накопившееся и вновь присоединяет в сжатом состоянии. Система не ограничивает передвижения пациента, «гармошку» он носит с собой в пакете. У 3 пациентов фистулы (1 панкреатическая и 2 желчные) закрывалась долго – в течение 1 и 3 месяцев. У 1 больного после операции с соустьем на дренаже-каркасе на 2 день после операции развилось падение гемодинамики, по дренажу-каркасу начало отмечаться выделение крови. Наряду с общей антигеморрагической терапией проводилось промывание анастомотической полости через дренаж аминакапроновой кислотой, этамзилатом, контролировался гемостаз. Кровотечение было быстро остановлено, операции не потребовалось, несостоятельности анастомоза не наступило.

Из 27 пациентов с соустьем без дренажа-каркаса частичная несостоятельность была у 9 (4 панкреатических и 5 желчных). У 3 из них она закрылась в течение 2-3 недель после операции; у 6 (2 панкреатических и 4 желчных) закрывались в течение 2-4 месяцев. 3 пациента с имевшими место несостоятельностями билиоеюноанастомоза через 2 и 3 года поступали в отделение с холангитом и желтухой, которые были купированы консервативно.

Выводы.

1. Пассивная декомпрессия анастомотической полости при билио- и панкреатоеюнопластиках снижает частоту осложнений этих операций в раннем и позднем послеоперационном периодах.

2. Активная декомпрессия анастомотической полости при билио- и панкреатоеюнопластике благоприятно влияет на раннее заживление несостоятельности анастомоза.