

МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ ПРИ ЛОКАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ОПЕРАЦИИ ФРЕЯ)

В. Л. Коробка, О. И. Чистяков, А. М. Шаповалов, М. Ю. Кострыкин

*Ростовский государственный медицинский университет,
Ростовская областная клиническая больница*

Целью исследования явилось улучшение результатов операции Фрея у больных хроническим панкреатитом посредством применения разработанного способа профилактики гнойных осложнений. По оригинальной методике прооперировано 16 больных. Результаты клинических исследований подтвердили эффективность способа в отношении устранения основных симптомов, клинических проявлений хронического панкреатита и профилактики воспалительных, инфильтративных и распространенных гнойно-септических осложнений брюшной полости.

Ключевые слова: хронический панкреатит, операция Фрея.

PREVENTION OF PURULENT COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS UPON LOCAL RESECTION OF HEAD OF THE PANCREAS (FREY PROCEDURE)

V. L. Korobka, O. I. Chistyakov, A. M. Shapovalov, M. Yu. Kostykin

The objective of the study was to improve the results of Frey procedure in patients with chronic pancreatitis by the proposed method for prevention of septic complications. 16 patients were operated on by the original method. Clinical studies have confirmed the effectiveness of the method in managing underlying symptoms, clinical manifestations of chronic pancreatitis and preventing inflammatory, infiltrative and disseminated septic complications of the abdominal cavity.

Key words: chronic pancreatitis, Frey procedure.

Лечение хронического панкреатита (ХП) является одной из актуальных проблем современной хирургии [4, 6, 8].

Основной причиной, по которой от 50 до 90 % больных с ХП подвергаются оперативному лечению, является наличие у них стойкого болевого синдрома [3, 7]. Наряду с этим, другие осложнения ХП, такие как: стенозы общего желчного и панкреатического протоков, дуоденальная непроходимость, развивающаяся вследствие вовлечения стенки двенадцатиперстной кишки (ДПК) в воспалительный инфильтрат поджелудочной железы (ПЖ), сдавления ДПК увеличенной кистозно-трансформированной головкой ПЖ, также являются показаниями к проведению хирургической операции [8].

Выбор хирургического вмешательства на поджелудочной железе при операциях по поводу ХП во многом определяется локализацией патологического очага и совокупностью патоморфологических изменений как самой железы, так и близлежащих полых органов и трубчатых структур (желудок, ДПК, тонкая кишка, общий желчный проток, пара- и ретропанкреатические магистральные сосуды).

Хирургия поджелудочной железы основывается на принципах органосохраняющих вмешательств [3, 5, 7, 9].

При дренирующих вмешательствах, благодаря формированию панкреатикоэнтероанастомоза, удается устранить внутрипротоковую гипертензию, возникающую при обструкции главного панкреатического прото-

ка и являющуюся одним из факторов развития боли при ХП. Однако данный вид операции носит односторонний характер и не предусматривает устранение иных причин болевого синдрома (фиброз паренхимы, периневральное воспаление) и, тем более, осложнений ХП. Литературные данные свидетельствуют о том, что после дренирующих операций рецидив болевого синдрома с дальнейшим прогрессированием ХП отмечается у 20—40 % оперированных больных [8, 10].

Помнению большинства панкреатологов, предложенная Beger H. в 1972 г. хирургическая методика, позволяющая выполнить резекцию головки ПЖ без резекции соседних органов, считается оптимальной в хирургическом лечении ХП, ввиду высокой эффективности, низкой летальности и малого числа осложнений [2, 3], но технические аспекты данной операции нередко заставляют хирургов отказываться от ее проведения и выполнять ее Бернский вариант с сохранением перешейка железы [3]. Это связано с высоким риском повреждения на этапе пересечения ПЖ в области ее перешейка крупных венозных сосудов, одним из которых является воротная вена, в ситуациях, когда стенки вен интимно спаяны с дорсальной поверхностью железы вследствие воспалительного процесса.

