

Бахтин В. А., Янченко В. А., Чикишев С. Л.

**ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ**

Адрес статьи: www.gramota.net/materials/1/2007/6/5.html

Статья опубликована в авторской редакции и отражает точку зрения автора(ов) по рассматриваемому вопросу.

Источник

Альманах современной науки и образования

Тамбов: Грамота, 2007. № 6 (6). С. 20-22. ISSN 1993-5552.

Адрес журнала: www.gramota.net/editions/1.html

Содержание данного номера журнала: www.gramota.net/materials/1/2007/6/

© Издательство "Грамота"

Информация о возможности публикации статей в журнале размещена на Интернет сайте издательства: www.gramota.net

Вопросы, связанные с публикациями научных материалов, редакция просит направлять на адрес: almanac@gramota.net

9. Третьяков А. А., Слепых Н. И., Золотухин С. В. Хирургическая коррекция желчеоттока при высокой блокаде желчных путей // *Анналы хирургической гепатологии: Материалы 10-й Юбилейной международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ*. М., 2003. - 8: 2: 176.
10. Федоров В. Д., Вишневский В. А., Кубышкин В. А., Чжао В. А., Икрамов Р. З., Гаврилин А. В. Хирургическое лечение рака общего печеночного протока // *«Кремлевская медицина. Клинический вестник»* № 2, 2000.
11. Bismuth H., Corlette M. B. Intrahepatic cholangioenteric anastomosis in carcinoma of the hilus of the liver // *Surg. Gynecol. Obstet.* – 1975. – Vol. 140. – P. 170.

ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

*Бахтин В. А., Янченко В. А., Чикишев С. Л.
ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия»*

Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) считается одной из самых сложных операций, выполняемых в абдоминальной хирургии [1, 2, 3]. Опыт ведущих хирургических клиник показывает, что процент радикальных операций при злокачественных образованиях билиопанкреатодуоденальной зоны невысок и достигает 5-23% больных [4]. Несмотря на значительное уменьшение летальности после ПДР, с 17-42% до 6 - 12%, количество тяжелых осложнений все еще остаются высокими [1, 7].

К наиболее часто встречающимся осложнениям, относят несостоятельность панкреатоюно - и билиодигестивного анастомозов, которые в свою очередь приводят к послеоперационному панкреатиту, формированию панкреатических свищей, внутрибрюшным или желудочно-кишечным кровотечениям, образованию внутрибрюшных абсцессов [5, 6].

С 1991 по 2007 год в клинике госпитальной хирургии Кировской ГМА на базе I хирургического отделения Кировской областной клинической больницы находилось на лечении 2276 больных с заболеваниями билиопанкреатодуоденальной зоны. Из них 94 пациентам была выполнена гастропанкреатодуоденальная резекция в различных её модификациях, что составило 7,8 %.

Все больные были разделены на 2 группы. В I группе наблюдали 71 больных (75,5%), которые оперированы с различными вариантами реконструктивно - восстановительного этапа без декомпрессии панкреато- и билиодигестивного анастомоза и 23 - (24,5%) больных (II группа) с декомпрессией выше указанных анастомозов. Из 94 пациентов - 67 (71,3%) — мужчины в возрасте от 32 до 68 лет, 27 (28,7%) — женщины в возрасте от 39 до 67 лет. Средний возраст мужчин и женщин соответственно $49,9 \pm 8,8$ и $53,9 \pm 7,8$ лет. По поводу рака головки поджелудочной железы оперированы 43 (45,7%) пациента, 29 больных (30,9%) оперированы по поводу рака БДС с инвазией в головку поджелудочной железы, хронический псевдотуморозный панкреатит послужил показанием к операции у 18 больных (19,1%), рак дистального отдела холедоха - у 3 (3,2%), злокачественная шваннома забрюшинного пространства с прорастанием в головку поджелудочной железы - у 1 (1,1%) пациента.

