

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПАНКРЕАТОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

**Харченко В.П., Харченко Н.В., Кунда М.А., Елтышев Н.А., Запиров Г.М., Тазин В.Н., Асмарян А.Г.
Российский университет дружбы народов, кафедра онкологии и рентгенодиагностики г. Москва**

На сегодняшний день радикальные хирургические вмешательства при панкреатобилиарном раке выполняется лишь у 10-12% больных. Это связано с высокой злокачественностью опухолей этой зоны, быстрым внутрибрюшным, регионарным и отдаленным метастазированием.

Основные осложнения функционального состояния культы поджелудочной железы после ее резекции связаны с развитием травматического панкреатита и недостатками хирургической техники формирования панкреатикоэнтероанастомоза, часто приводящие к развитию недостаточности этого соустья, как правило заканчивающиеся развитием панкреатического свища и атрофией ткани поджелудочной железы, приводящих в отдаленном периоде к недостаточности ее внешне- и внутрисекреторной функции и выраженным нарушениям пищеварения, тяжелому сахарному диабету и быстрому истощению и гибели пациентов.

Целью настоящего исследования была разработка методик предупреждающих развитие недостаточности панкреатикоэнтероанастомоза и функции оставшейся части поджелудочной железы в раннем и отдаленном послеоперационном периоде.

С 1989 по 2011 гг. в хирургической клинике РНЦРР выполнено 83 гастропанкреатодуоденальные резекции: у 60 - при раке головки поджелудочной железы, у 9 - при раке дистального отдела общего желчного протока и у 14 - при раке большого дуоденального сосочка.

Хирургическое лечение осуществлялось не ранее 30 дня после устранения механической желтухи декомпрессионными чрескожными и эндоскопическими вмешательствами, что соответствовало срокам полного восстановления функционального состояния и морфологического строения гепатоцитов и стромальных клеток печени по данным электронной микроскопии и радиоизотопных исследований.

Нами были разработаны и усовершенствованы методики, позволяющие максимально уменьшить травматическое воздействие на ткань поджелудочной железы при ее пересечении, а также была предложена методика формирования вирсунгоэнтероанастомоза, предупреждающая воздействие агрессивного панкреатического сока на сформированное соустье.

Основными техническими моментами резекции поджелудочной железы заключались в отказе от использования механического шва для пересечения ткани железы, ее острое рассечение и отдельной перевязки сосудов.

Суть выполнения анастомоза протока поджелудочной железы и тонкой кишки заключалась в иссечении серозно-мышечного слоя стенки кишки в области формируемого анастомоза с культей поджелудочной железы, формирование соустья на активном дренаже диаметром на 1 мм больше чем просвет панкреатического протока для плотного его вхождения в просвет протока, выведения панкреатического катетера в виде микроэнтеросомы и подключения его к активному отсосу, что позволило предупредить развитие панкреатита и способствовало формированию прочного и удовлетворительно функционирующего соустья.

Удаление дренажного катетера из культы поджелудочной железы проводилось на 21 сутки после формирования соустья, что соответствовало срокам нормализации показателей амилазы крови и диастазы мочи и нормализации динамики выделения панкреатического сока.

Недостаточности швов панкреатикоэнтероанастомоза не выявлено ни в одном наблюдении.

Проведение ультразвуковой и компьютерной томографии у всех пациентов через 1 год после операции показало нормальное структурное состояние панкреатического протока.

Изучение экзокринной и эндокринной функции культы поджелудочной железы проведено у всех больных в отдаленном периоде (6-12 месяцев) после ее резекции. Эти исследования показали, удовлетворительную функцию культы железы (показатели инсулина, глюкогона, трипсина, ц-пептида, кортизола были в пределах нормы).

Литература

1. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2010г.
2. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2009г.
3. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2008г.
4. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2007г.
5. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2006г.
6. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2005г.
7. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2004г.
8. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2003г.

9. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2002г.
10. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2001г.
11. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 1999г.

SURGICAL ASPECTS OF PERFORMANCE PANCREATOGASTRODUODENAL RESECTION

Kharchenko V. P., Kharchenko N.V., Kunda M.A., Zapirov M.M., Eltishev N.A., Tazin V.N., Asmaryan H.G.

Peoples' Friendship University of Russia The Faculty of Medicine Department: Oncology and Raontgenoradiology

Keywords: pancreatobiliary cancer, pancreaticoenteroanastomosis, stump of the pancreas

Abstract: For today radical surgical interventions at pancreatobiliary cancer are carried out only at 10-12 % of patients. The basic complications of a functional condition of the stump of the pancreas after its resection are connected with development of a traumatic pancreatitis and lacks of surgical technics of formation pancreaticoenteroanastomosis. Working out of techniques warning insufficiency development pancreaticoenteroanastomosis and functions of the rest of a pancreas in the early and remote postoperative period was the purpose of the present research. We had been developed and improved the techniques allowing as much as possible to reduce traumatic influence on a fabric of a pancreas at its crossing, and also the formation technique pancreaticoenteroanastomosis has been offered.