

ОПЫТ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИИ В ФГУ «ПОМЦ ФМБА России»

*Кучин Д.М., Загайнов В.Е., Горохов Г.Г., Белослудцев Д.Н.,
Васенин С.А., Судаков М.А., Кукош В.М., Николаев Ф.В.*

ФГУ «ПОМЦ ФМБА России», г. Нижний Новгород

В период с 2006 по 2010 год в ФГУ "ПОМЦ ФМБА России" выполнены 72 панкреатодуоденальные резекции как при доброкачественных, так и при злокачественных образованиях органов билиопанкреатодуоденальной зоны. 33 (45,8%) больным проводилось дооперационное дренирование желчных протоков,

методом выбора являлась чрескожная холецистостомия (при сохраненном желчном пузыре) или чрескожная чреспеченочная холангиостомия (при удаленном желчном пузыре). Радикальная операция выполнялась при снижении уровня билирубина ниже 80 мкмоль/л. Всем больным были сформированы панкреатоеюноанастомоз на вирсунгостомическом дренаже и гепатикоеюноанастомоз на выключенной по Ру петле. 18 больным при «сочной» железе к панкреатоеюноанастомозу, модифицированному по В.А Соловьеву, была уставлена дренажно-поролонная система (ДПС). У 9 (50%) из них наблюдались различные осложнения (панкреатический свищ, недостаточность

панкреатоеюноанастомоза и гепатоеюноанастомоза, нагноение раны, эвентрация, гастростаз, длительно неразрешающаяся динамическая кишечная непроходимость, внутрибрюшное кровотечение, нагноившаяся внутрибрюшная гематома). Общее число осложнений после 72 ПДР составило 27 случаев (37,5%), летальность – 11 случаев (15,2%).

Среди причин заболевания у 53 больных было диагностировано злокачественное образование билиопанкреатодуоденальной зоны, что составило 73,6% от всех оперированных больных. У 34 больных (64,15%) имело место злокачественное образование головки поджелудочной железы (аденокарцинома, злокачественный карциноид, солидная псевдопапиллярная опухоль, слизистый рак), у 10 (18,8%) – аденокарцинома большого дуоденального сосочка, 2 (3,7%) – аденокарцинома терминального отдела холедоха, 4 (7,5%) – аденокарцинома двенадцатиперстной кишки, у одного больного наблюдался метастаз опухоли Вильмса в головку поджелудочной железы, у другого – прорастание гепатоцеллюлярной карциномы в 12-перстную кишку. Выживаемость составила: 6 мес. – 72,3%, 12 мес. – 56,75%, 18 мес. – 25,4%. У всех этих больных ПДР дополнялась лимфаденэктомией различного объема. У 21 пациента удалялись лимфатические узлы 8, 9, 12, 13 коллекторов, 6-ти месячная выживаемость в этой группе составила 69,3%. С 2009 года для повышения радикальности операций стала дополнительно выполняться скелетизация правой полуокружности верхней брыжеечной артерии (21 пациент), 6-ти месячная выживаемость в этой группе составила 73,7%. У 12 больных удалялись лимфатические узлы

аорто-кавального промежутка, в связи с подозрением на наличие в них метастазов, 6-ти месячная выживаемость в этой группе – 75,1%. Несмотря на расширение объема операций, количество осложнений после расширенной лимфаденэктомии достоверно не увеличилось (31,8% от количества оперированных). По гистоморфологической характеристике выделяем протоковые аденокарциномы – 46 больных – и остальные более редкие формы – 7 пациентов. Аденокарциномы по степени дифференцировки, в свою очередь, делятся на низкодифференцированные – 11, умереннодифференцированные – 32, высокодифференцированные 5. У 17 больных отмечалось вовлечение в процесс крупных магистральных сосудов (выживаемость 6 мес. – 71,75%, 12 мес. – 46,9%), у 4 из них кроме вен были заинтересованы артериальные стволы (выживаемость 6 мес. – 50%, 12 мес. – 0%), во всех случаях выполнялась резекция крупных сосудов с дальнейшим их протезированием.

Выводы:

1. Лимфодиссекция, дополненная скелетизацией верхней брыжеечной артерии, увеличивает продолжительность жизни.
2. Расширенная лимфодиссекция достоверно не увеличивает количество осложнений.
3. Выживаемость пациентов, которым выполнялась резекция венозных сосудов, сопоставима с выживаемостью группы больных без резекции и протезирования воротной вены.
4. Низкая продолжительность жизни у больных, которым выполнялась резекция артериальных стволов, не должна стать причиной неоперабельности данных больных.

СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ ГАСТРОСТАЗА ПОСЛЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Скипенко О.Г., Шатверян Г.А., Тарасюк Т.И., Ратникова Н.Л., Беджанян А.Л.,

Российский научный центр хирургии РАМН, Москва

Гастростаз является одним из частых осложнений после панкреатодуоденальной резекции (ПДР), увеличивающим послеоперационный койко-день и ухудшающим качество жизни в раннем п/о периоде. Гастростаз отмечается в 41% случаев после классической и в 61% случаев – после пилоруссохраняющей ПДР.

Цель. Уменьшить частоту гастростаза после ПДР, используя оригинальную методику реконструкции, разработанную в РНЦХ.

Материалы и методы. Изучены результаты 77 панкреатодуоденальных резекций по поводу злокачественных новообразований периампулярной

области, выполненных с декабря 2007 по декабрь 2009 гг. У 37 из них (I группа) реконструктивный этап выполнен с формированием гастроэнтероанастомоза по методике РНЦХ – впередиободочно изоперистальтически с большой кривизной желудка (бок в бок). В контрольную группу (II группа) включены 40 последовательных ПДР с реконструкцией по стандартной методике (конец желудка в бок кишки). Сформированные группы сравнимы по полу, возрасту, заболеванию. Для выявления преимуществ новой методики формирования гастроэнтероанастомоза на течение раннего послеоперационного периода проанализированы результаты лечения в обеих группах по следующим факторам: частота гастростаза, длительность назогастрального дренирования, частота несостоятельности анастомозов, послеоперационный койко-день, использование в профилактических целях октреотида.

Результаты. Продолжительность назогастрального дренирования в послеоперационном периоде