

## КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ



УДК 616.34+616.37]-089.87-089.819

### ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ NO-TOUCH ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

*К. В. Котчак, А. В. Дуwalko, Л. А. Перерва, Н. Г. Давиденко, А. А. Квасивка, С. В. Сухачев*

*Національний інститут хірургії і трансплантології імені А. А. Шалімова НАМН України, г. Київ*

### FIRST EXPERIENCE OF LAPAROSCOPIC NO-TOUCH PANCREATODUODENECTOMY

*K. V. Kotchak, A. V. Duwalko, L. A. Pererva, N. G. Davidenko, A. A. Kvasivka, S. V. Sukhachov*

Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) сегодня — единственное радикальное оперативное вмешательство при злокачественных периампулярных новообразованиях.

В последние годы в мире отмечена тенденция к уменьшению операционной травмы, все чаще публикуются результаты удачно выполненной видеоэндоскопической ПДР.

Впервые в мире лапароскопическая ПДР выполнена в 1992 г. американским хирургом M. Gagner в Монреале у пациентки в возрасте 30 лет по поводу хронического панкреатита с поражением головки поджелудочной железы. Оперативное вмешательство произведено с использованием метода "hand — assistant". Продолжительность операции 600 мин, пациентка выписана на 30-е сутки после операции. В 1996 г. Ууата и соавторы сообщили об успешном выполнении лапароскопической пилоруссохраняющей ПДР по поводу рака общего желчного протока (ОЖП). Операция дополнена минилапаротомным доступом, через который произведена лимфаденэктомия и выполнен реконструктивный этап. В доступной информации мы не нашли сообщений о выполнении в Украине лапароскопической ПДР.

Приводим первый опыт успешно выполненной лапароскопической ПДР в Украине у пациентки с опухолью дистального отдела ОЖП. Вмешательство выполнено по модифицированной no-touch методике с использованием лапароскопического доступа.

Пациентка С., 56 лет, госпитализирована в клинику 20.05.13 с жалобами на боль в надчревной области, общую слабость, похудение. Болеет в течение 2 мес, когда появилась желтушность кожи и склер. Ранее (26.04.13) в клинике как первый этап лечения выполнено эндобилиарное дренирование по поводу опухоли дистального отдела ОЖП. Пациентка поступила

после устранения желтухи и холангита для выполнения радикального оперативного вмешательства.

Анализ крови: эр.  $4,18 \times 10^{12}$  в 1 л, гемоглобин 115 г/л, л.  $5,5 \times 10^9$  в 1 л, тромбоциты  $305 \times 10^9$  в 1 л, СОЭ 28 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок 66,1 г/л, билирубин общий 67,9 мкмоль/л, АЛАТ 401 мОд/л, АСАТ 250 мОд/л, ГГТП 67 мОд/л, ЛДГ 705 мОд/л, амилаза 41 мОд/л, глюкоза 5,3 ммоль/л.

По данным ультразвукового исследования, печень не увеличена, однородная, внутрпеченочные желчные протоки не расширены; желчный пузырь заполнен конкрементами. Поджелудочная железа не увеличена, однородная, уплотнена, проток поджелудочной железы не расширен.

По данным МРТ с панкреатохолангиографией выявлен органический стеноз ОЖП на уровне дистального отдела (рис 1, 2).

Результаты компьютерной томографии с внутривенным контрастированием: внутрпеченочные и внепеченочные желчные протоки не расширены, в общем печеночном протоке визуализируется внутренний желчный дренаж. Поджелудочная железа не увеличена, структура гомогенная. Увеличенные лимфатические узлы не определяются. Заключение: состояние после дренирования желчных протоков.

27.05.13 выполнено оперативное вмешательство. Введены видеопорты диаметром 10 мм — под пупком, диаметром 10 мм — справа по среднеключичной линии на уровне пупка, диаметром 15 мм — слева по среднеключичной линии на уровне пупка, 2 троакара диаметром 5 мм — в подреберьях справа и слева по передней подмышечной линии. При ревизии желчный пузырь увеличен, сморщен, в полости содержится множество конкрементов, отключен. ОЖП расширен до 2 см, стенки отечные, в полости стент. Увеличены лимфатические узлы гепатодуоденальной связ-

