

М. Г. Гнатюк, О. І. Іващук,
В. Ю. Бодяка,
С. Ю. Шевченко,
І. Я. Гушул,
Ю. Я. Чупровська,
Ю. П. Петрук,
М. В. Лянскорунський,
С. І. Райчук

*Старокостянтинівська
центральна районна лікарня,
м. Старокостянтинів,
Хмельницька область*

*Буковинський державний
медичний університет,
м. Чернівці*

© Колектив авторів

ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНА РЕЗЕКЦІЯ У ПАЦІЄНТА ЛІТНЬОГО ВІКУ

Резюме. У статті наведено випадок хірургічного лікування раку головки підшлункової залози, ускладненого механічною жовтяницею. Представлено деякі технічні особливості виконання панкреатодуоденальної резекції, а саме формування єюностомії, для ентерального харчування пацієнта, що дало змогу ефективно лікувати післяопераційний гастропарез.

Ключові слова: рак головки підшлункової залози, механічна жовтяниця, панкреатодуоденальна резекція, гастропарез.

Проблема хірургічного лікування злоякісних новоутворень панкреатодуоденальної ділянки залишається однією із актуальних у сучасній онкології [2-3].

Важливість даної проблеми зумовлена досить високою післяопераційною летальністю, яка пояснюється розвитком ускладнень після виконання панкреатодуоденальної резекції (ПДР), а саме: виникнення гнійно-септичних ускладнень, утворення панкреатичних кириць, внаслідок неспроможності панкреатодигестивних анастомозів, поява гастропарезу, синдрому мальабсорбції тощо [1, 4, 5].

Виникнення переважної більшості цих ускладнень пояснюється операційною травмою, наявністю холемічної інтоксикації, анемією, літнім та старечим віком пацієнтів, наявністю хронічної супровідної патології [4, 5].

Все це вказує на необхідність застосування превентивних заходів, спрямованих на попередження та ефективне лікування даних післяопераційних ускладнень.

У зв'язку з чим ми вважаємо за необхідне представити один із клінічних випадків виконання ПДР, з приводу раку головки підшлункової залози, післяопераційний період якого ускладнився гастропарезом.

Пацієнт Г., 1943 року народження (медична картка стаціонарного хворого № 7487/8025) надійшов у хірургічне відділення Старокостянтинівської центральної районної лікарні 11.10.2017 року зі скаргами на пожовтіння шкірних покривів та склер, схуднення, загальну слабкість, млявість.

Вважав себе хворим впродовж одного тижня, відколи пожовтіли шкірні покриви та склери. Загальну слабкість та схуднення відмічав значно раніше.

Пацієнта обстежено клінічно та лабораторно, встановлено діагноз — рак головки підшлункової залози. Механічна жовтяниця.

Група крові та резус (18.10.2017): А (II) Rh+ (позитивна).

Загальний аналіз крові (12.10.2017): еритроцити — $4,0 \times 10^{12}$ /л; гемоглобін — 126 г/л; лейкоцити — $12,9 \times 10^9$ /л; ШОЕ — 80 мм/год.

Загальний аналіз сечі (12.10.2017): колір — темний, прозорість — мутна, питома вага — 1021, реакція — кисла, білок — 0,03 г/л; епітелій плоский — 3-4 в п/з; лейкоцити — 4-5 в п/з, еритроцити — 0-1 п/з.

Біохімічний аналіз крові (13.10.2017): загальний білок — 60,8 г/л; глюкоза — 5,3 ммоль/л; загальний білірубін — 101,0 мкмоль/л; прямий білірубін — 61,8 мкмоль/л; непрямий білірубін — 39,2 мкмоль/л; АЛАТ — 2,0 нмоль/(схл); АсАТ — 1,7 нмоль/(схл); Тимолова проба — 1,3 Од; сечовина — 7,8 ммоль/л, креатинін — 0,1 ммоль/л.

Коагулограма (13.10.2017): протромбіновий індекс — 74%; фібрин плазми — 3,74 г/л; етанолів тест — негативний; фібриноген В — негативний.

УЗД органів черевної порожнини (31.10.2017): захворювання підшлункової залози (утворення в ділянці головки діаметром 29,0 x 20,0 мм, яке не виходить за межі підшлункової залози). Внутрішньопечінкові жовчні ходи незначно розширені. Загальна жовчна протока — 5,0 мм. Жовчний міхур не диференціюється. В печінці явища холестатичного гепатиту.

