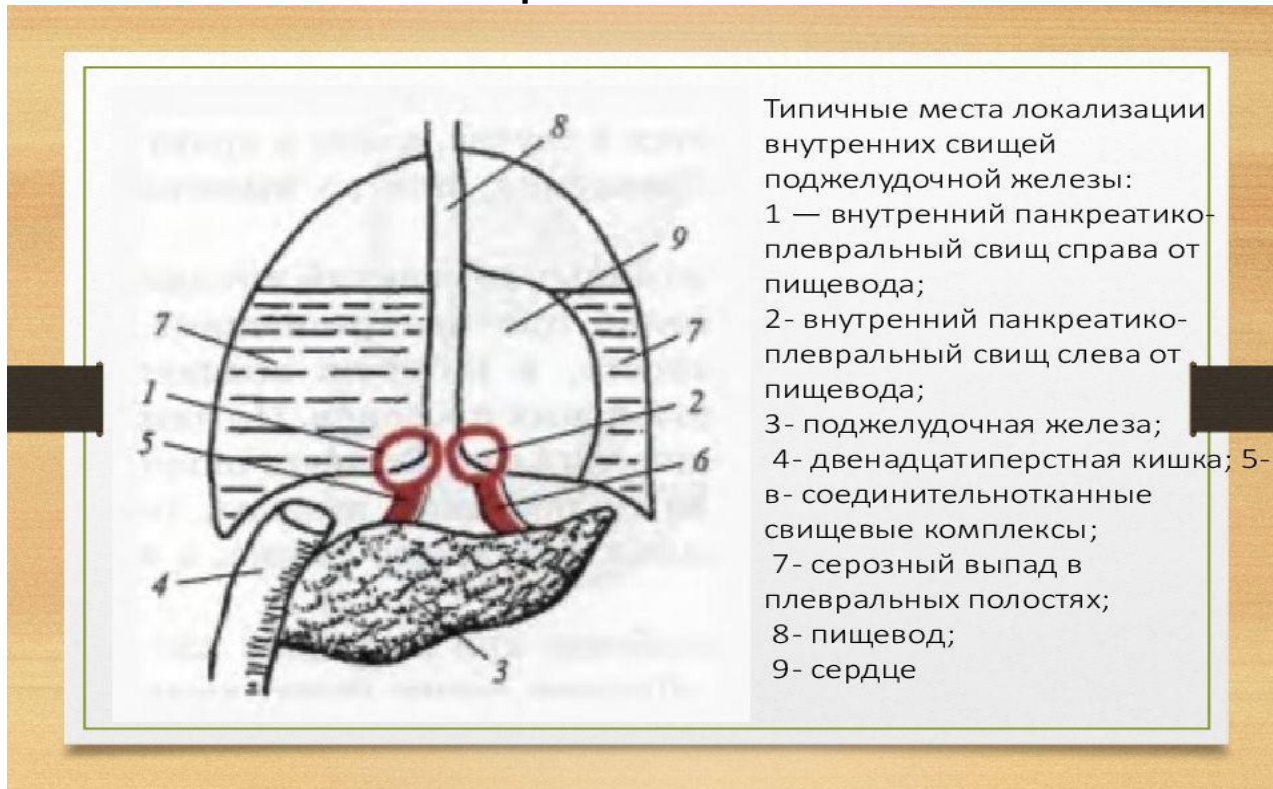


Свищи поджелудочной железы

Енько О.Е.

Свищи поджелудочной железы

Это патологическое сообщение протоков с внешней средой или внутренними полыми органами.



Типичные места локализации внутренних свищей поджелудочной железы:

- 1 — внутренний панкреатико-плевральный свищ справа от пищевода;
- 2- внутренний панкреатико-плевральный свищ слева от пищевода;
- 3- поджелудочная железа;
- 4- двенадцатиперстная кишка; 5- соединительнотканые свищевые комплексы;
- 7- серозный выпад в плевральных полостях;
- 8- пищевод;
- 9- сердце

Историческая справка

Кисты и свищи поджелудочной железы с давних времен рассматривались как кисты брюшной полости.

