

УДК 616.37–007.253–089

## Варіант хірургічного лікування нориці підшлункової залози

С. М. Антонюк, І. Б. Андрієнко, А. Б. Чуков, В. Б. Ахrameєв

Донецький державний медичний університет імені М. Горького,  
Дорожня клінічна лікарня станції Донецьк Донецької залізниці

**Ключові слова:** нориця підшлункової залози, хірургічне лікування.

Хірургічне лікування нориць підшлункової залози дотепер є складною та суперечливою проблемою [2, 3].

Відомо багато різноманітних методик лікування цієї патології [1–3]. На практиці хірурги застосовують: 1) вирізання норицевого ходу з перев'язуванням його біля основи; однак ця методика є ризикованою, якщо норицевий канал має зв'язок із системою проток залози та є порушення нормального відтоку панкреатичного секрету у дванадцятипалу кишку; 2) анастомоз нориці зі шлунком або кишечником; мета цього втручання — відведення панкреатичного соку в разі надмірних та довготривалих виділень із нориці, які можуть спричинити загальне виснаження хворого.

Відомо багато методик пересаджування нориці у кишечник або шлунок. Приміром, І. Літман пропонував ушивати норицю в шлунок за типом каналу Вітцеля. П. Д. Рогальт надає перевагу анастомозу з петлею кишки. Б. І. Альперович застосовував методику пересаджування виділеної нориці в кишечник на «втраченому» дренажі та методику пересаджування нориці в односторонньо вимкнену петлю порожньої кишки.

У разі внутрішньоочеревинної імплантації нориці у шлунково-кишковий канал є реальна загроза просочування, або розходження швів анастомозу під впливом панкреатичних ферментів чи перистальтики органа. Окрім цього, утруднення відтоку вмісту нориці внаслідок її закупорювання, а також імовірність рефлюксу з порожнинного органа в підшлункову залозу можуть зумовити розвиток панкреатиту і нестабільність стану стоми.

Викладені вище недоліки внутрішньоочеревинних анастомозів спонукають до застосування безпечніших хірургічних методів. До них належить створення анастомозів нориці з вимкненою петлею порожньої кишки підшкірно.

Подібні операції, що їх виконували для лікування зовнішніх жовчних нориць, розробив Є. В. Смирнов у 1948 році.

Наводимо варіант незвичайного тактичного рішення в хірургічному лікуванні нориці підшлункової залози, зумовленого операційною знахідкою.

Хворого К. віком 51 рік прийнято до клініки 06.10.2001 року зі скаргами на наявність норицевого отвору на передній черевній стінці, крізь який виділяється щодоби 100–150 мл мутної рідини з різким неприємним запахом. Відмічено підвищення температури тіла увечері до 39 °С, озноби з надмірним потовиділенням, схуднення (за 6 місяців зменшення маси тіла на 14 кг).

У 1976 р. хворого прооперовано з приводу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, ускладненої перфорацією, виконано ушивання перфоративної виразки. У 1996 році вдруге прооперовано з приводу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, ускладненої перфорацією, вдруге виконано ушивання перфоративної виразки. 07.11.2000 року прооперовано в місцевій лікарні з приводу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, ускладненої субкомпенсованим стенозом вихідного відділу шлунка, виконано резекцію 2/3 шлунка за Більротом 2 типу. У післяопераційному періоді спостерігалось тривале виділення мутної рідини з домішками жовчі з отвору в місці стояння дренажів у правому підребер'ї. У 2001 році утворилася кіста підшлункової залози. 10.04.2001 року виконано зовнішнє дренивання кісти. У післяопераційному періоді у хворого сформувалася стійка панкреатична нориця. Незважаючи на проведене консервативне лікування, стан хворого прогресивно погіршувався.

Загальний стан — порушений, кахексія (дефіцит маси тіла 18 кг). Шкіра та видимі слизові оболонки — бліді. Дихання — жорстке, послаблене в нижніх відділах. Язик — сухий, обкладений білим нальотом, по краях — відбитки зубів. Живіт — під час пальпації болісні відчуття в правому підребер'ї та епігастральній ділянці. Печінка збільшена на 3 см. У правій мезогастральній ділянці на 5 см праворуч від пупка — норицевий отвір 0,3 × 0,2 см,

через який виділяється мутне, сіро-зелене відокремлюване з різким неприємним запахом, шкіра навколо нориці — мацерована.

