ДВУХБАЛЛОННАЯ ЭНТЕРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАНКРЕАТИКОЕЮНОСТОМИЙ

*Воробей А.В.^{1,2}, Шулейко А.Ч.^{1,2}, Орловский Ю.Н.^{1,2},
Бутра Ю.В.^{2,3}, Лагодич Н.А.^{2,3}, Дергачева Н.В.^{2,3}*

ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»¹,

Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии и лазерной хирургии (РЦ РХГ, КП и ЛХ)²,

УЗ «Минская областная клиническая больница»³,

Минск, Республика Беларусь

Введение. В настоящее время отмечается неуклонный рост уровня заболеваемости хроническим панкреатитом. При хирургическом лечении этой патологии широкое применение нашли резекционные, дренирующие и резекционно-дренирующие операции с использованием панкреатикоюноанастозов (ПЕА) на петле по Ру. Данные операции имеют свои специфические осложнения, диагностика которых представляет серьезные трудности. Кроме того, остается много недостаточно изученных проблем, касающихся длительности и адекватности функционирования наложенных ПЕА. Сегодня единственным возможным методом диагностики патологии ПЕА на петле по Ру является МРТ – панкреатография, которая имеет ограниченные диагностические возможности и ряд противопоказаний. С появлением двухбаллонной энтероскопии возникают новые возможности для визуальной оценки функционирования панкреатодигестивного соустья.

Цель исследования. Сообщить о возможностях ДБЭ в диагностике и коррекции осложнений ПЕА после резекционных, дренирующих и резекционно-дренирующих операций на поджелудочной железе с использованием петли по Ру.

Материал и методы. В 2010–2012 гг. в РЦ РХГ, КП и ЛХ 13 пациентам с использованием ДБЭ был проведен трансоральный (антеградный) осмотр ПЕА через петлю тощей кишки по Ру. Производили визуальный осмотр зоны соустья и его канюлирование при стриктурах ПЕА с целью контрастирования его внутрипанкреатического отдела, а также для выполнения малоинвазивных вмешательств. По показаниям брали биопсию из стенки

петли тощей кишки по Ру и поджелудочной железы. Возраст пациентов варьировал от 32 до 65 лет. Ранее этим пациентам были выполнены в различных лечебных учреждениях Республики Беларусь дренирующие (5 наблюдений), резекционно-дренирующие (6 наблюдений) операции на ПЖ по поводу ХП и ПДР по Whipple (2 наблюдения) по поводу псевдотуморозного панкреатита и опухоли головки ПЖ. Сроки выполнения ДБЭ после первичной операции составили от 3 до 24 месяцев. Среднее время ДБЭ-осмотра петли тощей кишки и панкреатодигестивного анастомоза составило 85 ± 14 мин.

Результаты. Осмотреть зону ПЕА удалось у 11 (90%) из 13 пациентов. При осмотре было установлено, что в 4 наблюдениях анастомоз функционировал адекватно с выделением панкреатического содержимого, диаметр его был 1–3 мм. В других случаях при выполнении ДБЭ были выявлены следующие поздние осложнения после операций на ПЖ: стриктура ПЕА после операции Partington-Rochelle – 2, стриктура ХПС после операции Frey – 1, несостоятельность ПЕА после Бернского варианта операции Beger – 1, остаточные конкременты в области ПЕА – 2.

С помощью ДБЭ изучено формирование ПЭА в разные временные периоды от 1 до 6 месяцев. Установлено, что формирование анастомоза завершается к 5–6 месяцу. По нашему мнению, выполнение ДБЭ показано не ранее чем через 3 месяца после формирования ПЕА ввиду возможности развития несостоятельности в более ранние сроки.

При проведении динамической ДБЭ выполнены хирургические манипуляции: биопсия зоны анастомоза, лазерная литотрипсия остаточных конкрементов поджелудочной железы в зоне ПЕА, лазерная реканализация стриктуры холедохопластики.

Заключение. Двухбаллонная энтероскопия (ДБЭ) позволяет осмотреть зону ПЕА, которая до настоящего времени была недоступна для визуализации традиционными эндоскопами. В проведенном исследовании ДБЭ удалось выполнить в 85% наблюдений, при этом диагностировать специфические осложнения ПЕА: стриктуру и несостоятельность, стриктуру ХПС, остаточные конкременты ПЖ. Установлены закономерности формирования ПЭА. ДБЭ является новым малоинвазивным методом коррекции осложнений после наложения панкреатодигестивных анастомозов.