

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-  
ЯСЕНЕЦКОГО»**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ**

**КАФЕДРА ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ ИМ. ПРОФ. М.И. ГУЛЬМАНА**

**РЕФЕРАТ**

**Методы профилактики и лечения несостоятельности  
холедохоэнтеро и панкреатоэнтеро анастомозов после ГПДР**

**Выполнил ординатор Бургарт В.Ю.**

**Проверил:**

**д.м.н. профессор**

**кафедры                    общей хирургии**

**им. Проф. М.И. Гульмана**

**Кочетова Л.В.**

**Красноярск 2019**

КрасГМУ «Кафедра общей хирургии им М.И. Гульмана Красноярский государственный медицинский университет им. Войно-Ясенецкого»; 660049 Красноярск П-Железняк 1, Российская Федерация

**Цель.** Внедрить применение наружно-внутреннего дренирования желчных протоков для куирования несостоятельности гепатикоэнтероанастомоза и панкреатикоэнтероанастомоза.

**Материал и методы.** За последний 5 лет рассмотрен опыт радикального хирургического лечения – гастропанкреатодуоденальная резекция у больных с опухолями головки поджелудочной железы 81 (65,3%), фатерова сосочка 29(23,4%), рак желудка 9(7,2%) и головчатым панкреатитом 4(3,1%) в Красноярском краевом онкологическом диспансере. У пациентов с механической желтухой - 37 (30%) человек первым этапом было выполнено чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков, в дальнейшем данные дренажи были сохранены при выполнении гастропанкреатодуоденальной резекции. У лиц без предварительной холангиостомии в 18 случаях зафиксированы признаки несостоятельности либо билиодигестивного, либо панкреатоэнтероанастомоза, сопровождающиеся наличием билом брюшной полости, развитием панкреатических свищей.

**Результаты.** Летальность после гастропанкреатодуоденальной резекции зафиксирована в 20 (16,3%) случаях – причинами явились

панкреанекроз, печеночно-почечная, сердечная недостаточность, кровотечение.

Всего же релапаротомий среди всей группы - 123 человека выполнены у 6 (4,8%) больных.

Среди больных- 12 человек(9,7%) с признаками несостоятельности гепатикоэнтеро-, панкреатоэнтероанастомоза, либо клиникой развития стриктуры билиодигестивного анастомоза, мы попытались использовать уже послеоперационное наружное-внутреннее дренирование желчных протоков в 12 случаях, из них у 5 человек чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков сочеталось с чрескожным дренированием билум либо гематом брюшной полости, в одном случае помимо чрескожного чреспеченочного дренирования потребовалась релапаротомия.

**Заключение.** В 11 из 12 случаев использования послеоперационного (после гастропанкреатодуоденальной резекции) наружного-внутреннего дренирования желчных протоков по поводу клиники несостоятельности панкреатоэнтероанастомоза и гепатикоэнтероанастомоза, признаков развития панкреатического свища, стриктуры билиодигестивного анастомоза достигнут положительный эффект и явления несостоятельности, упомянутых выше анастомозов купированы.

## **Введение**

Выявление причин и лечения механической желтухи многие десятилетия относят к самым актуальным проблемам абдоминальной хирургии [1]. Впервые Н. Burckhard и W. Muller (1920 - 1921) разработали методику чрескожной холангиографии [10]. Панкреатодуоденальную резекцию впервые описал и выполнил Уиппл в 1935 году. В настоящее время эта операция выполняется при обширных травмах поджелудочной железы и ДПК, аденокарциномах головки поджелудочной железы, аденокарциноме ампулы большого дуоденального сосочка, а также при местнораспространенном дистальном раке желудка [2]. Несостоятельность панкреатодигестивного и гепатикоэнтероанастомоза с формированием панкреатических свищей или развитием интраабдоминальных осложнений (абсцессы, перитонит, эрозивные кровотечения) - наиболее частые причины неблагоприятных исходов после панкреатодуоденальной резекции (ПДР). Частота образования панкреатических свищей составляет от 5 до 20% с летальностью до 40 - 50% [8].

Патютко Ю.И. выделяет следующие принципы успешного формирования панкреатоэнтероанастомоза: 1) главный панкреатический проток не пломбируется, культя поджелудочной железы не ушивается; 2) остановка кровотечения из сосудов поджелудочной железы осуществляется прошиванием атравматичным монофиламентным рассасывающимся шовным материалом с минимальным «захватом» в шов ткани поджелудочной железы:

3) формирование анастомоза между культей поджелудочной железы и желудком (или тощей кишкой) осуществляется с отдельным (изолированным) вшиванием панкреатического протока в желудок или тощую кишку без наружной панкреатикогастро- или панкреатикоэюностомы [9].