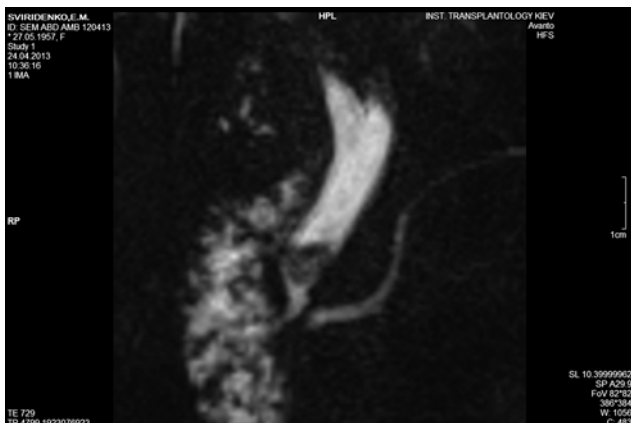


Рис. 1.

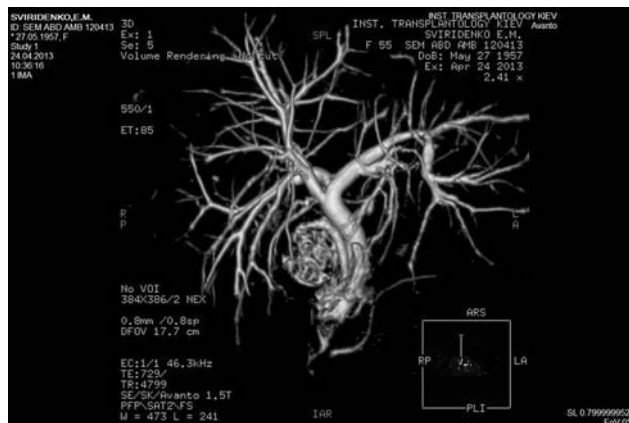


Рис. 2.

ки. Мобилизацию проводили с помощью холодных ножниц, Harmonic scalpel, монополярной диатермии. Из элементов гепатодуоденальной связки выделена общая и собственная печеночные артерии, гастродуоденальная артерия, ОЖП на уровне впадения пузырного протока, воротная вена. Лимфатические узлы смещены к панкреатодуоденальному комплексу. Раскрыта сальниковая сумка, мобилизован правый изгиб ободочной кишки. Двенадцатиперстная кишка выделена на 3 см ниже привратника, пересечена линейным степлером Endo Gia 45. Гастродуоденальная артерия клипирована, пересечена. Выполнена туннелизация вырезки поджелудочной железы над воротной веной. Поджелудочная железа пересечена с помощью Harmonic scalpel. Пересечены мелкие венозные сосуды, идущие к поджелудочной железе. Ниже брыжейки поперечной ободочной кишки выделен начальный отдел тощей кишки на расстоянии 30 см от связки Трейтца, пересечен линейным степлером Endo Gia 45. Брыжейка начального отдела тощей кишки обработана Harmonic scalpel. Выполнены холецистэктомия, пересечение общего печеночного протока. Связку крючковидного отростка пересекали снизу вверх с одновременной мобилизацией двенадцатиперстной кишки по Кохеру как завершающий этап удаления комплекса. Для выполнения последующих этапов операции в правом подреберье произведе-

ден минилапаротомный разрез длиной 6 см, через который установлен порт для ручной ассистенции. Панкреатодуоденальный комплекс удален через порт для ручной ассистенции. Реконструктивный этап выполнен так же через порт для ручной ассистенции путем поочередного формирования внеслизистого панкреатоюноанастомоза на наружном дренаже, гепатикоеюноанастомоза (позадиободочно) и передиободочного дуоденоэнтероанастомоза на одной петле по Child. Установлены дренажи.

Общая продолжительность операции 370 мин. Кропотеря составила 800 мл.

Заключение гистологического исследования: высокодифференцированная тубулярно-папиллярная аденокарцинома стенки ОЖП, признаки инвазии в ткань поджелудочной железы и двенадцатиперстную кишку не выявлены; реактивные изменения лимфатических узлов.

После операции наркотические анальгетики не назначали. Энтеральное питание начато на 2-е сутки, зонд для питания удален на 3-и сутки. Образовался наружный панкреатический свищ с гнойным отделяемым, проведена консервативная терапия. В удовлетворительном состоянии на 21-е сутки после операции, после закрытия свища пациентка выписана для дальнейшего лечения под наблюдение хирурга, онколога по месту жительства.

