

ПЕРШИЙ ДОСВІД ЦЕНТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ З ВИКОРИСТАННЯМ ЛАПАРОСКОПІЧНОГО ДОСТУПУ

К. В. Копчак, О. В. Дувалко, С. В. Андронік, Я. В. Романів, А. І. Хомяк

Національний інститут хірургії і трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ

THE FIRST EXPERIENCE OF A CENTRAL PANCREATIC RESECTION, USING LAPAROSCOPIC ACCESS

K. V. Korchak, O. V. Duvalko, S. V. Andronik, Ya. V. Romaniv, A. I. Khomyak

Центральна резекція підшлункової залози (ПЗ) є методом вибору за наявності пухлин з низьким потенціалом малігнізації, розташованих у шийці або тілі ПЗ, що забезпечує оптимальне збереження паренхіми органа. Останнім часом все частіше операцію виконують з використанням лапароскопічного доступу, метод дозволяє досягти кращого косметичного ефекту, зменшити інтенсивність болю після операції та використання наркотичних анагетиків, менш виражене пригнічення імунітету, швидше відновлення функцій органів травного каналу, також менша тривалість лікування пацієнта у стаціонарі після операції, менший ризик утворення післяопераційної грижі. В літературі є повідомлення про найбільший досвід лапароскопічної центральної резекції ПЗ у 8 та 6 хворих [1, 2]. Нами вперше в Україні виконано центральну резекцію ПЗ з використанням лапароскопічного доступу з приводу нейроендокринної пухлини.

Пацієнтка Р., 21 року, госпіталізована зі скаргами на періодичний дискомфорт у надчеревній ділянці та діарею, які з'явилися близько 2 міс тому. Під час обстеження за місцем проживання виявлене утворення діаметром 3 см в ділянці шийки та тіла ПЗ. Загальні аналізи крові та сечі, біохімічний аналіз крові без патологічних змін. За даними комп'ютерної томографії в проекції тіла

ПЗ, деформуючи її вентральну поверхню, відзначене округле, з чіткими контурами, об'ємне патологічне утворення, м'якотканинної щільності, діаметром 3,88 см; магістральні судини інтактні; головка і хвіст ПЗ звичайної форми, не збільшені, контури рівні, структура гомогенна; у хвості протока ПЗ розширена до 2 мм (рис. 1). Пацієнтці запропоноване видалення пухлини з застосуванням лапароскопічного доступу. Дотримані усі деонтологічні та юридичні норми.

Виконано операцію під загальним знеболюванням. Положення хворої лежачи на спині з нахилом ножного кінця операційного стола на 10°. Після здійснення пневмоперитонеуму встановлені порти: під пупком — діаметром 10 мм, по середньоключичній лінії в лівій пахвинній ділянці — діаметром 15 мм, по середньоключичній лінії в правій пахвинній ділянці — діаметром 5 мм, по передній пахвовій лінії в правій бічній ділянці — діаметром 5 мм (рис. 2). При ревізії: печінка звичайних розмірів та забарвлення, однорідна, видимі патологічні зміни у черевній порожнині не виявлені. Розсічено шлунково—ободову зв'язку. В ділянці тіла по нижньому краю ПЗ виявлена горбиста пухлина діаметром 4 см, з чіткими рівними контурами, переважно солідної структури, з незначним кістозним компонентом; пухлина займає 2/3 товщі ПЗ, досягає протоки ПЗ, яка в хвості



Рис. 1.
Комп'ютерна томографія.

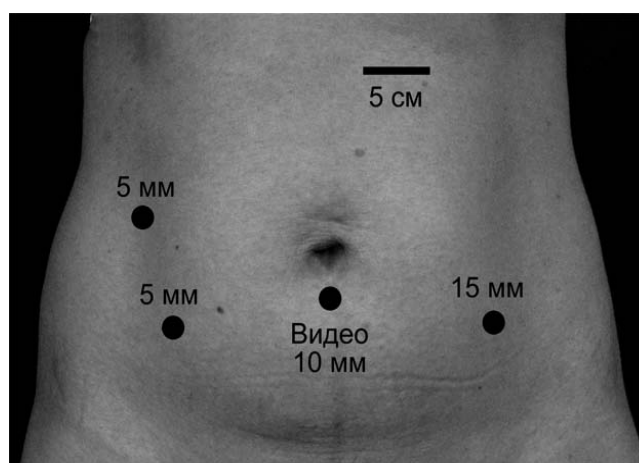


Рис. 2.
Схема розташування портів при центральній резекції ПЗ з використанням лапароскопічного доступу.