Известная методика локальной резекции головки поджелудочной железы с продольным панкреатикоэнтероанастомозом, предложенная Frey Ch. в 1987 г. [7], позволяет избежать ранения воротной вены при резекции ПЖ, но эффективность данной операции в отношении уст-

ранения основных осложнений ХП ниже в сравнении с операцией Вегер и во многом определяется степенью удаления патологически измененной паренхимы ПЖ и адекватностью дренирования протоковой системы.

Конечный результат органосохраняющих резекций ПЖ при ХП помимо устранения болевого синдрома, снижения внутрипротокового давления, устранения дуоденостаза, механической желтухи и компрессии магистральных ретропанкреатических сосудов определяет и отсутствие в послеоперационном периоде воспалительных и гнойных осложнений как в зоне вмешательства, так и брюшной полости в целом.

Стремление максимально удалить патологически измененную паренхиму при резекции ПЖ обрекает хирургов на реконструктивном этапе формировать панкреатоэнтероанастомозы в один ряд, что является слабым местом резекционных методик [10]. Негерметичность панкреатикоэнтероанастомоза в случае несостоятельности его швов в раннем послеоперационном периоде может явиться причиной подтекания панкреатического секрета и кишечного содержимого, формирования парапанкреатических воспалительных инфильтратов, перитонита и абсцессов брюшной полости, а в более поздние сроки приводит к формированию панкреатических свищей [1]. Вновь возникший инфильтративно-воспалительный процесс в зоне анастомоза неизбежно приведет к вовлечению в него соседних органов, что может стать причиной рецидива болевого синдрома, дуоденальной и тонкокишечной непроходимости, механической желтухи, портальной гипертензии.

Появление послеоперационных осложнений снижает эффективность резекционных операций и нередко является причиной гибели больных.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Определение способа хирургического лечения хронического панкреатита, эффективно профилактирующего развитие воспалительных и гнойно-септических осложнений в зоне оперативного вмешательства и брюшной полости.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами разработан способ профилактики гнойных осложнений при хирургическом лечении хронического панкреатита (решение о выдаче патента по заявке № 2010124083 от 2.06.2011 г.), который наряду с устранением осложнений хронического панкреатита, таких как болевой синдром, стеноз двенадцатиперстной кишки и общего желчного протока, компрессию ретропанкреатических и магистральных кишечных сосудов, эффективен в отношении профилактики воспалительных, инфильтративных и распространенных (разлитых) гнойно-септических осложнений брюшной полости при нарушении герметичности швов панкреатикоэнтероанастомоза.

Сущность разработанной методики заключается в изоляции панкреатикоэнтероанастомоза от свободной брюшной полости дренируемой наружу «сальниковой сумкой», сформированной из пряди большого сальника и герметично окутывающей панкреатикоэнтероанастомоз. Основные этапы операции отражены на рис. 1.

