

ходимо использовать последний как возможный предиктор возникновения и исхода НП у лиц с сопутствующей патологией на этапе госпитализации пациентов в ОРИТ и начала проведения ИВЛ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Роль сопутствующей патологии в генезе и исходе НП несомненна. Основной вклад в исход НП вносит хроническая сердечная недостаточность. Объективным критерием оценки преморбидного фона у пациентов, госпитализированных в ОРИТ, может служить использование балльной оценки по системе «Premorbid lifestyle score».

ЛИТЕРАТУРА

1. Гельфанд Б. Р., Белоцерковский Б. З., Попов Т. В., Карабак В. И. // Инфекции в хирургии. — 2003. — Т. 1, № 4. — С. 3—10.
2. Синопальников А. И. // Росс. мед. вести. — 2005. — № 3. — С. 4—12.
3. DeRyke C. A., Lodise T. P., Rubak M. J., et al. // Chest. — 2005. — Vol. 128. — P. 1414—1422.
4. Menzies R., Gibbons W. // Chest. — 1989. — Vol. 95. — P. 398—405.
5. Nseir S., Di Pompeo C., Soubrier S., et al. // Chest. — 2005. — Vol. 128. — P. 1650—1656.
6. Nseir S., Pompeo C., Cavestri B., et al. // Crit. Care Med. — 2006. — Vol. 34 (12). — P. 2959—2966.

УДК 616-089.12:616.366-089-006.04

К ВОПРОСУ О РЕКОНСТРУКЦИИ БИЛИАРНОГО ТРАКТА ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

В. Ф. Касаткин, А. Ю. Максимов, И. С. Тищенко, Б. Р. Каця

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт

Предложен метод формирования холедохоэнтероанастомоза для предупреждения кишечечно-билиарного рефлюкса, что значительно снижает уровень послеоперационных осложнений при хирургическом лечении пациентов с опухолями билиопанкреатодуоденальной зоны.

Ключевые слова: холедохоэнтероанастомоз, кишечечно-билиарный рефлюкс, реконструкция билиарного тракта.

ON THE PROBLEM OF RECONSTRUCTION OF BILIARY TRACT IN PANCREATODUODENAL RESECTION

V. F. Kasatkin, A. Yu. Maksimov, I. S. Tishenko, B. R. Katsiya

The authors propose a method of forming choledochointerostomy preventing reflux of intestinal contents into the common bile duct, which significantly reduces the rate of postoperative complications in surgical treatment of patients with cancer of biliopancreatoduodenal region.

Key words: choledochointerostomy, entero-biliary reflux, reconstruction of biliary tract.

Рак поджелудочной железы и органов периампулярной зоны в настоящее время остается одним из фатальных опухолевых процессов. Радикальное хирургическое вмешательство — панкреатодуоденальная резекция — является методом выбора в лечении пациентов с данной патологией, позволяя увеличить продолжительность жизни и улучшить ее качество, а в ряде случаев добиться полного излечения [1, 5]. Непосредственные результаты оперативного лечения больных раком билиопанкреатодуоденальной зоны находятся в прямой зависимости от уровня ранних послеоперационных осложнений и определяют возможность использования дополнительных методов лечения, таких как химиотерапия и лучевая терапия [1, 6]. Проблема радикального хирургического лечения больных раком поджелудочной железы и органов периампулярной зоны, несмотря на успехи и достижения, все еще далека от окончательного разрешения. Среди типичных ослож-

нений панкреатодуоденальной резекции выделяют: несостоятельность анастомозов (прежде всего панкреатодигестивного, реже — билиодигестивного), острый послеоперационный панкреатит, кровотечение, острый послеоперационный холангит, формирование абсцессов брюшной полости, наружные желчные и панкреатические свищи [1, 2, 3, 4]. Профилактика осложнений после панкреатодуоденальной резекции, как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периодах, не теряет своей актуальности в онкохирургии [3, 5].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Улучшение непосредственных результатов лечения путем совершенствования хирургической техники за счет индивидуального решения реконструктивного этапа операции, в частности при формировании билиодигестивного анастомоза, с учетом анатомо-функциональных особенностей пациента.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

За период с 2002 по 2006 гг. включительно в торако-абдоминальном отделении Ростовского научно-исследовательского онкологического института выполнено 214 панкреатодуоденальных резекций по поводу злокачественных опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны.

Все пациенты были оперированы по принятой в клинике методике панкреатодуоденальной резекции, включающей резекцию дистального отдела общего желчного протока, дистальную резекцию желудка с прилегающими участками большого и малого сальников, удаление головки поджелудочной железы с крючковидным отростком, двенадцатиперстной кишки и начального отдела тощей кишки, регионарную лимфодиссекцию.