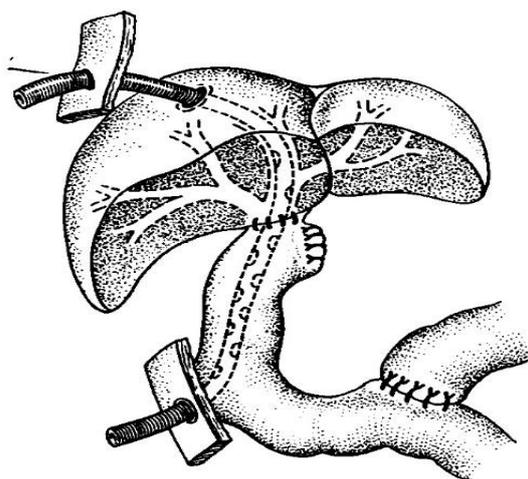
В настоящее время описаны более 100 модификаций реконструкций гастропанкреатодуоденальной резекции, в частности гепатикоэюностомия на мобилизованной по Ру петле (рис. 1) с использованием сменного транспеченочного наружно-внутреннего дренирования в случае малого диаметра анастомозируемого участка общего печеночного протока. Данная методика минимизирует риск развития ранних и отдаленных послеоперационных осложнений в виде рефлюкс-холангита, несостоятельности анастомоза, желчного перитонита, рестенозов, а также предоставляет возможность замены катетера при инкрустации его солями желчи и дисфункции. [3,4,5]. На сегодняшний день чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков применяется в качестве самостоятельной методики и эффективна при доброкачественных стриктурах ранее выполненных билиодигестивных анастомозов [6, 7].

Старков Ю.Г. предлагает стриктуры билиодигестивных анастомозов, возникающие после панкреатодуоденальной резекции и гепатикоэюностомии с кишкой отключенной по РУ устранять эндоскопическим путем. Доступ к стриктуре осуществляется при помощи

балонного энтероскопа [12]. Уровень технической успешности достигает 75% [13,14,15].

**Цель работы** Использование наружно-внутреннего дренирования желчных протоков для купирования несостоятельности гепатикоэнтероанастомоза и панкреатикоэнтероанастомоза.

Рисунок 1



### Материалы и методы

В онкодиспансере Красноярского края за 2014 – 2017 годы у больных в раннем послеоперационном периоде по поводу патологии гастропанкреатодуоденальной зоны в 12 случаях выполнено антеградное чрескожное чреспеченочное наружно-внутреннее дренирование желчных протоков с целью купирования желчеистечения в брюшную полость либо восстановления пассажа желчи в связи с развившейся послеоперационной стриктурой желчных протоков.

**Результаты и обсуждения** В 2014 году выполняемые чрескожные чреспеченочные вмешательства на тот момент были всего лишь попытками и операциями отчаяния у больных находившихся в тяжелом состоянии с желчеистечением в брюшную полость и угрозой развития желчного

перитонита, так как в 10 случаях расширение желчных путей либо не было, либо оно было незначительным.

В литературе данные операции описаны при лечении и коррекции стриктур билиодигестивных анастомозов, т.е когда имелось дилатация желчных путей, так Аванесян Р.Г. предлагает выполнять чрескожный доступ при расширении внутрипеченочных протоков 8 мм и более. Он свидетельствует о положительном эффекте чрескожного доступа в 49 наблюдений при восстановлении проходимости через стриктуру билибиларного или билиодигестивного анастомозов. В двух случаях стриктуры развились после гастропанкреатодуоденальной резекции [11].

В 11 случаях данное вмешательство было эффективно и одном случае потребовалась открытая операция, в связи с явлениями разлитого желчного перитонита. Наружне-внутреннее дренирование в пяти случаях сопровождалось чрескожным дренированием брюшной полости по поводу наличия свободной жидкости, биллом брюшной полости.

На рисунке 2 представлены холангиографии (ход операции) -у больной после гастропанкреатодуоденальной резекции на 2 сутки развилось интенсивное желчеистечение по дренажу из подпеченочного пространства, после представленной операции желчеистечение купировано.