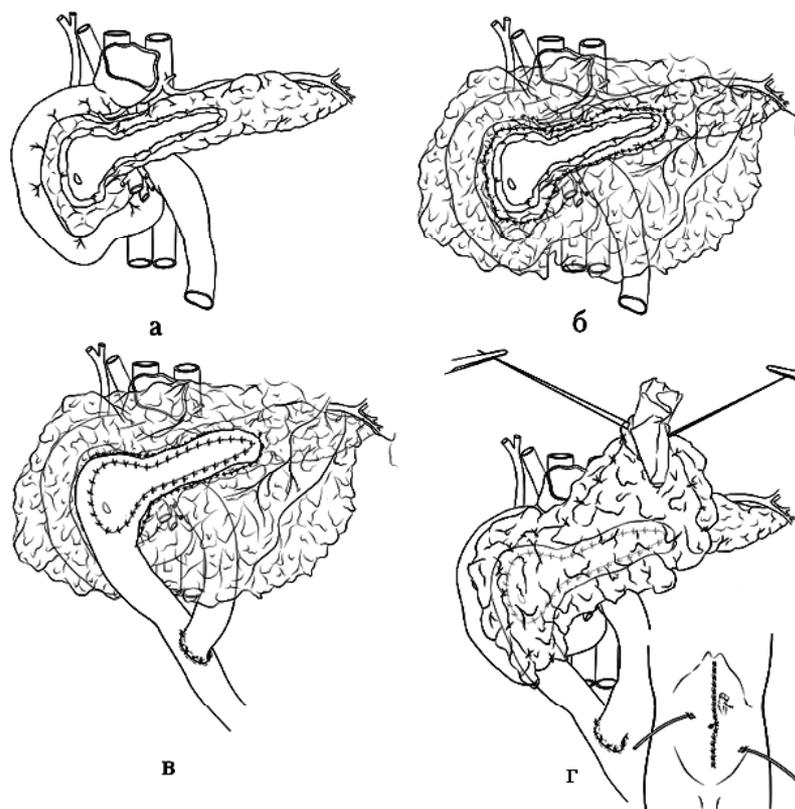


Рис. 1. Основные этапы операции

По общепринятой методике выполняем срединную лапаротомию. С целью оценки технической выполнимости операции проводим ревизию гастропанкреатодуоденального комплекса, печени и желчных путей, забрюшинной клетчатки, магистральных сосудов кишечника. Осуществляем доступ к передней поверхности поджелудочной железы. По стандартной методике производим секторальную резекцию головки поджелудочной железы и продольную панкреатотомию со вскрытием просвета главного панкреатического протока. Производим гемостаз паренхимы в зоне резекции головки и зоны панкреатотомии прошиванием кровоточащих сосудов (рис. 1а).

Следующим этапом, не нарушая кровоснабжения, заготавливаем лоскут из правой половины большого сальника. Лоскут сальника располагаем над поджелудочной железой таким образом, чтобы его центральная часть проецировалась на рану поджелудочной железы, после чего в центральной бессосудистой части сальникового лоскута формируем «окно» на 1—2 см больше размера раны поджелудочной железы. Одиночными узловыми швами монолитной нити через 6—8 мм внутренний край сальникового лоскута фиксируем к капсуле поджелудочной железы, отступая от края раны железы на 7—10 мм (рис. 1б).

В верхний этаж брюшной полости, через окно в мезоколон проводим выключенную из пищеварения по Ру петлю тонкой кишки. Формируем однорядный панкреатикоэнтероанастомоз одиночными узловыми швами. Непрерывность желудочно-кишечного тракта восстанавливаем путем формирования межкишечного соустья по типу «конец в бок» (рис. 1в).

Далее, сальниковым лоскутом оборачиваем панкреатоэнтероанастомоз. Край, охватывающий отводящий отрезок тонкой кишки, фиксируем одиночными узловыми швами к стенке кишки. Свободные края лоскута сшиваем между собой одиночными швами над панкреатикоэнтероанастомозом, при этом в центральной части линии шва оставляем отверстие диаметром до 1 см. Заканчиваем формирование «сальниковой сумки». Через оставленное отверстие в полость «сальниковой сумки» вводим два резиновых выпускника и подводим их к панкреатоэнтероанастомозу. На отверстие «сальниковой сумки» накладываем 2 полукисетных шва (рис. 1г).

Следующим этапом в левом подреберье прокалываем переднюю брюшную стенку, через контрапертуру выводим резиновые выпускники наружу (рис. 1г). С помощью полукисетных швов «сальниковую сумку» с резиновыми выпускниками фиксируем изнутри к брюшине в области контрапертуры, тем самым изолируем полость «сальниковой сумки» от свободной брюшной полости. Операцию заканчиваем дренированием брюшной полости и послойным ушиванием послеоперационной раны.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Разработанный нами способ профилактики гнойных осложнений при хирургическом лечении хронического панкреатита был применен у 16 больных. У 11 больных