Мікробіологічне дослідження норицевого відокремлюваного: асоціація синьогнійної палички, вульгарного протей, чутливих до гентаміцину та діоксидину.

Фістулографія: виявлено звивистий хід завдовжки до 15 см, який закінчується порожниною діаметром до 3 см, приблизно в проекції голівки підшлункової залози.

Отже, у хворого наявна зовнішня, постійна, одноканальна, інфікована панкреатична нориця, яка виникла після зовнішнього дренивання кісти підшлункової залози.

Після інтенсивної передопераційної підготовки 12.10.2001 року хворого прооперували. Передбачалося виконати операцію за методикою Є. В. Смирнова.

Операцію розпочали з мобілізації норицевого ходу довжиною до 2–3 см (без розтину очеревини) з викроюванням шкірної манжетки радіусом до 8 мм, вирізання рубця вище та нижче нориці на 5–6 см та відшарування шкірних шматків. Наступний етап — нижньо-серединний розтин черевної порожнини.

Оскільки раніше виконували операцію за Більротом 2 типу, для вибору місця накладання анастомозу огляд відділів тонкої кишки розпочали від ілеоцекального кута. При цьому на відстані 1,5 м від нього виявили дивертикул Мекеля завдовжки

до 12 см, який на вигляд не відрізняється від кишки (ширина, стан серозної оболонки, кровопостачання). Зважаючи на особливості нориці (малий дебіт, відсутність грубих порушень процесів травлення), для зниження травматичності операції ми скористалися операційною знахідкою, щоб анастомозувати норицю з дистальним відділом тонкої кишки. Для підтвердження можливості накладення повноцінного анастомозу вирішили оглянути дивертикул зсередини. Виявилось, що будова його стінки точно повторює будову стінки кишки.

Через контрапертуру справа від основної рани дивертикул вивели за межі черевної порожнини, через підшкірний тунель підвели до мобілізованого норицевого ходу і анастомозували з останнім. Оскільки нориця в процесі свого існування періодично закривалася в межах шкіри, для профілактики можливого ускладнення її анастомозували на «втраченому» дренажі.

В результаті операції створено конструкцію, у якій основа дивертикула виявилася під гострим кутом до перистальтики кишки, що розглядали як спосіб профілактики рефлюксу кишкового вмісту в норицевий хід.

Післяопераційний перебіг без особливостей, рани загоїлися первинним натягом, розладів з боку діяльності кишкового тракту не відзначили. Хворого оглянули через 2 місяці — скарг не висуває, маса тіла збільшилася на 5 кг.

Спостерігали пацієнта протягом 1,5 року. Працює за фахом, скарг не висуває.

## Цитована література

1. Банненко С. Ф. Хронический панкреатит / С. Ф. Банненко, А. А. Курыгин, Н. В. Рухляда.— СПб.: Питер, 2000.— 146 с.
2. Вашетко Р. В. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы / Р. В. Вашетко, А. Д. Толстой, А. А. Курыгин.— СПб.: Питер, 2000.— 320 с.
3. Кубышкин В. А. Свищи поджелудочной железы // Хирургия.— 1996.— № 1.— С. 29–32.

## Вариант хирургического лечения свища поджелудочной железы

*С. М. Антонюк, И. Б. Андриенко, А. Б. Чуков, В. Б. Ахрамеев*

Представлен вариант хирургического лечения свища поджелудочной железы, обусловленный операционной находкой — дивертикулом Меккеля. После обследования строения стенки дивертикула произведено наложение анастомоза со свищем поджелудочной железы.

## The variant of the surgical treatment of pancreatic fistula

*S. M. Antoniuk, I. B. Andriienko, A. B. Chukov, V. B. Akhramieiev*

The variant of the surgical treatment of pancreatic fistula predetermined by an operational finding — Meckel's diverticulum, is described in the article. After the examination of the diverticulum wall structure anastomosis was done with a pancreatic fistula.