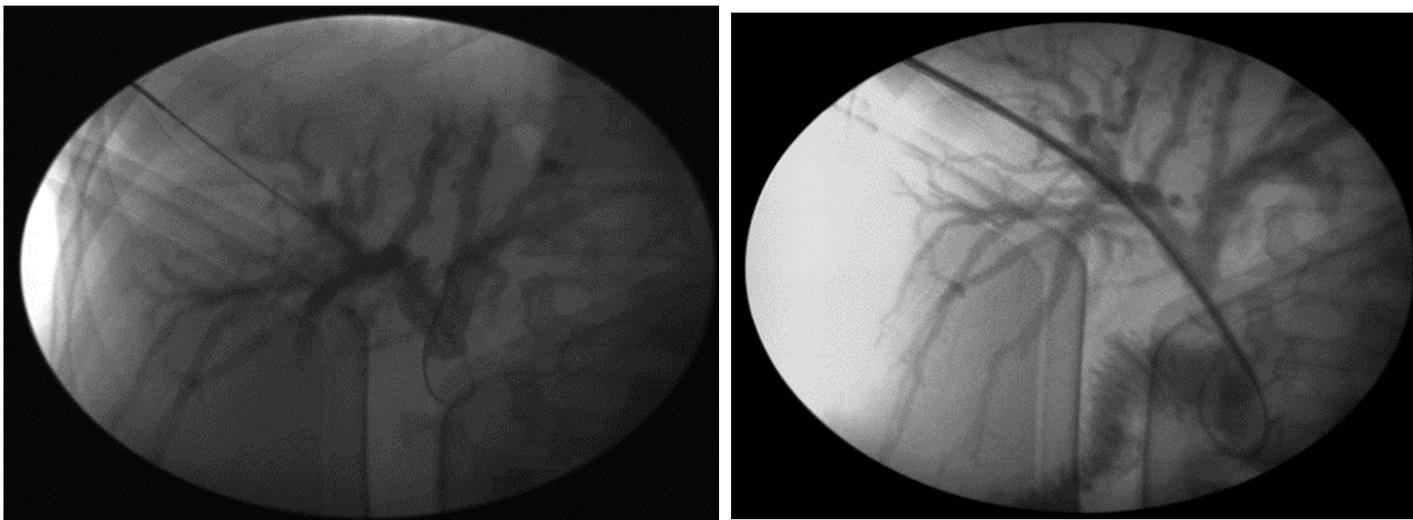


Рисунок 2

Данное осложненное течение вероятно обусловлено невыраженной дилатацией общего печеночного протока (т.к. нет механической желтухи) и соответственно связано с недостаточным диаметром гепатикоэнтероанастомоза. Всем этим пациентам выполнено наружно-внутреннее дренирование желчных протоков первоначально под УЗИ, затем под рентген-контролем, и дренаж проведен за зону гепатикоэнтероанастомоза. В 11 случаях в послеоперационном периоде желчеистечение и клиника несостоятельности гепатикоэнтероанастомоза купированы, больные были выписаны и в течении 1,5-2 месяцев дренажи были удалены. К сожалению у одного пациента на фоне нарастающей полиорганной недостаточности наступила смерть.

Хотелось обратить особое внимание на течение послеоперационного периода пациента Е. 68 лет (N 3915-С2014 – 230), именно данный клинический случай позволил нам предложить новый подход к лечению несостоятельности



панкреатоэнтероанастомоза. После перенесенной гастропанкреатодуоденальной резекции по поводу рака головки поджелудочной

железы на 6 сутки по УЗИ в левом поддиафрагмальном пространстве зафиксировано 350 мл свободной жидкости. Больному выполнено чрескожное дренирование левого поддиафрагмального пространства под УЗИ контролем, удалено 400 мл лизированной крови с незначительным желчным прокрашиванием. В течении последующих двух дней у больного



за сутки оттекало по дренажу по 500 мл отделяемого с примесью желчи. Было принято решение выполнить чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков (ЧЧХС) для купирования желчеистечения. Таким образом, на 9 сутки после гастропанкреатодуоденальной резекции, установлен чрескожный чреспеченочный дренаж за зону

гепатикоэнтероанастомоза к зоне панкреатоэнтероанастомоза. Холангиограммы (рисунок 4) представлены ниже, где визуализируются и соприкасаются холангиостома и потерянный панкреатический дренаж. Исходная схема гастропанкреатодуоденальной резекции (ГПДР) данного пациента представлена на рисунке 3.



Рисунок 4

У данного пациента в этот же день истечение патологического отделяемого из брюшной полости прекратилось, больной был выписан в удовлетворительном состоянии и через месяц холангиостома была удалена. В данном случае наиболее вероятно имело место клиника несостоятельности именно панкреатоэнтероанастомоза.

Данный вариант послеоперационного чрескожного антеградного дренирования желчных путей применим при осложненном течении не только после ГПДР, но и при признаках несостоятельности культи ДПК, после гастрэктомии либо резекции желудка.