У большинства пациентов - 68 (72,3%), - при поступлении регистрировалась механическая желтуха, уровень билирубина составлял от 5,8 до 760,7 мкмоль/л, в среднем $139,9 \pm 92,8$ мкмоль/л, прямая фракция от 22,7 до 542,4 мкмоль/л, в среднем $111,8 \pm 102,9$ мкмоль/л. Длительность желтушного периода варьировала от 1 недели до 16 недель (в среднем 11 недель).

У 13 (18%) пациентов основному этапу радикальной операции - резекции панкреатодуоденального комплекса, предшествовали различные виды паллиативных желчеотводящих вмешательств, часть из которых - (7 наблюдений), при уровне

билирубина свыше 350 мкмоль/л, выполнялась непосредственно в клинике, путем пункционной холецистостомии под контролем УЗИ. У остальных 6 пациентов желчеотводящие операции включали в себя различные варианты внутреннего и наружного дренирования (дренирование холедоха по Керу, холедоходуоденостомия, холецистоеюностомия, холецистогастростомия).

Все пациенты были обследованы в условиях клиники. Фиброгастродуоденоскопия была выполнена 90 пациентам (95,7%), из них 8 (8,5%) с подозрением на рак дистального отдела холедоха произведена эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ). При ФГДС особое внимание уделялось состоянию БДС, при подозрении на объемный процесс в 16 случаях (17%) проводилась биопсия слизистой. Злокачественный характер процесса был гистологически подтвержден в 91,6%.

Ультразвуковое исследование выполнено 91 пациенту (97%). Наиболее часто выявляемыми признаками были увеличение головки поджелудочной железы, подозрение на объемный процесс, признаки желчной гипертензии.

73 больным (77,7%) проведена рентгеновская компьютерная томография (КТ). При этом оценивался максимальный диаметр образования, локализация, взаимоотношение с соседними органами и крупными сосудистыми структурами, степень расширения внутри- и внепеченочных желчных протоков.

Диагностическая лапароскопия применялась нами у 14 (15%) пациентов. Подтвердить диагноз при помощи лапароскопии удалось у 7 больных, изменить в 3 случаях, в 1 случае диагностика была затруднена спаечным процессом.

Панкреатодуоденальная резекция была выполнена в различных модификациях, отличающихся, методами реконструктивно-восстановительного этапа операции. Реконструктивный этап ПДР выполняли на одной 45 (63,4%) или на двух петлях тонкой кишки у 26 (36,6%) пациентов. Наиболее часто используемым панкреатоеюноанастомозом являлся конце-концевой инвагинационный анастомоз - 55 (11,5%) случаев. Данный вид панкреатоеюностомии применялся у пациентов с патологией головки поджелудочной железы - 28 (39,4%), опухоли большого дуоденального соска - 12 (17%) при мягкой, рыхлой, увеличенной поджелудочной железе и нормальном диаметре панкреатического протока. Методика формирования панкреатоеюноанастомоза конец в бок применена у 7 пациентов, у 5 пациентов термилатеральный анастомоз формировался с применением «потерянного» дренажа. У 12 пациентов выполнена панкреатодуоденальная резекция с сохранением привратника, в 10 случаях стандартная ПДР была дополнена лимфодиссекцией. Реконструктивные вмешательства на воротной вене выполнены у 3 больных, верхней брыжеечной вене у 3 пациентов.

В большинстве случаев - 69 (73,4%), как в I группе, так и во II группе больных, нами применялся вариант реконструктивного этапа ПДР предполагавший после удаления панкреатодуоденального комплекса, формирование на одной петле панкреатоеюноанастомоза конец в конец, далее гепатикоеюноанастомоза конец в бок и поперечного гастроеюноанастомоза.

Декомпрессивное дренирование панкреатоеюно - и гепатикоеюноанастомозов чреспеченочным дренажем оригинальной конструкции (положительное решение на выдачу патента РФ от 13.0.06г. по заявке на изобретение № 20061208961/17 - 022693) было произведено 23 пациентам (24,5%) (II группа).