В 1862 г. Le Dentil впервые осуществил наружное дренирование кисты поджелудочной железы. До 60-х гг. прошлого столетия установилось мнение, что эта патология встречается очень редко

Опыт диагностики и лечения кист и свищей поджелудочной железы долгое время базировался на единичных наблюдениях и лишь в последние 30-40 лет отдельные хирургические учреждения накопили клинический материал (более 200-300 наблюдений). В отечественной литературе было описано около 1100 случаев.

Прогресс в изучении этой патологии произошел после публикации нескольких монографий: Г.Д. Вилавин с соавт. «Кисты и свищи поджелудочной железы» (1977), М.В. Данилов, В.Д. Федоров (1999).

Классификация свищей

- Наружные, когда устье свища открывается на коже
- Внутренние, при которых свищ сообщается с полым органом(желудком, тонкой или толстой кишкой).
- Полные – при обтурации проксимальной части протока панкреатический сок выделяется наружу
- Неполные – только часть панкреатического сока оттекает наружу, основная его часть оттекает в двенадцатиперстную кишку
- Ложные – секвестры ткани ПЖ после панкреонекроза
- Истинные – при первичном повреждении поджелудочной железы
- Одноканальные и многоканальные

Классификация свищей

- По количеству отделяемого

Малые свищи – потеря теряемого секрета менее 100 мл в день

Средние свищи – потеря секрета 100-700 мл в день

Большие свищи – потеря секрета более 700 мл в день

Потери могут достигать 1800 мл секрета в день, причем секреция может продолжаться и при отсутствии пищи в желудке, под воздействием блуждающего нерва и секретина, выделяемого при попадании желудочного сока в двенадцатиперстную кишку

Этиология и патогенез

Наружные свищи возникают после открытой травмы живота или операции на поджелудочной железе

Внутренние являются следствием деструктивных изменений в железе, переходящих на стенку соседнего органа (панкреатит, пенетрация или прободение кисты ПЖ, незавершенность панкреонекроза)

Представляет собой неравномерно суженный канал, сообщающийся с протоком поджелудочной железы, стенки которого образованы фиброзной тканью. В ткани поджелудочной железы в месте формирования свища обнаруживаются морфологические изменения, которые привели к его образованию (некроз, воспаление, кисту)



Клиническая картина

- Жалобы на боли в эпигастрии, левом подреберье часто опоясывающего характера, расстройства пищеварения, изменения картины крови, в области органа прощупывается уплотнение, при наружных свищах появляется свижевое отверстие
- Свищи обычно формируются в лапаротомной ране, заживающей после операций на поджелудочной железе, или в небольших дополнительных ранах брюшной стенки, через которые выводились дренажи. При истечении панкреатического сока развивается ферментативный дерматит.
- Характерно наличие отделяемого панкреатического секрета (обнаружение в отделяемом большого количества ферментов ПЖ)Б при этом отделяемое может иметь примеси гноя или крови

Диагностика

- В анамнезе – панкреатит, хирургические операции на ПЖ, открытые травмы, визуально на коже свищ, при внутренних свищах диагностика затруднена, диф диагностика с панкреатитом
- Инструментальная : КТ, фистулография, ретроградная панкреатохолангиография.

Фистулография - для определения диаметра и направления свищевого хода.

- Лабораторная диагностика:

количество жидкости, вытекающей через свищ

цитологическое исследование осадка отделяемого

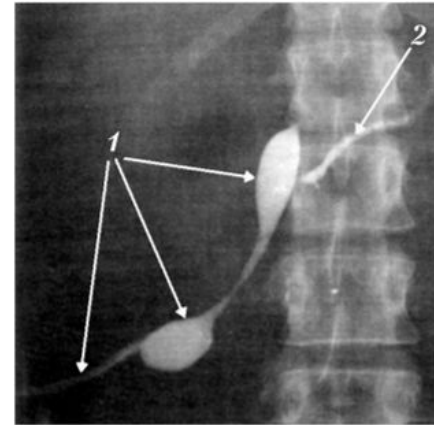
наличие и количество ферментов ПЖ в отделяемом