розширена до 2 мм. Візуальні ознаки злоякісного росту не виявлені.

Мобілізовано ПЗ над портоспленомезентеріальним конфлюенсом, виділено загальну печінкову та селезінкову артерії. Видалено ділянку ПЗ з пухлиною, відступивши 2 см з кожного боку. Мобілізацію та пересічення ПЗ здійснювали за допомогою ультразвукових ножиць апарата Sonosа. З використанням апарата Endopath ETS45 пересічено порожню кишку на відстані 30 см від зв'язки Трейтца. Пухлина видалена в контейнері через лапароскопічний диск Dextrus, встановлений в лівій підребровій ділянці. Через той самий диск сформований позаслизовий панкреатоеюноанастомоз на зовнішньому дренажі протоки ПЗ та міжкишковий У—подібний анастомоз за Ру. Встановлені 2 дренажі діаметром 8 мм до куки ПЗ (введені через отвір порта діаметром 15 мм в лівій пахвинній ділянці). Дренаж протоки ПЗ виведений у правій підребровій ділянці.

Тривалість операції 210 хв, інтраопераційна крововтрата 300 мл.

Наркотичні анагетика призначали один раз через 8 год після завершення операції. Октреотид застосовували в дозі 1,4 мг протягом 4 діб після операції. Перистальтика кишечника відновилася у 1—шу добу після операції, харчування звичним шляхом розпочате на 2—ту добу, самостійне випорожнення на 3—тю добу. На 4—ту добу виникли післяопераційний панкреатит, гастростаз, ознаки якого зникли до 8—ї доби, відновлено звичайне харчування. На 5—ту добу припинилися виділення по дренажу протоки ПЗ; на 7—му добу проведено че-

рездренажну фістулографію, контрастна речовина частково виповнює протоку ПЗ, з якої потрапляє в кишку. На 15—ту добу у задовільному стані пацієнтка виписана.

За даними морфологічного дослідження діагностовано нейроендокринну пухлину. Проведене імуногістохімічне дослідження: рівень Ki67 Protein — 3%, Chromogranin A — слаба позитивна реакція.

Безперечно, основним показанням до виконання центральної резекції ПЗ є потенційно доброякісна пухлина її шийки та тіла, проте, в літературі є повідомлення про здійснення такої операції з приводу міграції ендобіліарного стента в ділянку шийки ПЗ [3]. Також існують різні погляди фахівців щодо оптимального способу формування панкреатодигестивного анастомозу. Деякі автори повідомляють про формування під час таких втручань панкреатогастроанастомозу з задньою стінкою шлунка [3 — 5]. Перевагами такого способу вважають технічну простоту через анатомічну близькість структур та відсутність необхідності пересічення кишечника. До недоліків методу відносять потрапляння їжі в зону анастомозу, що може спричинити панкреатит.

Отже, виконання центральної резекції ПЗ з використанням лапароскопічного доступу можливе та безпечне. Для цього потрібна кваліфікована бригада хірургів з досвідом виконання втручань на ПЗ та лапароскопічних операцій. Для визначення оптимальної техніки та вибору методу накладення панкреатодигестивного анастомозу потрібний більший досвід виконання таких операцій.

ЛІТЕРАТУРА

1. Laparoscopic central pancreatectomy with pancreaticojejunostomy: preliminary experience with 8 cases / R. Zhang, X. Xu, J. Yan [et al.] // *J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A.* — 2013. — Vol. 23, N 11. — P. 912 — 918.
2. Laparoscopic central pancreatectomy: single institution experience of 6 patients / A. Sa Cunha, A. Rault, C. Beau [et al.] // *Surgery.* — 2007. — Vol. 142, N 3. — P. 405 — 409.
3. Laparoscopic central pancreatectomy and pancreaticogastrostomy for the management of a proximally migrated pancreatic stent / F. Gonzalez, M. G. Mesleh, F. J. Lukens [et al.] // *JOP.* — 2013. — Vol. 14, N 3. — P. 273 — 276.
4. Application of binding pancreatogastrostomy in laparoscopic central pancreatectomy / D. Hong, Y. Xin, X. Cai, S. Peng // *World J. Surg. Oncol.* — 2012. — Vol. 26, N 10. — P. 223.
5. Sucandy I. Laparoscopic assisted central pancreatectomy with pancreaticogastrostomy reconstruction — An alternative surgical technique for central pancreatic mass resection / I. Sucandy, C. C. Pfeifer, D. G. Sheldon // *N. Am. J. Med. Sci.* — 2010. — Vol. 2, N 9. — P. 438 — 441.