Консультація кардіолога (12.10.2017): ІХС. Стенокардія напруги. ФК — II. Постінфарктний кардіосклероз (2016 року). СН — I.

Консультація онколога (01.11.2017): діагноз — Злоякісне новоутворення підшлункової залози.



зи. Рекомендовано оперативне втручання для верифікації діагнозу.

Впродовж одного тижня пацієнт отримував консервативну терапію, спрямовану на зниження холестатичної інтоксикації, стабілізації роботи серцево-судинної, травної, видільної систем тощо. Проте рівень загального білірубіну не знижувався (загальний білірубін крові – 139,8 мкмоль/л, прямий білірубін крові – 96,9 мкмоль/л), зростав рівень лейкоцитів крові (лейкоцити крові – $12,9 \times 10^9/\text{л}$), наростали явища інтоксикації.

З метою зниження холемічної інтоксикації та запобігання синдрому “швидкої декомпресії біліарного тракту”, нами спочатку виконано декомпресію жовчних шляхів шляхом накладання холецистостоми з дозованим дрениванням жовчі з мінілапаротомного трансректального доступу (протокол операції № 731 від 18.10.2017), згідно із запропонованою нами методикою (пат. № 91340 від 25.06.2014).

Після декомпресії біліарного тракту хворий отримував знеболюючу, дезінтоксикаційну, симптоматичну (гепатопротектори), антибактеріальну терапії, перев'язки. Стан хворого покращився, зникли явища холемічної інтоксикації.

Після консультацій суміжних фахівців (кардіолога, анестезіолога), пацієнту вирішено виконати ПДР за методикою Whipple (№ 787 від 06.11.2017).

Після виконання верхньої серединної лапаротомії, при ревізії органів черевної порожнини відмічалось в ділянці головки підшлункової залози щільної консистенції. Мали місце збільшені лімфатичні вузли по ходу верхньої брижової артерії. Інших патологічних змін в черевній порожнині ми не виконали. Взято змив з черевної порожнини на наявність атипичних клітин – клітини мезотелію.

Холецистостому видалено. Виконано типову холецистектомію. Мобілізовано дванадцятипалу кишку (ДПК) за Мохером, шляхом розсічення очеревини від гепатодуоденальної зв'язки до висхідної частини останньої. Відокремлено ДПК від нижньої порожнистої вени до аорти. Перев'язано та пересічено праву шлункову та шлунково-дванадцятипалу артерії. За допомогою УКЛ - 40 пересічено дистальну частину шлунка, а також загальну печінкову протоку. Пересічено порожню кишку, відступивши від мобілізованої зв'язки Трейца приблизно на 40,0 см. З технічними труднощами, зумовленими великими розмірами пухлини, яка частково переходить на тіло підшлункової залози, тупим та гострим шляхом, з ретельною перев'язкою судин, останню відокремлено від верхньої брижової та ворітної вен. За допомогою УКЛ - 40 пересічено під-

шлункову залозу у ділянці її тіла, видалено панкреатодуоденальний комплекс (рис. 1).

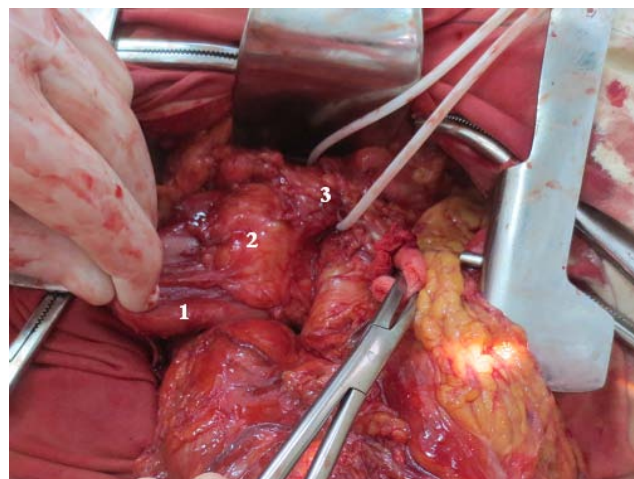


Рис. 1. Мобілізація панкреатодуоденального комплексу:
1 – дванадцятипала кишка мобілізована за Кохером;
2 – головка підшлункової залози уражена пухлиною великих розмірів; 3 – відокремлена підшлункової залози від верхньої брижової та ворітної вен.