При подозрении на наличие панкреато-плеврального свища целесообразно исследовать плевральный экссудат на содержание амилазы

Инструментальная диагностика - фистулограмма

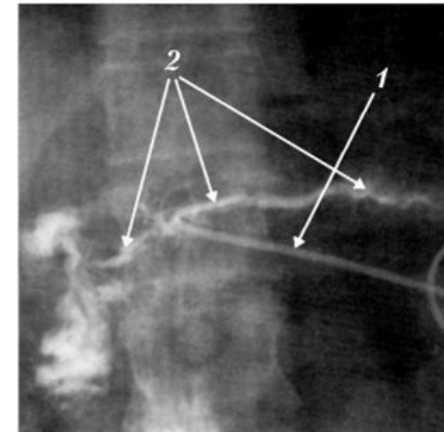
Наружный терминальный свищ
поджелудочной железы:

1 — свищевой ход; 2 —
панкреатический проток в дистальной
части поджелудочной железы



Наружный боковой свищ поджелудочной
железы:

1 — в свищевой ход введена трубка; 2
— панкреатический проток прослеживается на
всем протяжении, и контрастное вещество
свободно проходит в двенадцатиперстную
кишку

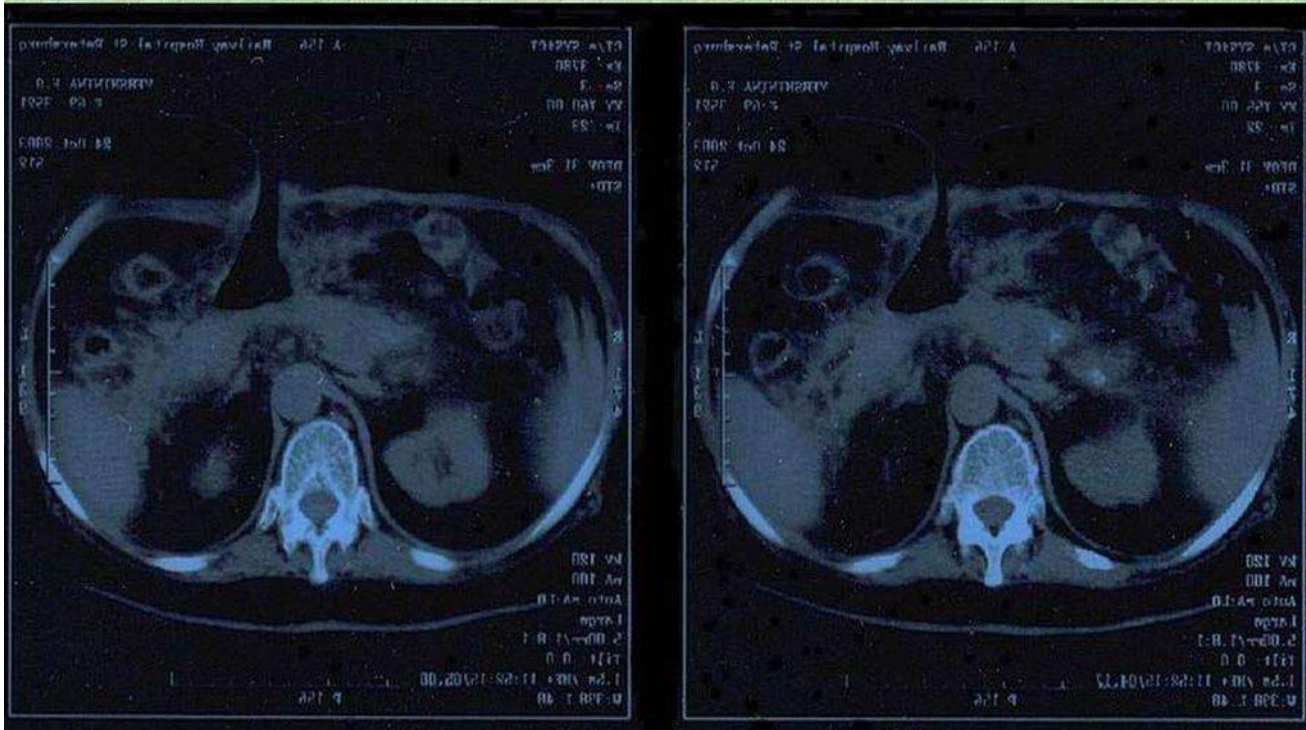


Инструментальная диагностика – УЗИ



Инструментальная диагностика – КТ