При выполнении реконструктивного этапа панкреатодуоденальной резекции на этапе формирования билиодигестивного анастомоза предпочтение отдавали холецистоэнтеростомии в 158 случаях (74 %), у 56 пациентов (26 %) использован холедохоэнтеростомоз. Показания к холедохоэнтеростомии были общепринятыми: холецистэктомия в анамнезе или выполненная в ходе панкреатодуоденальной резекции, отсутствие ранее наложенного, удовлетворительно функционирующего холецистоэнтеростомоза. Показанием к холецистэктомии как этапу резекции являлось анатомически низкое впадение пузырного протока в общий желчный проток либо необходимость пересечения холедоха выше цистикохоледохаеального конfluence, а также холецистэктомия выполнялась при наличии воспаленно-измененных или ригидных стенок желчного пузыря при холециститиазе и полипозе желчного пузыря.

В наше исследование вошли пациенты, которым в качестве варианта желчеотводящего соустья выбран холедохоэнтеростомоз. Нами использовались оригинальные методики формирования арэфлюксного билиодигестивного анастомоза, предупреждающие развитие послеоперационного холангита. В раннем и отдаленном послеоперационном периодах после формирования билиодигестивных анастомозов велика вероятность развития восходящего холангита на фоне кишечно-билиарного рефлюкса, процессов рубцового стенозирования желчеотводящего соустья. Перед нами стояла необходимость разработки такого способа желчеотведения, который уменьшал бы риск развития названных осложнений. По разработанной нами методике желчь отводится в сформированный из петли тощей кишки резервуар, обладающий арэфлюксными свойствами за счет угнетения перистальтики стенки кишки, что исключает спонтанный кишечно-билиарный рефлюкс. В то же время сформированный резервуар не препятствует пассажу желчи в кишечник. Даже в случае попадания в полость резервуара кишечных масс последние свободно эвакуируются с током желчи. Это позволя-

ет максимально снизить риск развития холестаза и послеоперационного холангита.

Остановимся на методике формирования резервуара пониженного давления. Для обеспечения достаточного объема резервуара первостепенное значение имела длина петли тонкой кишки. Короткая петля тонкой кишки лимитировала возможность выполнения резервуара пониженного давления, в таком случае пациентам выполняли терминологический холедохоэнтеростомоз по стандартной методике.

Петлю тощей кишки, выбранную для создания желчеотводящего анастомоза, длиной около 20 см, сгибали U-образно слева направо и сближали серозно-мышечными швами. Затем по противобрыжеечному краю выполняли продольную энтеротомию длиной 15—20 см, внутренние края рассеченного сегмента кишки сшивали отдельными узловыми швами в поперечном направлении. Формирование резервуара завершали, сшивая наружные края энтеротомического отверстия двумя рядами отдельных узловых швов. Холедохоэнтеростомоз накладывали на вершине сформированного резервуара. Первый ряд швов захватывал стенку холедоха, не проникая в его просвет, и серозно-мышечный слой стенки кишки, причем между линией резекции холедоха и первым рядом швов было не менее 0,3—0,5 см. Затем вскрывали просвет сформированного резервуара на середине расстояния между линией швов резервуара и брыжеечным краем кишки путем поперечной (реже — продольной) энтеротомии длиной, равной диаметру культи общего желчного протока. Швы внутреннего ряда холедохоэнтеростомоза накладывали, используя прецизионную технику, тщательно сопоставляя сшиваемые ткани. Второй ряд швов наружной губы соустья соединял стенки кишечного резервуара и общего желчного протока, не проникая в просвет анастомозируемых органов.

Достаточная длина общего желчного протока (3—5 см) позволяла дополнить арэфлюксные свойства резервуара пониженного давления оригинальной методикой погружного холедохоэнтеростомоза, препятствующего забросу кишечного содержимого и панкреатического сока в желчные протоки. Рассекали переднюю стенку культи общего желчного протока параллельно его оси до середины расстояния между краем торцевого отверстия холедоха и бифуркацией желчного протока, накладывали два шва-держалки, прошивая стенку холедоха через все слои один напротив другого, проводили швы-держалки через энтеротомическое отверстие для холедохоэнтеростомии, по диаметру равное поперечному сечению холедоха, затем швы-держалки выводили наружу через дополнительное боковое отверстие в стенке кишки, выполненное на расстоянии 8—10 см от области холедохоэнтеростомоза. Потягивая за швы-держалки, погружали дистальный отдел резецированного холедоха в кишку до середины расстояния между верхним углом разреза холедоха и бифуркацией общего желчного