Послеоперационные осложнения наблюдались у 46 (48,9%) больных. Из них наиболее существенные: несостоятельность панкреатоеюноанастомоза - 12 (12,8%); несостоятельность гепатикоеюноанастомоза 9 (9,6%); перитонит 14 (15%); абсцессы различной локализации - 9(9,6%); анастомозит гастроеюноанастомоза - 8 (8,5%). Умерло 10 больных, послеоперационная летальность составила (10,6%). Все летальные исходы

зарегистрированы в I группе без разгрузочного дренирования. В группе больных с использованием разгрузочного дренажа летальных исходов не выявлено.

Отдаленные результаты изучены нами у 88 (93,6%) из 94 больных в сроки от 6 месяцев до 10 лет. Из них 42 (44,7%) пациентов с раком головки поджелудочной железы, 30 (31,9%) пациентов с раком периапулярной зоны, 17 (17%) больных с хроническим псевдотуморозным панкреатитом. При раке головки поджелудочной железы трехлетняя выживаемость отмечена у 21,7% больных, пятилетняя - у 13,9%. При раке периапулярной зоны трехлетняя выживаемость была у 76% больных, пятилетняя у 49,7%.

Результаты у больных с доброкачественными заболеваниями классифицировались как «хорошие», «удовлетворительные» и «неудовлетворительные». «Хорошие» и «удовлетворительные» результаты получены нами у 13 (13,9%).

Учитывая состояние поджелудочной железы, диаметр общего желчного протока, мы выбираем индивидуальную тактику реконструктивного этапа панкреатодуоденальной резекции.

Вариант ПДР с использованием чреспеченочного дренажа оригинальной конструкции оправдан у пациентов с диаметром холедоха до 1,5 см. и состоянии паренхимы поджелудочной железы расцененной как мягкой с рыхлой консистенцией. Применение разгрузочного дренажа панкреатоюно - и гепатикоюноанастомоза снижает частоту несостоятельности и как следствие послеоперационную летальность.

Список литературы

1. Шалимов А. А., Шалимов С. А. и др. Хирургия поджелудочной железы. Симферополь: Таврида, 1997. – 560 с.
2. Кубышкин В. А., Вишневский В. А. и др. Оценка методов завершения панкреатодуоденальной резекции // Хирургия. 2001, №1. – С. 46 - 50.
3. Ершов В. В., Рыбинский А. Д., и др. Усовершенствованные панкреатодигестивные анастомозы при панкреатодуоденальной резекции // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2006, № 1. – С. 38 - 43.
4. Касумьян С. А., Алибеков Р. А. и др. Панкреатодуоденальная резекция при раке головки поджелудочной железы // Вестник хирургии, 1998, № 6. – С. 26 - 28.
5. Alberson D.A. Pancraticoduodenectomy with Reconstruction by Rouen-Y pancreaticoyeyunostomy. South Med. 1994. - 87: 2. Pp.197 - 201.
6. Mivdema V.W., Sarr M.G., Van Heerden J. A. et al. Complicat Following Pancreaticoduodenectomy. Arch. Surg. 1992. - 127. Pp. 945 - 947.
7. Блохин Н. Н., Игин А. Б., Клименков А. А. Рак поджелудочной железы и внепеченочных желчных путей. - М.: Медицина, 1982. – 259 с.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИММУННОГО ОТВЕТА ПРИ РАЗВИТИИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Безрукова Л. А., Старикович М. В.

ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия РОСЗДРАВА»

Бронхообструктивный синдром у детей раннего возраста приблизительно в 70% случаев обусловлен острой респираторной вирусной инфекцией, как правило вызванной респираторно-синцитиальным вирусом, аденовирусом, риновирусом, Chlamydomphila pneumoniae или Mycoplasma pneumoniae [Andersen 1998: 1]. Известно, что новорожденные и дети раннего возраста высоко восприимчивы к инфекционным болезням, особенно вызванным внутриклеточными патогенами, что говорит о позднем постнатальном созревании функции Th1-лимфоцитов, а значит высоком риске развития обструкции дыхательных путей под действием респираторных вирусов и возможной