

ОДНОМОМЕНТНАЯ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ РАКЕ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПЕРИАМПУЛЯРНОЙ ЗОНЫ, ОСЛОЖНЕННОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Короткий В.Н., Безродный Б.Г., Карташов Б.Т., Колосович И.В., Убани Ибеабучи Огадинма

Национальный медицинский университет

Существенной причиной тяжелых осложнений при панкреатодуоденальной резекции (ПДР) является несовершенство техники реконструктивного этапа операции, связанное с наложением билиодигестивного и панкреатодигестивного анастомозов, частота несостоятельности которых возрастает при наложении их в условиях холестаза. Актуальным остается и выбор критериев, прогнозирующих развитие в послеоперационном периоде печеночно-почечной недостаточности, как фактора Ю лимитирующего при холестазе показания к одномоментной ПДР. С целью улучшения непосредственных результатов операции нами усовершенствованы варианты ее реконструктивного этапа, а также изучены факторы прогноза печеночно-почечной недостаточности у больных, оперированных в условиях холестаза.

ПДР при раке головки ПЖ выполнены 27, раке большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДПК) - 11 пациентам. У всех больных основное заболевание было осложнено механической желтухой, сгипербилирубинемией 245 ± 12.5 мкмоль/л и длительностью холестаза от 18 до 32 дней.

Для реконструктивного этапа ПДР предложены два способа панкреатодигестивного анастомозирования. Первый из них заключается в создании конце-бокового панкреатоеюноанастомоза с отводящей частью изолированной по Брауну-Шалимову исшитой двустволкой петель тонкой кишки, приводящим коленом которой перитонизируем соустье. Преимуществами подобной техники является атравматичность, исключение воспалительного процесса между срезом ПЖ и стенкой кишки, что возможно при изолированном вшивании в кишку панкреатического протка, снижение вероятности рубцевания анастомоза, отсутствие натяжения тканей и предпосылок для деформации кишки в процессе наложения соустья.

Хирургическая техника второго способа наложения панкреатодигестивного анастомоза предусматривает продольное рассечение панкреатического протока с последующим анастомозированием с кишкой, как пересеченного конца ПЖ, так и вскрытого главного панкреатического протока. Малотравматичность формирования соустья достигается благодаря тому, что первым рядом швов кишку подшивают к брюшине и фасциальным образованиям по периметру железы, а вторым – к брюшине, покрывающей железу спереди. В результате исключается гипертензия в протоковой системе ПЖ после операции.

С целью недопущения дигестивно-билиарного рефлюкса, провоцирующего холангит, пред-

ложена методика антирефлюксной гепатикоюностомии путем формирования концебокового, поперечного гепатикоюноанастомоза с окутыванием задней поверхности общего печеночного протока противобрыжечным краем тонкой кишки от ворот печени до соустья и наружным дренированием гепатикохоледоха.

Технические особенности резекционного этапа ПДР заключаются в полном удалении крючковидного отростка ПЖ, осуществлении региональной лимфаденэктомии, а также использовании пилоросохраняющего варианта операции.

Предложены три варианта резекционного этапа ПДР, базирующихся на разработанных нами билио- и панкреатодигестивных соустьях.

Первый из них используем при расширенном панкреатическом протоке и уплотненной паренхиме культы железы. В таком случае на проксимальный конец петли тонкой кишки, проведенной позадиободно, накладываем антирефлюксный гепатикоюноанастомоз, на 30 см ниже – терминолатеральный панкреатоеюноанастомоз на 15 см дистальнее межпетельного соустья – гастро или дуоденоюноанастомоз. Гепатикохоледох, петлю тонкой кишки, несущую соустья, и желудок – дренируем наружу.

Если протоковая система культы ПЖ не расширена, паренхима на изменена, используем второй вариант реконструктивного вмешательства. На 50 см дистальнее связки Трейца мобилизуем петлю тонкой кишки длиной около 35 см. и изолируем ее соустьем по РУ. На латеральный конец образованной «У»-образной конструкции накладываем антирефлюксный гепатикоюноанастомоз, на медиальный-терминолатеральный панкреатоеюноанастомоз и на 15 см. дистальнее межпетельного соустья – гастро или дуоденоюноанастомоз. При третьем варианте операции на единой петле тонкой кишки последовательно формируем: терминолатеральный панкреатоеюноанастомоз, ниже его формируем гепатикоюноанастомоз, а гастродигестивное соустье размещаем на 20 см дистальнее предыдущих. Подобный вариант вмешательства показан при субтотальных резекциях медиальной части ПЖ, когда сохраняемая часть органа экскреторно мало активна.

Послеоперационные осложнения развились у 7 (18.4%) пациентов, 3 (7.9%) из которых умерли: от ЖКК из стрессовых язв желудка, почечно-печеночной недостаточности, тромбоза боли легочных артерий. У 2 – диагностировали послеоперационный панкреатит легкой степени тяжести. Летальный исход отмечен у пациента, которому из-за прорастания опухоли в верхнюю

брыжеечную вену было резецировано 6 см сосуда с последующим мезентерикокавальным анастомозированием. Больной умер от прогрессирующей почечно-печеночной недостаточности. Предполагаем, что когда функциональное состояние печени нарушено вследствие длительного холестаза, при резекции сегмента верхней брыжеечной вены следует обеспечить восстановление воротного кровообращения в печени, что и было нами успешно осуществлено в трех подобных наблюдениях.

Проведя корреляционный анализ между основными показателями гомеостаза и развивавшейся в послеоперационном периоде печеночно-почечной недостаточно-

стью, делаем вывод, что факторами, прогнозирующими ее развитие были: наличие геморрагического синдрома, холангита, энцефалопатии олигурии, гипербилирубинемии свыше 20 мкмоль/л при длительности холестаза свыше одного месяца, прогрессирующей гипергликемии, степень эндогенной интоксикации, исчисляемая по уровню молекул средней массы более 0.4 ед.

Таким образом, предложенный вариант технологии радикального хирургического лечения больных раком головки ПЖ и периапулярной зоны, осложненный механической желтухой, позволяет снизить число послеоперационных осложнений, улучшить результаты оперативных вмешательств.

РЕЗЮМЕ

ОДНОМОМЕНТНА ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНА РЕЗЕКЦІЯ ПРИ РАКУ ГОЛОВКИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАПОЗИ І ПЕРИАМПУЛЯРНОЇ ЗОНИБ УСКЛАДНЕНОМУ МЕХАНІЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ

Короткий В.Н., Безродний Б.Г., Карташов Б.Т., Колосович І.В., Убані Ібеабучі Огадинма

З метою покращення безпосередніх результатів панкреатодуоденальної резекції нами розроблені нові варіанти реконструктивного етапу операції, а також вивчені фактори прогнозу печінково-ниркової недостаточності у хворих, оперованих в умовах холестазу.

SUMMARY

ONEMOMENT PANCREATODUODENAL RESECTION IN TUMOUR OF HEAD OF PANCREAS AND PERIAMPULAR ZONE COMPLICATED WITH MECHANICAL JAUNDICE

v.n. Korotkiy, B.G. Bezrodny, B.T. Kartashov, I.V. Kolosovich, Ubani Ibeabuchi Ogadyinma

With the aim of improvement of early results of pancreatoduodenal resection we had elaborated new variants of reconstructive stage of operation and studied factors of prognosis of liver-kidney insufficiency in patients operated in conditions of cholestasis.