

УДК 616.37-089.87

СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПАНКРЕАТОЕЮНО- И ГЕПАТИКОЕЮНОАНАСТОМОЗА ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

В.А. Бахтин, д. м. н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии,
С.А. Чикишев, врач-хирург отделения экстренной и планово-консультативной помощи,
ГОВ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Росздрава»

Приведены результаты применения оригинального способа чреспеченочного декомпрессивного дренирования панкреатоеюно- и гепатикоеюноанастомоза при панкреатодуоденальной резекции. Выявлено уменьшение количества послеоперационных осложнений и снижение летальности при применении метода.

The results of using of original method of transhepatic decompression drainage of pancreatojejunal anastomosis and hepaticojejunal anastomosis with pancreatoduodenal resection have been presented. The decreasing of postoperative complications' number and reduction of lethality while using the method have been discovered.

Введение. Панкреатодуоденальная резекция (ПДР), как вариант радикального вмешательства на органах билиопанкреатодуоденальной зоны, по праву считается одной из самых сложных операций, выполняемых в абдоминальной хирургии [1, 2, 3, 8]. Несмотря на значительное уменьшение летальности после ПДР, с 17–42% до 6–12%, количество тяжелых осложнений все еще остаётся высоким [1, 7].

К наиболее часто встречающимся осложнениям относят несостоятельность панкреатоеюно- и билиодигестивного анастомозов, формирование наружных панкреатических свищей, внутрибрюшные или желудочно-кишечные кровотечения, образование внутрибрюшных абсцессов [5, 6].

С целью профилактики несостоятельности, как пускового момента целого ряда осложнений, предложено большое количество методик реконструктивно-восстановительного этапа ПДР [4, 8].

Цель исследования – улучшение результатов радикального хирургического лечения больных с опухолями головки поджелудочной железы и БДС путем применения нового способа разгрузки зоны анастомоза.

Материалы и методы. С 1991 по 2007 г. в клинике госпитальной хирургии Кировской ГМА, расположенной на базе I хирургического отделения Кировской областной клинической больницы, ПДР выполнена 94 больным различными заболеваниями билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ).

Из 94 пациентов 27 (28,7%) – женщины в возрасте от 39 до 67 лет, 67 (71,3%) – мужчины в возрасте от 32 до 68 лет. Все больные были разделены на две группы, в I группе наблюдали 71 (75,5%) пациента, которые оперированы с различными вариантами реконструктивно-восстановительного этапа, без декомпрессии панкреато- и билиодигестивного анастомоза, и 23 (24,5%) больных (II группа) с декомпрессией вышеуказанных анастомозов. Основным, наиболее клинически значимым осложнением заболеваний в 68 (72,3%) случаях, по поводу которых выполнена ПДР, явилась гипербилирубинемия за счет механической обструкции желчевыводящих путей.

Уровень общего билирубина составлял от 5,8 до 760,7 мкмоль/л, в среднем $139,9 \pm 92,8$ мкмоль/л, прямая фракция от 22,7 до 542,4 мкмоль/л, в среднем $111,8 \pm 98,9$ мкмоль/л. Длительность желтушного периода варьировала в широких пределах от 1 недели до 16 недель, в среднем 11 недель.

Диагностика основывалась на совокупности жалоб, анамнеза и лабораторно-инструментального обследования. Фиброгастродуоденоскопия была выполнена 90 (95,7%) пациентам, из них 8 (8,5%) с подозрением на рак дистального отдела холедоха произведена эндоскопическая ретроградная панкреатикохолангиография (ЭРХПГ). При ФГДС кроме стандартного исследования прицельно оценивалось состояние большого дуоденального соска (БДС), при подозрении на объемный процесс бралась биопсия слизистой в 16 (17%) случаях, точность диагностики составила 91,6%.

Ультразвуковое исследование выполнено 91 (97%) пациенту. Наиболее часто выявляемыми признаками были увеличение головки поджелудочной железы, подозрение на объемный процесс, признаки желчной гипертензии.

Рентгенкомпьютерная томография (КТ) проведена 73 (77,7%) больным. Часть больных не была охвачена исследованием, так как КТ выполняется в клинике с 1995 года. Учитывалось преимущественно взаимоотношение с соседними органами и крупными сосудистыми структурами, расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков.

Диагностическая лапароскопия применялась нами у 14 (15%) пациентов. Оценку лапароскопических данных проводили в совокупности с показателями клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Подтвердить диагноз при помощи лапароскопии удалось у 7 больных, изменить – в 3 случаях, в 1 случае диагностика была затруднена спаечным процессом.

При уровне билирубина более 350 мкмоль/л 7 пациентам в клинике выполнено предварительное декомпрессивное дренирование желчных путей под контролем УЗИ. В 6 случаях различные варианты предварительной хирургической

декомпрессии выполнены первым этапом до поступления больного в клинику.

При оценке влияния предварительной декомпрессии желчевыводящих путей не выявлено существенного преимущества в количестве осложнений послеоперационного периода.

ПДР была выполнена в различных модификациях, отличающихся методами формирования реконструктивно-восстановительного этапа операции. Реконструктивный этап ПДР выполняли на одной у 45 (63,4%) пациентов или на двух петлях тонкой кишки у 26 (36,6%) пациентов. Наиболее часто используемым панкреатоеюноанастомозом явился концевой инвагинационный анастомоз – 55 (77,5%) случаев. Данный вид панкреатоеюностомии применялся у пациентов с патологией головки поджелудочной железы – 28 (39,4%), опухоли БДС – 12 (17%) и при мягкой, рыхлой, увеличенной поджелудочной железе и нормальном диаметре панкреатического протока. Методика формирования панкреатоеюноанастомоза конец в бок применена у 7 пациентов, у 5 пациентов терминальный анастомоз формировался с применением «потерянного» дренажа. У 12 пациентов выполнена панкреатодуоденальная резекция с сохранением привратника, в 10 случаях стандартная ПДР была дополнена лимфодиссекцией. Реконструктивные вмешательства на воротной вене выполнены у 3 больных, верхней брыжеечной вене у 3 пациентов, при этом у одного с резекцией поперечноободочной кишки.