протока, на этом уровне циркулярно накладывали отдельные узловые швы по периметру анастомоза, в стенке кишки захватывая все слои, а стенку холедоха прошивали поверхностно, не проникая в его просвет. Потягиванием удаляли швы-держалки, ушивали дополнительное боковое отверстие в стенке резервуара. Накладывали второй ряд швов между стенкой желчного протока и серозным слоем кишки. Сформированное билиодигестивное соустье меньше подвержено рубцеванию благодаря большей, чем обычно, линии расщепленного торцевого отверстия холедоха и максимально сниженным травмированием тканей холедоха во время наложения первого ряда швов. Однонаправленный ток желчи в просвет кишки контролировался свободно свисающей в полость резервуара стенкой холедоха, которая в случае спровоцированного рефлюкса перегибалась бы, закрывая просвет холедоха подобно клапану. На основании вышеописанной методики создан «Способ наложения антирефлюксного холедохоэнтероанастомоза», получен патент РФ № 2005112054/14(013952).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Применяя данные методики, мы оперировали 42 пациента из 214 радикально оперированных больных с опухолями билиопанкреатодуоденальной зоны за период с 2002 по 2006 г. включительно. Средний возраст пациентов составил 58 лет. Возрастной интервал находился в пределах от 40 до 82 лет. Соотношение мужчин и женщин составляло 1,8:1.

Распределение больных по локализации опухоли было следующим: рак головки поджелудочной железы был выявлен у 24 пациентов (57,1 %), рак большого дуоденального сосочка — у 14 (33,3 %), рак двенадцатиперстной кишки — у 2 больных (4,8 %), рак дистального отдела холедоха — у 2 пациентов (4,8 %). У большинства больных опухоль диагностирована во II—III стадии заболевания (32 пациента, 76,2 %).

Морфологическое исследование выявило у 41 пациента (97,6 %) аденокарциному различной степени дифференцировки, в одном случае (2,4 %) опухоль головки поджелудочной железы была представлена ацинарно-клеточным раком.

Предварительное дренирование желчных протоков в связи с предшествующей механической желтухой было предпринято у 26 больных (61,9 %).

Эффективность разработанных методов профилактики рефлюкса кишечного содержимого в желчные протоки подтверждена клинически и лабораторно. Использование разработанных способов формирования холедохоэнтероанастомоза с применением методик антирефлюксной защиты (резервуара пониженного давления и погружного холедохоэнтероанастомоза) на этапе билиарной реконструкции в ходе панкреатодуоденальной резекции позволило достоверно снизить число хирургических осложнений в данной группе

пациентов в сравнении с частотой хирургических осложнений после панкреатодуоденальной резекции, зафиксированной за период с 1995 по 2001 г. — 26,2 и 39,3 % соответственно, или в 1,5 раза.

Сравнительный анализ непосредственных результатов радикального хирургического лечения больных исследуемых групп показал, что общий уровень ранних послеоперационных осложнений снизился с 54,6 % за 1995—2001 гг. до 38 % среди пациентов исследуемой группы, и летальность от них с — 14,3 до 4,8 %.

С использованием разработанных способов формирования холедохоэнтероанастомоза отмечено, что среди пациентов, оперированных с применением антирефлюксной защиты билиодигестивного анастомоза в раннем послеоперационном периоде отсутствовали такие осложнения, как несостоятельность холедохоэнтероанастомоза, острый послеоперационный холангит, наружные желчные свищи, в то время как эти осложнения после панкреатодуоденальной резекции за 1995—2001 г. были диагностированы в 7,1; 7,1 и 3,6 % соответственно.

Применение разработанной техники арефлюксного холедохоэнтероанастомоза позволило в 1,7 раз снизить число холангитов в отдаленном послеоперационном периоде (16 %, согласно данным за 1995—2001 г., и 9,5 % в исследуемой группе).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итак, внедрение в клиническую практику новых надежных способов профилактики кишечно-билиарного рефлюкса, сопровождающего операции внутреннего желчеотведения, предупреждает развитие холангита, несостоятельности билиодигестивного анастомоза, снижая частоту гнойно-септических осложнений в хирургическом лечении больных опухолями билиопанкреатодуоденальной зоны, что позволяет достичь хороших как непосредственных, так и отдаленных результатов панкреатодуоденальной резекции. Предложенный вид анастомоза может быть рекомендован для использования в клинике при необходимости выполнения билиарной реконструкции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилов М. В., Федоров В. Д. Повторные и реконструктивные операции при заболеваниях поджелудочной железы. — М., 2003. — С. 108.
2. Демин Д. И., Кралиш В. В., Минаев И. И. и др. // Рос. онкол. журн. — 1997. — № 2. — С. 18—20.
3. Кубышкин В. А., Ахмад Р., Шевченко Т. В. // Хирургия. — 1998. — № 2. — С. 57—60.
4. Кубышкин В. А., Вишневецкий В. А. Рак поджелудочной железы. — М., 2003. — С. 301—339.
5. Тарасенко С. В., Соколова С. Н., Копейкин А. А., и др. // Хирургия. — 2005. — № 3. — С. 30—35.
6. Шалимов А. А., Шалимов С. А., Ничитайло М. Е., Радзиховский А. П. Хирургия поджелудочной железы. — Симферополь, 1997.