Почергово накладено анастомози з дистальним кінцем порожньої кишки: панкреатоеюно-, гепатікоєюно- та гастроєюноанастомози, а також анастомоз по типу “кінець у бік” між проксимальним та дистальним кінцями порожньої кишки. Панкреатоеюноанастомоз сформовано із залишенням поліхлорвінілової трубки у порожнині головної протоки підшлункової залози.

Враховуючи наявність виключеної із пасажу проксимальної ділянки порожньої кишки, вирішено на останню накласти єюностому, з метою харчування пацієнта у ранньому післяопераційному періоді. Єюностома накладена шляхом проколу стінки кишки та введення поліхлорвінілової трубки, яку фіксовано за допомогою кисетного шва, а також шляхом накладання та зав'язування швів вздовж кишки, довжиною до 8 см. Поліхлорвінілову трубку через контрапертуру виведено на передню черевну стіну, дану ділянку кишки фіксовано до очеревини.

Виконано трансназальне дренивання ділянки гастроєюноанастомозу. Черевна порожнина санована розчинами антисептиків та дренована за допомогою двох поліхлорвінілових трубок. Лапаротомна рана пошарово ушита. Накладена асептична пов'язка (рис. 2).

Проведене патогістологічне дослідження (№4906-4917 від 10.11.2017 року) вказує на низькодиференційовану аденокарциному підшлункової залози з проростанням в стінку кишки, з вираженим фіброзом. Метастази в лімфатичні вузли. У місцях резекції кишки без особливостей.

Діагноз після операції — рак головки підшлункової залози. T₂N₁M₀. II В стадія, II клінічна група. Механічна жовтяниця.

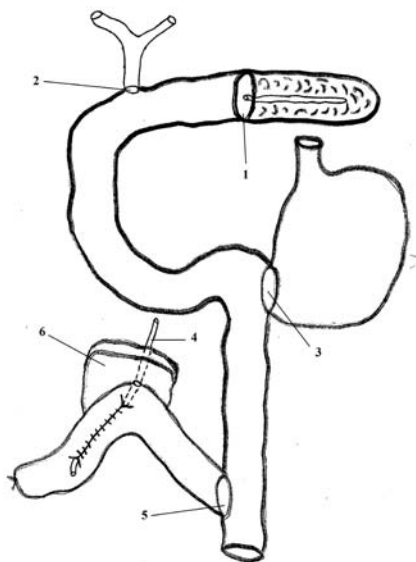


Рис. 2. Схематичне зображення оперативного втручання:
1 — панкреатоеюноанастомоз;
2 — гепатоеюноанастомоз; 3 — гастроентероанастомоз; 4 — поліхлорвінілова трубка для ентерального харчування; 5 — єюноєюноанастомоз по типу кінець у бік; 6 — передня черевна стінка

Через 5 годин після операції проведено екстубацію. Впродовж наступних 4-х діб пацієнт перебував у відділенні реанімації та інтенсивної терапії. Загальний стан був тяжкий, проте свідомість ясна, гемодинаміка стабільна, дихання самостійне.

Проводилася знеболююча, антибактеріальна, антиферментна (сандостатин 1,0 мл), кислотознижуюча (омез 40 мг), профілактична антикоагуляційна (клексан 02 мл), інфузійна (фізіологічний розчин 400,0 мл, розчин Рінгера 400,0 мл, реосорбілакт 200,0 мл, глюкозо-інсуліновий комплекс 200,0 мл, стерофундін 500,0 мл, гелафузін 500,0 мл) замісна (ер. маса, свіжозаморожена плазма) та симптоматична те-

рапії. Проводилося ентеральне харчування через єюностому сумішами «Берламін Модуляр», «Малиш», перетертою дозволеною їжею тощо.