КТ свища поджелудочной железы



Методы лечения

Консервативное (при неполных свищах):

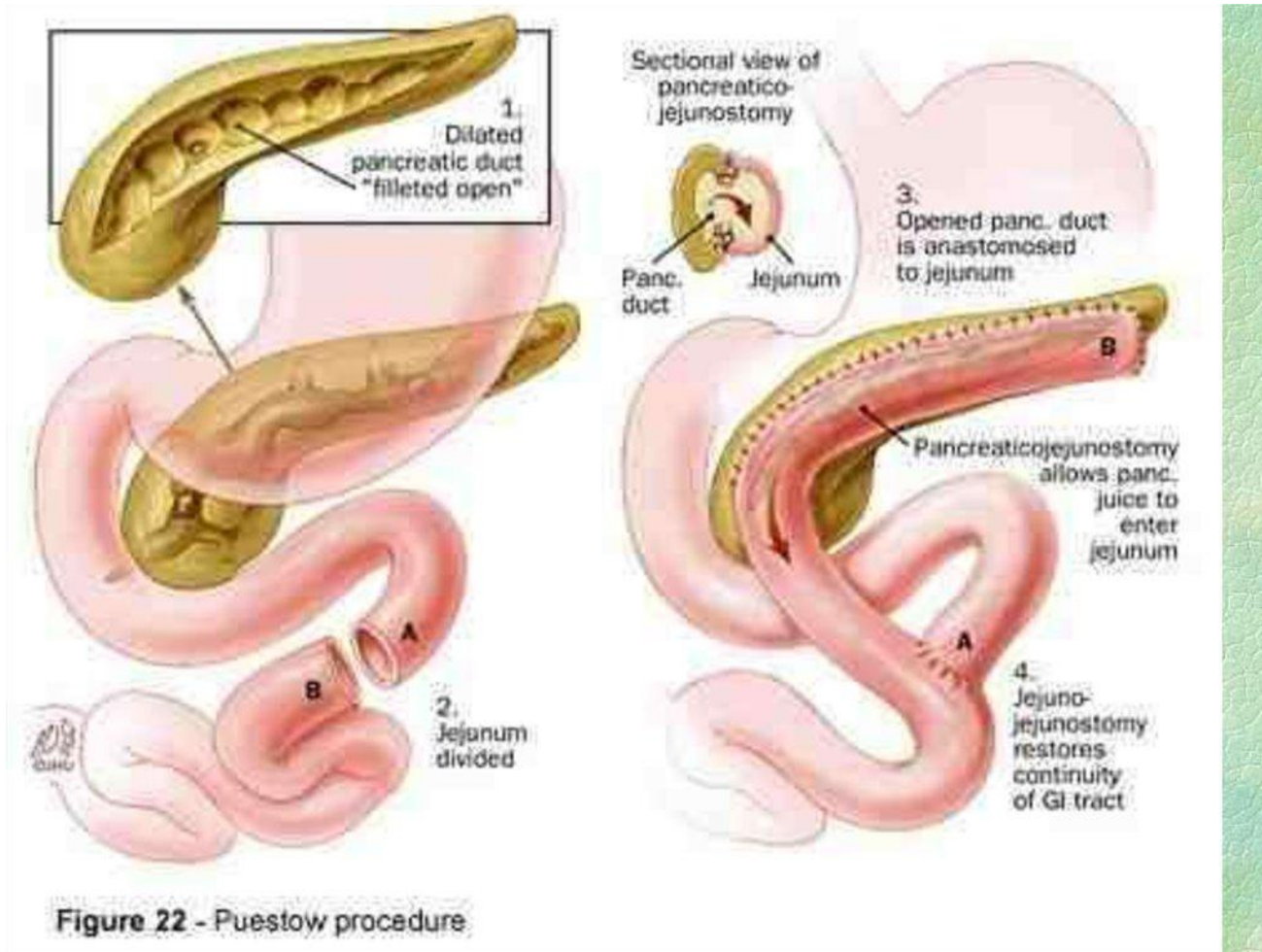
- Ликвидация истощения и обезвоживания
- Снижение секреторной активности ПЖ (цитостатики и антиметаболиты – фторурацил, циклофосфамид , а также аналоги соматостатина)
- Диета богатая белком и бедная углеводами
- При неэффективности – перевод на парентеральное питание и массивную медикаментозную терапию, угнетающую экзокринную функцию поджелудочной железы и кислотопродуцирующей функции желудка
- Уход за кожей вокруг свища – дренирование, промывание свища антибиотиками, предотвращение мацерации
- При неэффективности – оперативное лечение

