

протока и впадение его в гепатикохоледох. Схематично это выглядело следующим образом (рис. 2).



Рис. 2. Аномальное впадение пузырного протока в гепатикохоледох

Закключение

Лапароскопическая холецистэктомия, как и любая другая хирургическая операция,

может сопровождаться различными осложнениями на всех этапах вмешательства. Как правило, они возникают на этапе самого оперативного вмешательства, но проявляются чаще в послеоперационном периоде, хотя причина их кроется в ошибках, допущенных при выполнении самого вмешательства. Знание хирургом возможных осложнений, их прогнозирование и профилактика позволят оградить пациента от повторных оперативных вмешательств.

Получено 15. II. Об.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балалыкин А.С. Классификация, принципы профилактики, диагностики и тактики лечения осложнений лапароскопических холецистэктомии / А.С. Балалыкин, Б.В. Крапивин, А.Н. Алимов // 4-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии: сб. тезисов / Под ред. Ю.И. Галлингера. - М., 2000. - С. 2.
2. Блувштейн Г.А. К вопросу классификации неблагоприятных ситуаций, сопровождающих лапароскопическую холецистэктомию / Г.А. Блувштейн, С.В. Вертянкин, В.А. Якубенко // Эндоскопическая хирургия. - 1999. - №1. - С. 10-11.
3. Давыдов А.А. Электротермические повреждения при лапароскопической холецистэктомии / А.А. Давыдов, Б.В. Крапивин, В.Ф. Скляр // Осложнения эндоскопической хирургии: сб. тезисов Рос. симпозиума. - М., 1996. - С. 55-56.
4. Кригер А.Г. Внутривнутрибрюшное кровотечение после холецистэктомии / А.Г. Кригер, В.А. Горский, Б.К. Шуркалин // Хирургия. - 2001. - №11. - С. 44-46.
5. Штих Р. Ошибки и опасности при хирургических операциях / Р.Штих, М. Маккас. - Л.: Практическая медицина, 1928. - 34с.

УДК: 616.37-031-006-089.168.1

© И.З. Салимгареев, М.А. Нартайлаков, Н.В. Пешков, Г.Р. Баязитова, 2007

И.З. Салимгареев, М.А. Нартайлаков, Н.В. Пешков, Г.Р. Баязитова АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ

Республиканская клиническая больница им. Г. Г. Куватова,
ГОУВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа

Целью работы явилось улучшение результатов панкреатодуоденальных резекций (ПДР). Обоснованы показания к ПДР, разработан комплекс мероприятий по профилактике осложнений, изучены отдаленные результаты ПДР. Приведен опыт выполнения 33 ПДР за период с 1995 по 2005 годы. Наиболее часто ПДР выполнялась у лиц в возрасте 40-49 лет (42,4%). Радикальные операции (ПДР) были выполнены 31 (13,8%) пациенту с опухолями периампулярной зоны. Осложнения в раннем послеоперационном периоде развились у 13 (39,4%) больных. Общая летальность после ПДР составила 15,2%. В отдаленные сроки прослежена судьба 24 больных. 5-летняя выживаемость при злокачественных поражениях составляет 4,5%. ПДР при наличии показаний и технической возможности выполнения себя оправдывает.

Ключевые слова: поджелудочная железа, поджелудочной железы новообразования, панкреатит хронический, поджелудочной железы киста, панкреатодуоденэктомия, резекция панкреатодуоденальная.

I.Z. Salimgareev, M.A. Nartaylakov, N.V. Peshkov, G.R. Bayazitova THE ANALYSIS RESULTS OF PANCREATODUODENAL RESECTIONS

Purpose of the work: improvement results of pancreatoduodenal resections (PDR). The problems; motivation of the evidences to PDR, development of the complex actions on preventive maintenance of the complications, study remote results PDR. The brought experience of the execution 33 PDR during the period since 1995 on 2005 years. Most often PDR was executed at age 40-49 years (42,4%). The radical operations (PDR) were executed 31 (13,8%) patients with tumors periaampullar zones. The complications at early postoperative period developed at 13 (39,4%) sick. The general letality after PDR has formed 15,2%. At remote periods track fate 24 sick. 5-years survival under malignant defeats forms 4,5%. GPDR at presence of the evidences and technical possibility of the execution itself justify.

Key words: pancreas, pancreatic neoplasms, chronic pancreatitis, pancreatic cyst, pancreaticoduodenectomy, pancreatoduodenal resection.

Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) является радикальной операцией при опухолях панкреатодуоденальной зоны, а также при тяжелых формах хронического панкреатита (ХП) с локализацией процесса в головке поджелудочной железы (ПЖ). Летальность после оперативного вмешательства составляет, по данным разных авторов, 9-34 %, что связано как с техническими трудностями выполнения самой операции, так и с послеоперационными осложнениями [6, 7, 9].

Цель данной работы: улучшение результатов ПДР.

Задачи исследования: обоснование показаний к ПДР, разработка комплекса мероприятий по профилактике специфических послеоперационных осложнений, изучение отделенных результатов ПДР.

Материалы и методы

Проведен анализ и приведен опыт выполнения 33 ПДР за период с 1995 по 2005 годы в Республиканском центре хирургической гепатологии на базе отделения гастрохирургии Республиканской клинической больницы им. Г. Г. Куватова. Наблюдается постепенное увеличение количества выполняемых ПДР от 2 в 1995 году до 8 в 2005 году (рис. 1).

