

ДРЕНИРОВАНИЕ ПАНКРЕАТИКОЕЮНО- И ГЕПАТИКОЕЮНОАНАСТОМОЗОВ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ВЫПОЛНЕННОЙ ПО ПОВОДУ ПЕРИАМПУЛЯРНОГО РАКА

© Радионов Юрий Васильевич, Коханенко Николай Юрьевич

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.

194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

E-mail: radionov8604@gmail.com

Ключевые слова: рак поджелудочной железы; дренирование панкреатического протока; несостоятельности панкреатодигестивного анастомоза; панкреатодуоденальная резекция.

ВВЕДЕНИЕ

Частота несостоятельности панкреатодигестивного анастомоза после выполнения панкреатодуоденальной резекции (ПДР) составляет от 1,2% до 53%. В то же время, некоторые авторы этого осложнения не наблюдали вообще. При формировании анастомоза поджелудочной железы (ПЖ) с тонкой кишкой в целях снижения риска возникновения несостоятельности швов панкреатодигестивного анастомоза некоторые авторы рекомендуют дополнительное стентирование или дренирование протока ПЖ. По данным других авторов, стентирование протока ПЖ не способствует уменьшению частоты возникновения панкреатического свища.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить результаты хирургического лечения больных периампулярным раком путём уточнения показаний к дренированию панкреатикоеюно- и гепатикоеюноанастомозов при панкреатодуоденальной резекции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с 2010 по 2017 гг. на клинических базах кафедры факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета обследовано 106 больных, перенесших ПДР по поводу опухолей периампулярной области, 61 пациенту была произведена пилоросохраняющая ПДР (ППДР), 45 — ПДР с резекцией желудка (ГПДР). Декомпрессию панкреатико- и билиодигестивного анастомозов производили с помощью дренирования главного панкреатического протока по Фелькеру 41 (38,7%) пациенту: 2 (3,3%) в группе ППДР и 39 (86,7%) в группе ГПДР.

У 12 (19,7%) больных группы ППДР гепатикоеюноанастомоз формировали на наружно-внутреннем чрескожно-чреспеченочном дренаже, который был установлен на первом этапе лечения для купирования механической желтухи. В группу без декомпрессии панкреато- и билиодигестивного анастомозов вошли 53 (50,0%) больных. Показаниями к дренированию являлись: диаметр главного панкреатического протока менее 5 мм и мягкая структура паренхимы ПЖ. Холедох дренировали по Фелькеру при истонченной его стенке и диаметре 10 мм и менее.

Несостоятельность панкреатодигестивного анастомоза диагностировали на основании критериев Международной группы по изучению панкреатических фистул (ISGPF) и считали доказанной, если уровень амилазы в любом объеме отделяемого по дренажам превышал нормальное её содержание в плазме крови после третьего послеоперационного дня в 3 раза и более.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При исследовании пациентов, которым не было выполнено дренирование панкреатико- и билиодигестивного анастомозов по Фелькеру, неосложненное течение послеоперационного периода было отмечено у 37 (62,7%) пациентов. У остальных 22 (37,3%) больных в послеоперационном периоде возникли различные послеоперационные осложнения. Из специфических осложнений основным была несостоятельность панкреатикоеюноанастомоза у 7 (11,9%) пациентов. Кроме того, встречались несостоятельность гепатикоеюноанастомоза — 3 (5,1%), перитонит — 1 (1,7%), абсцессы брюшной полости различной локализации — 6 (10,2%), внутрибрюшное кровотечение — 1 (1,7%), желудочно-кишеч-

ное кровотечение — 1 (1,7%), острая кишечная непроходимость — 1 (1,7%), гастростаз — 17 (28,8%). У всех больных с осложнениями в группе без дренирования диаметр панкреатического протока был менее 5 мм, а структура паренхимы ПЖ расценивалась как мягкая. В группе с дренированием панкреатико- и билиодигестивного анастомозов по Фелькеру несложненное течение наблюдалось у 32 (68,1%) оперированных пациентов, осложнения были зарегистрированы у 15 (31,9%). Несостоятельность панкреатикоеюноанастомоза выявлена у 5 (10,6%) пациентов; несостоятельность гепатикоеюноанастомоза — 1 (2,1%), перитонит — 1 (2,1%), абсцессы брюшной полости различной локализации — 3 (6,4%), желудочно-кишечное кровотечение — 2 (4,3%), гастростаз — 9 (19,1%). Летальные исходы были отмечены в обеих группах: 1 (1,7%) в группе без дренирования и 1 (2,1%) в группе с дренированием.

При анализе полученных результатов, в частоте несостоятельности панкреатикоеюно-

и гепатикоеюноанастомозов при ПДР с дренированием и без, статистически значимых различий не получено (у 5 (10,6%) пациентов, без декомпрессии — у 7 (11,9%), ($p>0,05$). Хотя полученные нами данные статистически не достоверны, мы отдаем предпочтение технике с декомпрессией, так как при несостоятельности панкреатоеюно- или билиодигестивного анастомозов у пациентов данной группы прослеживается более гладкое послеоперационное течение за счет эвакуации жидкостного компонента по дренажу.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При диаметре главного панкреатического протока менее 5 мм и мягкой структуре паренхимы ПЖ, а также при истонченной стенке общего желчного протока и его диаметре менее или равном 1,0 см, с целью предупреждения несостоятельности панкреатико- и гепатикоеюноанастомоза рекомендуем формировать их на дренажах.