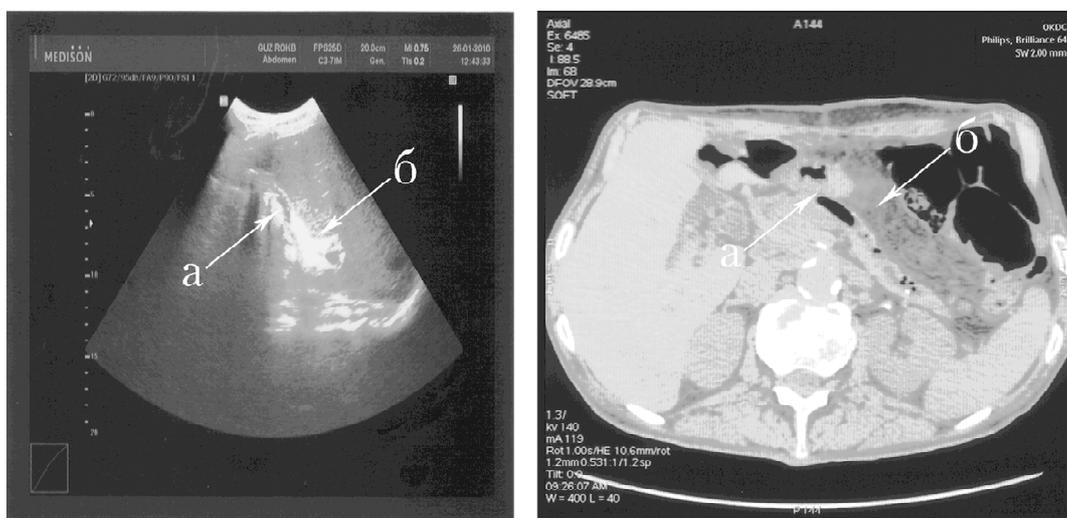
выполнили локальную резекцию головки поджелудочной железы с продольной панкреатикоэнтеростомией (операцию Фрея), 5 больным — дуоденум-сохраняющую резекцию головки поджелудочной железы (операция Бегера) в ее модификации («Берн»). Бернскую модификацию операции Бегера применили в связи с выраженными изменениями паренхимы головки поджелудочной железы и высоким риском повреждения воротной вены.

Из числа оперированных больных мужчин было 13 человек, женщин — 3. В предоперационном периоде согласно стандартам всем больным выполняли ультразвуковое исследование органов брюшной полости, компьютерную томографию (КТ) с контрастированием, КТ-ангиографию при подозрении компрессии ретропанкреатических сосудов, нагрузочные пробы с глюкозой для оценки экзокринной функции поджелудочной железы, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ). Дополнительные инструментальные исследования выявили расширение главного панкреатического протока у 12 больных, из них у 4 отмечалось расширение по типу «цепи озер», при этом в просвете главного панкреатического протока были обнаружены конкременты. У 5 больных обнаружили значительное увеличение головки поджелудочной железы с ее кистозной трансформацией и компрессией воротной вены.

Из особенностей течения раннего послеоперационного периода необходимо отметить, что в течение первых 4 суток после операции у 10 больных в крови отмечался умеренный лейкоцитоз, у 3 — гипергликемия, у 8 больных — амилаземия. На фоне проведенной медикаментозной коррекции биохимические показатели крови нормализовались.

Оценивая характер и динамику отделяемого из «сальниковой сумки», установили, что у 14 больных отделяемое было преимущественно серозного характера, при этом его количество не превышало 10—20 мл в сутки и к 15—20 суткам после операции его поступление прекращалось полностью. Однако у 2 больных на 5-е и 7-е сутки после операции количество отделяемого было значительным, порядка 100—150 мл, что заставило думать о негерметичности панкреатикоэнтероанастомоза, при этом количество и характер отделяемого по дренажам брюшной полости не изменились, перитонияльная симптоматика отсутствовала.

Проведенное исследование определения уровня α -амилазы в отделяемом из «сальниковой сумки» показало значительное превышение его уровня в сравнении с таковыми показателями из дренажей брюшной полости. Полученные данные свидетельствовали об отсутствии поступления раневого экссудата и панкреатического сока в свободную брюшную полость. Инструментальные исследования (рис. 2), выполненные эти больным, также подтвердили герметичность сформированной вокруг панкреатикоэнтероанастомоза «сальниковой сумки», свободная жидкость в брюшной полости не определялась, органы, прилежащие к «сальниковой сумке», оставались интактными, инфильтративные изменения отсутствовали, проходимость двенадцатиперстной кишки, желчных путей и магистральных сосудов не была нарушена.