Далее

дополнительно представлены два отдельных клинических случая, где использование чрескожного антеградного послеоперационного дренирования позволило купировать признаки несостоятельности культи ДПК в первом случае и несостоятельность билиодигестивного анастомоза во втором случае.

Пациентка О., 69 лет (Ни. болезни 99-С2017) наблюдалось желчеистечение по поводу несостоятельности культи ДПК на 7 сутки после гастрэктомии и другая больная К., 68 лет (N и. б 11901-С2017) с желчеистечением в брюшную полость после билиодигестивного анастомоза в связи с нерезектабельным раком головки поджелудочной железы.

**Заключение**

Мы пришли к выводу о целесообразности выполнения чрескожного чреспеченочного наружно-внутреннего дренирования желчных протоков для купирования несостоятельности не только гепатикоэнтеро - но и панкреатоэнтероанастомозов, при установке дистального конца билиарного дренажа непосредственно к зоне панкреатоэнтероанастомоза.

Данный метод наружно-внутреннего дренирования может быть использован при наличии несостоятельности культи ДПК после оперативных вмешательствах на желудке.

### **Список литературы.**

1. Коков Л.С., Черной Н.Р., Кулезнева Ю.В. – М.: Радиология пресс, 2010, 288с. Лучевая диагностика и малоинвазивное лечение механической желтухи. Руководство.
2. Кэмерон Джон Л. Атлас оперативной гастроэнтерологии / Джон Л. Кэмерон, Корин Сэндон; пер., с англ. Под ред. А.С. Ермолова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009 С. 301-303.
3. Кочиашвили В.И. Атлас хирургических вмешательств на желчных путях. – М. – 1971 – 208
4. Кулезнева Ю.В., Израилов Р.Е., Капустин В.И. Тактика антеградной билиарной декомпрессии при механической желтухе опухолевого генеза // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова, 2010, т.5, №2, с. 24-28.

5. Barauskas G, Gulbinas A, Pundzius J. Influence of preoperative biliary drainage and obstructive jaundice on the early outcome of pancreaticoduodenectomy. *Medicina (Kaunas)*, Jan 2003; 39(4): 359-64.
6. Olak J, Stein LA, Meakins JL. Palliative percutaneous transhepatic biliary drainage: assessment of morbidity and mortality. *Can J Surg*, Jul 1986; 29(4): 243-6.
7. Schoder M, Rossi P, Uflacker R, et al. Malignant biliary obstruction: treatment with ePTFE-FEP- covered endoprotheses initial technical and clinical experiences in a multicenter trial. *Radiology* 2002; 225(1):35-42.
8. Bartoli F. G., Arnone G. B. et al. // *Anticancer Res.* — 1999. — \bl.11, N5.- P. 1831-1848.
9. Патютко Ю.И., Котельников А.Г., Косырев В.Ю., Михайлов М.М., «Современная онкология» (2000. — Т. 1, №1. — С. 12—15).
10. Burckhard H., Muller W., // *Zscrff. Chir.*, 1921. p. 162,168.
- 11.. Аванесян Р.Г., Королев М.П., Федотов Л.Е., Федотов Б.Л., Лепехин Г.М, Амирханян Т.В., . *Анналы хирургической гепатологии*, 2017, том 22, N3 с 55-63. Чрескожные миниинвазивные вмешательства при стриктурах билиодигестивных и билиобилиарных анастомозов
12. Старков Ю.Г., Солоднина Е.Н., Замолодчиков Р.Д., Джантуханова С.В., Выборный М.И., Эндоскопическое лечение посттравматических стриктур желчных протоков. Лукич К.В. *Анналы хирургической гепатологии*, 2017, том 22, N3 с 41-42. DOI: 10.16931.1995-5464.2017336-44.
13. Saleem A., Baron T.H., Gostut C.J., Topazian M.D., Levy M., Petersen B.T. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography using a single-balloon

- enteroscope in patient waltered Rou-en-Y anatomy. *Endoscopy*. 2010; 656-660. DOI: 10.1055/s-0030-1255557.
14. Raithel M., Dormann H., Naegel A., Boxberger F., Hahn E.O., Neurath M.F. Double-balloon-enteroscopy-based cholangiopancreatograpy in post-surgical pacient. *World J. Gastroenterolol*. 2011 17 (18): 2302-2314. DOI:10.3748/wjg.v17.i18.2302.
  15. Wang A.Y., Sauer B.G., Behm B.M., Ramanath M., Cox D.O., Ellen K.L. Single-ballon enteroscopy effectively enab diagnostic retrograde cholangiography patients with surgically altered anatomy. *Gastrointest. Endoscopy* 2010; 71 (3): 641 – 649. DOI: 10.1016/j.gie.2009.10/051.