Методы лечения

Оперативное (при полных свищах или неэффективном консервативном лечении)

- Состоит в иссечении свищевого хода, и создании доступа к ПЖ через желудочно-ободочную связку, ревизии железы, лигирования основания свища
- Пломбирование свищевого хода и панкреатического протока
- Иссечение свища с удалением хвоста железы с выключенной по Ру петлей (операция Пьюстау-П) или наложением дистального ПЕА по Пьюстау-1.
- При внутренних панкреатических свищах при сообщении с серозными полостями (грудной, брюшной) применяется дистальная резекция поджелудочной железы .

Операция Пьюстау 1



Операция Пьюстау 2

Панкреатоеюноанастомоз на
Выключенной по Ру петлей тонкой
кишки

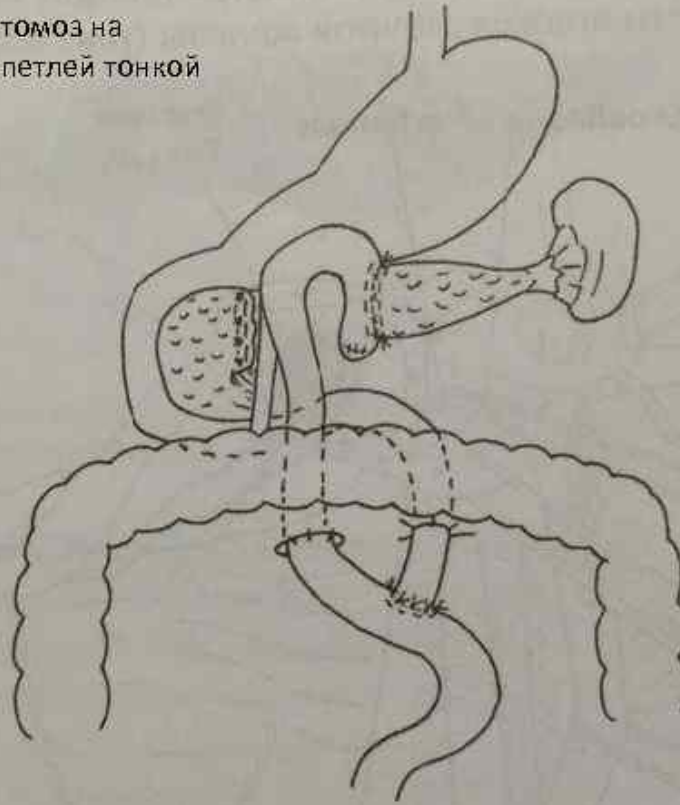
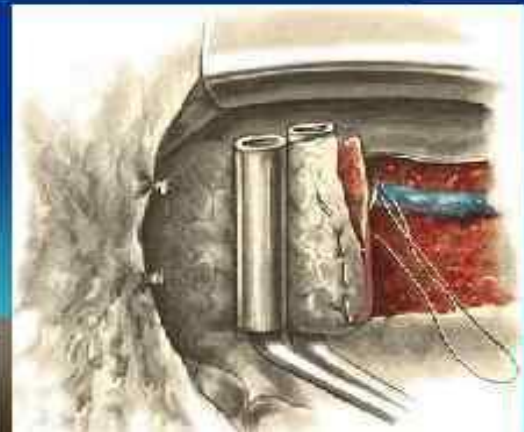
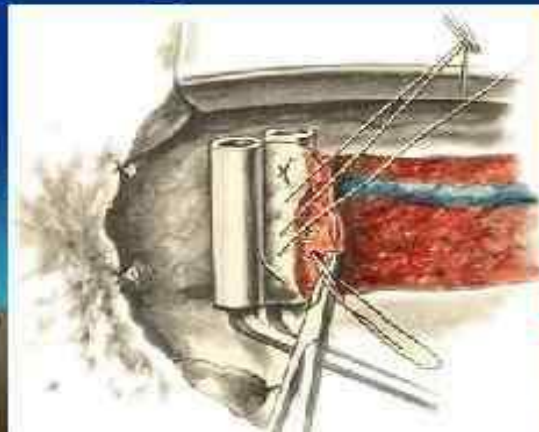
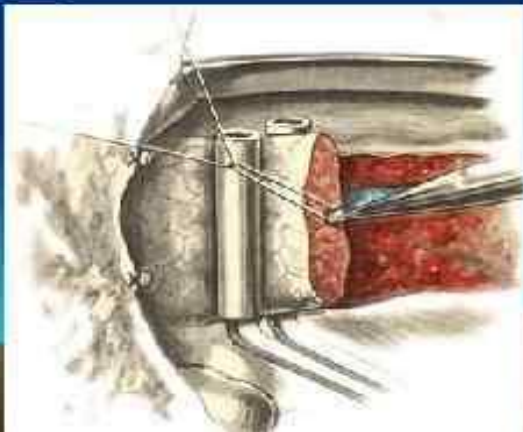
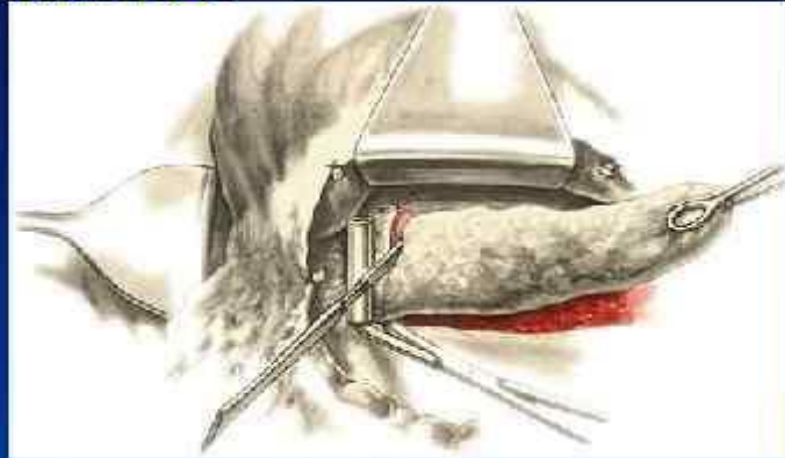
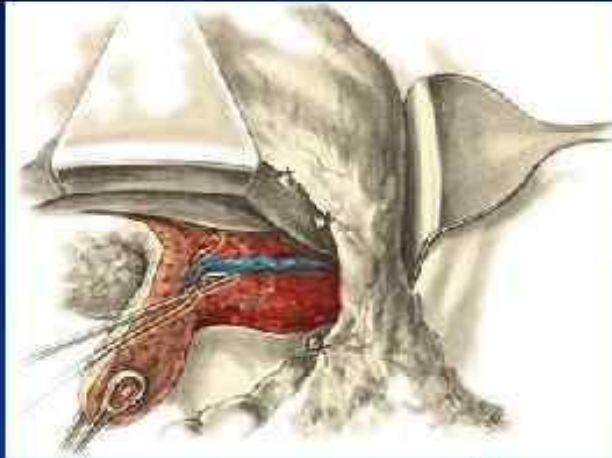


Рис. 8.5.17. Вид завершеного реконструктивного этапа центральной резекции поджелудочной железы.