1

2

Рис. 2. 1 — УЗ - картина операции (5-е сутки после операции),

2 — КТ картина зоны панкреатоэнтероанастомоза: а — панкреатоэнтероанастомоз, б — «сальниковая сумка»

На фоне проведенных консервативных мероприятий удалось избежать повторного оперативного вмешательства у этих больных. Интенсивность поступления отделяемого из «сальниковой сумки» постепенно снижалась и полностью прекратилась к 24—25-м суткам послеоперационного периода.

Перед выпиской из стационара всем больным выполняли контрольное ультразвуковое исследование органов брюшной полости, после чего удаляли дренажи брюшной полости и резиновые выпускники «сальниковой сумки». Благоприятное течение послеоперационного периода позволило выписать больных из стационара к 30-м суткам после вмешательства.

При контрольном осмотре в позднем послеоперационном периоде (в среднем через 3 месяца после операции) состояние пациентов было удовлетворительное, болевой синдром у них полностью удалось купировать, отмечалась прибавка в весе, диспепсических и эндокринных нарушений мы не зарегистрировали. Следует отметить, что данные КТ зоны вмешательства выявили полную организацию «сальниковой сумки» при отсутствии каких-либо полостей в области панкреатикоэнтероанастомоза и удовлетворительной его проходимости.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные клинических наблюдений подтвердили эффективность способа в отношении ликвидации основных осложнений хронического панкреатита (дуоденостаза, механической желтухи, компрессии магистральных сосудов), болевого синдрома и профилактики гнойно-воспалительных осложнений. Благодаря изоляции зоны панкреатоэнтероанастомоза дренируемой наружу «сальниковой сумкой», удается предотвратить воспалительные, инфильтративные и распространенные гнойно-септические осложнения брюшной полости, снизить риск вовлечения в патологический процесс прилежащих органов, сохранив при этом их функцию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алибегов Р. А., Нарезкин Д. В., Сергеев О. А. и др. // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — 2009. — № 9. — С. 41—45.
2. Далгатов К. Д. Отдаленные результаты хирургического лечения хронического панкреатита с преимущественным поражением головки поджелудочной железы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2006.
3. Егоров В. И., Вишневецкий В. А. и др. // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — 2009. — № 8. — С. 57—66
4. Егоров В. И., Щастный А. Т., Вишневецкий В. А. и др. Результаты дуоденумсохраняющих резекций головки поджелудочной железы при хроническом панкреатите / XI съезд хирургов Российской Федерации 25—27 мая 2011: Материалы съезда. — Волгоград, — 2011. — С. 111.
5. Кубышкин В. А., Козлов И. А., Вишневецкий В. А. и др. // Анналы хир. гепатол. — 2008. — Т. 13, № 3. — С. 172.
6. Циммерман Я. С. // Клиническая медицина. — 2007. — № 1. — С. 16—20.
7. Frey C. F., Mayer K. L. // World J. Surg. — 2003. — Vol. 27. — P. 1217—1230.
8. Gourgiotis S., Germanos S., Ridolfini M. // Hepatobiliary Pancreat Dis Int. — 2007. — Vol. 6, № 2. — P. 121—133.
9. Nair R., Lawler L., Miller M. // Am. Fam. Physician. — 2007. — Vol. 1, № 76 (11). — P. 1679—1688.
10. Yekebas E., Bogoevski D., et al. // Ann Surg. — 2006. — Vol. 244 (6). — P. 940—948.

Контактная информация

Коробка Вячеслав Леонидович — к. м. н., директор Центра реконструктивно-пластической хирургии Ростовской областной клинической больницы, ассистент кафедры хирургических болезней № 4 Ростовского государственного медицинского университета, e-mail: orph-rokb@yandex.ru