Во II группе 23 (24,5%) оперированным пациентам (8 женщин (34,8%), 15 мужчины (65,2%)) было произведено декомпрессивное дренирование панкреатоеюно- и гепатикоеюноанастомозов чреспеченочным дренажем оригинальной конструкции (патент на изобретение РФ № 2313286 от 27.12.07 г.). Во II группе применялся вариант формирования реконструктивного этапа ПДР на одной кишечной петле.

Показания для применения декомпрессивного дренирования следующие: холедох диаметром менее или равен 1,5 см с тонкой стенкой, мягкая, рыхлая увеличенная поджелудочная железа.

С целью профилактики послеоперационных панкреатитов, как в интраоперационно, так и в послеоперационном периоде, нами применялся аналог сандостатина – октреотид. Панкреатосупрессивная терапия начиналась с интраоперационного периода и включала в себя введение 100 мкг октреотида при мобилизации органокомплекса, далее 100 мкг при пересечении поджелудочной железы и 100 мкг во время наложения панкреатоеюноанастомоза. В раннем послеоперационном периоде октреотид вводился подкожно по 100 мкг 3 раза в сутки первые 2 суток, затем двукратно по 100 мкг на 3-и сутки, в среднем $4,03 \pm 1,4$ дней.

Результаты и обсуждение. Неосложненное течение послеоперационного периода было отмечено у 48 (51,1%) пациентов. У остальных 46 (48,9%) больных в послеоперационном периоде возникли различные послеоперационные осложнения. Из специфических осложнений основными были несостоятельность панкреатоеюноанастомоза – 12 (12,8%) и несостоятельность гепатикоеюноанастомоза – 9 (9,6%), перитонит

– 14 (15%), абсцессы брюшной полости различной локализации – 9 (9,6%), внутрибрюшное кровотечение – у 5 (5,3%) пациентов. Данные осложнения встречались в I группе оперированных пациентов. Во II группе больных несостоятельности не было выявлено, отмечен желчный затек в левом надпеченочном пространстве с образованием абсцесса, потребовавшие релапаротомии, санации брюшной полости с выздоровлением больного. Так же в I и II группе больных отмечался клинически выраженный гастростаз – 8 (8,5%) и 3 (3,2%) больных соответственно. При сравнительном анализе между группами больных с декомпрессией гепатикоеюно- и панкреатоеюноанастомозов (II группа) и без декомпрессии (I группа) прослеживается большее количество осложнений в I группе больных, различия достоверны ($p=0,0098$).

Всего в раннем послеоперационном периоде умерли 10 больных, летальность составила 10,6%. Все больные умерли в I группе без разгрузочного дренирования. В группе больных с использованием разгрузочного дренажа летальных исходов не выявлено. Высокая летальность в I группе оперированных пациентов обусловлена наиболее частой несостоятельностью панкреатоеюноанастомоза и гепатикоеюноанастомоза.

Заключение. Учитывая состояние поджелудочной железы, диаметр общего желчного протока, мы выбираем индивидуальную тактику реконструктивного этапа панкреатодуоденальной резекции.

Вариант ПДР с использованием чреспеченочного дренажа оригинальной конструкции оправдан у пациентов с диаметром холедоха до 1,5 см. при тонкой стенке и состоянии паренхимы поджелудочной железы, расцененной как мягкой, с рыхлой консистенцией. Применение разгрузочного дренажа панкреатоеюно- и гепатикоеюноанастомоза снижает частоту несостоятельности и, как следствие, послеоперационную летальность. При широком диаметре холедоха с гипертрофированной стенкой и удовлетворительном состоянии паренхимы железы мы чаще всего используем вариант резекции на одной кишечной петле с применением инвагинационного панкреатоеюноанастомоза и холедохоеюноанастомоза конец в бок с прецизионным швом.

МА

ЛИТЕРАТУРА

1. Alberson D.A. Pancreaticoduodenectomy with reconstruction by Rouen- Y pancreaticoyeyunostomy. South Med 1994; 87: 2: 197-201.
2. Mivdema B.W., Sarr M.G., Van Heerden J. A. et al. Complicat Following Pancreaticoduodenectomy. Arch Surg 1992; 127: 945-947.
3. Блохин Н.Н., Итин А.Б., Клименков А.А. Рак поджелудочной железы и внепеченочных желчных путей. - М.: Медицина, 1982. - 259 с.
4. Данилов М.В., Глабай В.П., Мыльников А.Г. Выбор метода декомпрессии желчных путей, предшествующей панкреатодуоденальной резекции. Межрегиональная конференция хирургов. М. 1993. - С. 24-25.
5. Ершов В.В., Рыбинский А.Д. и др. Усовершенствованные панкреатодигестивные анастомозы при панкреатодуоденальной резекции. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2006. - № 1. - С. 38-43.
6. Касумьян С.А., Алибеков Р.А. и др. Панкреатодуоденальная резекция при раке головки поджелудочной железы. Вестник хирургии. - 1998. - № 6. - С. 26-28.
7. Кубышкин В.А., Вишневский В.А. и др. Оценка методов завершения панкреатодуоденальной резекции. Хирургия. - 2001. - № 1. - С. 46-50.
8. Патютко Ю.И., Котельников А.Г., Соколова И.Н. и др. Расширенная гастропанкреатодуоденальная резекция. Хирургия. - 2000. - № 6. - С. 4-8.