Пацієнта 10.10.2017 переведено у хірургічне відділення, проте ранній післяопераційний період ускладнився гастропарезом, який клінічно проявлявся здуттям живота, біллю в епігастрії, нудотою, блюванням, особливо після прийому незначної кількості їжі. Призначено прокінетики (метоклопрамід 10,0 мг), замісну терапію травними ферментами (креон 25000), ферментна терапія, гіпоталамічні гормони (октрестатин 10,0 мг), а також збалансоване ентеральне харчування. Впродовж 3-х тижнів стан пацієнта поступово покращувався, зникли симптоми гастропарезу, післяопераційна рана загоїлася первинним натягом, шви знято на 11-12 доби. Пацієнта у задовільному стані 04.12.2017 року виписано з лікарні, під нагляд онколога поліклініки, з метою можливого проведення ад'ювантної хіміотерапії.

Отже, одним із частих ускладнень після виконання ПДР є гастропарез, який зустрічається приблизно у 25% випадків на 4-5 доби раннього післяопераційного періоду. Поява даного ускладнення пояснюється дезадаптацією функціональної активності травної системи, спричинене змінами внаслідок операційної травми (порушення іннервації шлунка, явища гострого післяопераційного панкреатиту, анастомозиту тощо). Накладання ентеростоми, особливо у пацієнтів літнього та старечого віку, з метою ентерального харчування, значно покращує ситуацію, сприяє швидкому відновленню функціональної активності шлунково-кишкового тракту, скасовує необхідність трансназальної інтубації останнього.

Висновок

Виконання ПДР, у пацієнтів літнього та старечого віку, де має місце високий ризик виникнення гастропарезу, потребує формування єюностом, з метою ентерального харчування у ранньому післяопераційному періоді.

ЛІТЕРАТУРА

1. Хирургия поджелудочной железы / А.А. Шалимов, С.А. Шалимов, М.Е. Ничитайло, А.П. Радзиховский. — Симферополь. Таврида, 1997. — 560 с.
2. Василюк С.М. Діагностика та лікування раку підшлункової залози різної локалізації / С.М. Василюк, О.С. Ткачук // Український журнал хірургії. — 2014. — № 1 (24). — С. 149-154.
3. Власний досвід виконання панкреатодуоденальної резекції з приводу злоякісного новоутворення голівки підшлункової залози / М.Г. Гнатюк, Ю.П. Петрук, М.В. Лянскорунський [та ін.] // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. — 2015. — Т. 14, № 1. — С. 74-78.
4. Гальперин Э.И. Темп декомпрессии желчных протоков при механической желтухе опухолевой этиологии / Э.И. Гальперин, А.Е. Котовский, О.Н. Момунова // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2011. — № 8 (33). — С. 33-40.
5. Назыров Ф.Г. Сравнительный анализ результатов использования различных видов панкреатодигестивного анастомоза при радикальной операции у больных с периапулярными опухолями / Ф.Г. Назыров, А.В. Девятов, М.М. Акбаров // Украинський журнал хірургії. — 2013. — № 3 (22). — 121-127.



ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ
РЕЗЕКЦИЯ У ПАЦИЕНТА
ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

*М. Г. Гнатюк, А. И. Иващук,
В. Ю. Бодяка, С. Ю. Шевченко,
И. Я. Гушул, Ю. Я. Чупровская,
Ю. П. Петрук,
М. В. Лянскорунський,
С. И. Райчук*

Резюме. В статье представлено случай хирургического лечения рака головки поджелудочной железы, усложненного механической желтухой. Представлены некоторые технические особенности выполнения панкреатодуоденальной резекции, а именно формирование еюностомы, для энтерального питания пациента, которое дало возможность эффективно лечить послеоперационный гастропарез.

Ключевые слова: рак головки поджелудочной железы, механическая желтуха, панкреатодуоденальная резекция, гастростаз.

PANCREATODUODENAL
RESECTION IN AN ELDERLY
PATIENT

*M. H. Hnatiuk, O. I. Ivashchuk,
V. Yu. Bodyaka ,
S. Yu. Shevchenko, I. Ya. Hushul,
Yu. Ya. Chuprovskaya, Yu. P. Petruk,
M. V. Lianskorunskyi, S. I. Raichuk*

Summary. The article presents a case of surgical treatment of pancreatic head cancer complicated by mechanical jaundice. Some technical features of performing pancreatoduodenal resection, namely the formation of the jejunostoma, for enteral nutrition of the patient, which made it possible to effectively treat postoperative gastroparesis are presented.

Key words: pancreatic head cancer, mechanical jaundice, pancreatoduodenal resection, gastrostasis.