Дистальная резекция ПЖ

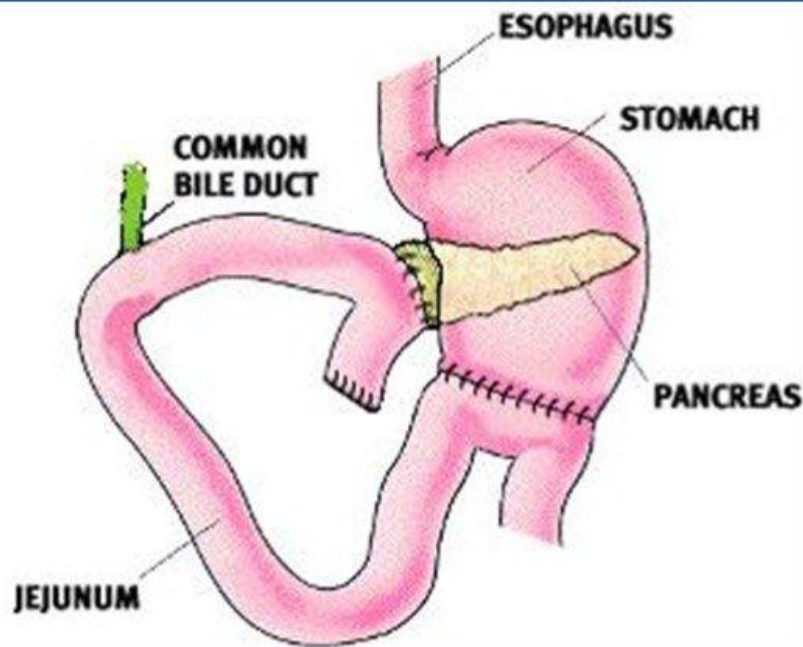
Дистальная резекция поджелудочной железы



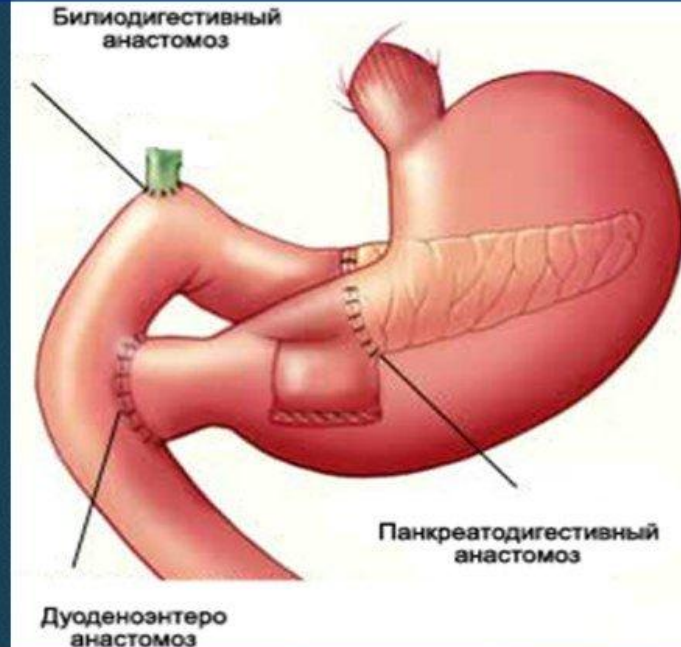
Панкреатодуоденальная резекция ПЖ

Стандартная панкреатодуоденальная резекция

ПДР с удалением привратника



ПДР с сохранением привратника



Whipple

Прогноз

Благоприятный при своевременном лечении

Возможные осложнения:

- Гнойные процессы и формирование кист ПЖ
- Острый панкреатит с осложненным течением
- Кровотечение из свища
- Малигнизация свища
- Перитонит