Мужчин было 20 (60,6%), женщин - 13 (39,4%). Возраст оперированных больных колебался от 35 до 74 лет, причем наиболее часто ПДР выполнялась у пациентов в возрасте 40-49 лет (42,4%). Опухоль локализовалась в головке ПЖ у 18 больных (54,5%), в большом дуоденальном сосочке (БДС) - у 10 (30,3%), в дистальном отделе общего желчного протока - у 2 (6,1%), в желудке - у 1 больного (3,0%). В 2 наблюдениях (6,1%) имел место псевдотуморозный ХП. У 22 (66,7%) больных при поступлении имелась механическая желтуха (МЖ).

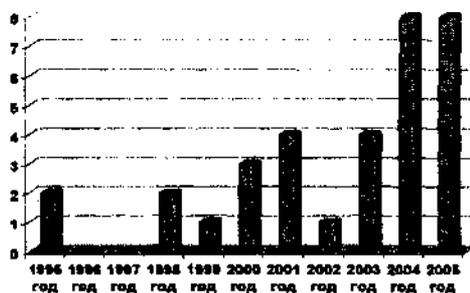


Рис. 1 Количество оперативных вмешательств по годам

Таким образом, показаниями для этой операции явились следующие заболевания: опухоли головки ПЖ, БДС, дистальной части холедоха, двенадцатиперстной кишки, ХП.

За рассматриваемый период было про-

оперировано 224 пациента с опухолями периампулярной зоны. Из них 193 (86,2%) больным были выполнены паллиативные операции. Радикальные операции ПДР были выполнены 31 (13,8%) пациенту.

В ходе проведения радикального оперативного вмешательства выявлено, что I стадия распространенности процесса была лишь у 1 (3,2%) больного, II - выявлена у 4 (12,9%), III - диагностирована уже у 21 (67,8%), IV стадия - у 5 (16,1%) больных.

Анализ гистологической структуры опухолей показал, что в 73,1 % случаев была выявлена аденокарцинома разной степени дифференцировки.

Гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР) проводится по единой методике. Выделение органокомплекса осуществляем с максимальным щажением ПЖ и покрывающей ее брюшины. Пересечение перешейка ПЖ осуществляем после мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру, вскрытия сальниковой сумки, пальпаторной и визуальной оценки панкреатодуоденального комплекса, пересечения желудка, тощей кишки, гепатикохоледоха. В этих условиях удается контролировать ход общей печеночной артерии, верхней брыжеечной и воротной вен (ниже и выше перешейка ПЖ). Проход под перешейком железы создаем с обеих сторон навстречу друг другу. Пересечение собственной связки крючковидного отростка ПЖ проводим в условиях отчетливой ориентировки в местоположении магистральных вен и верхней брыжеечной вены.

При выделении и удалении панкреатодуоденального комплекса технические трудности особенно часто возникают при обширном росте опухоли с ее распространением на верхнебрыжеечные сосуды. Данную особенность целесообразно выявлять до начала удаления панкреатодуоденального комплекса. Всякие попытки сверхрадикальных вмешательств неоправданны, так как рецидивы заболевания при них наступали в ближайшие 3-6 месяцев после операции. При доброкачественных заболеваниях выполнение ГПДР даже при значительной распространенности и спаянности патологического очага с окружающими тканями обычно технически оказывалось возможным и давало благоприятные отделенные результаты.

Трудности удаления панкреатодуоденального комплекса при ХП отчасти преодолевались оставлением ткани железы в районе магистральных сосудов и в других «опасных» зонах.

При выполнении ППДР (по поводу как рака, так и доброкачественного процесса) ПЖ пересекаем в области перешейка. Тело и хвост железы сохраняем вместе с островковым аппаратом.

При проведении реконструктивного этапа операции мы анастомозируем культю желудка с начальным отрезком тощей кишки, а для создания остальных анастомозов используем "изолированную тонкокишечную петлю. После ППДР с разобщением анастомозов значительно быстрее восстанавливаются эвакуация из желудка и возможность перорального кормления, реже встречаются послеоперационные панкреатит, холангит, недостаточность швов билиодигестивного и панкреатикоюноанастомоза.

Целесообразно отметить особенности стандартной ПДР, которые в основном определяют отсутствие в послеоперационном периоде осложнений со стороны культи ПЖ и панкреатикоюноанастомоза. Эти особенности следующие: 1) отказ от ушивания культи ПЖ наглухо или введения в панкреатический проток пломбирующих материалов; 2) максимально щадящие манипуляции на культе ПЖ; 3) отдельное вшивание панкреатического протока в стенку тощей кишки минимальным количеством швов без наружной панкреатикоюностомии. Панкреатикоюноанастомоз формируем "конец в бок", тощую кишку ближе к ее брыжеечному краю фиксируем 3-4 отдельными швами к задней стенке культи ПЖ, формируем отверстие в стенке кишки, равное по диаметру панкреатическому протоку, далее проводим 4 нити через стенки панкреатического протока, захватывающие соответствующие стенки кишки через край отверстия в кишке. После проведения последней, 4-й, нити через переднюю стенку протока и передний край отверстия в кишке сшиваемые структуры сводим и нити завязываем в той последовательности, в которой они были проведены, т.е. последней завязываем 4-ю, переднюю, лигатуру. Используется синтетический, медленно рассасывающийся шовный материал (викрил) 4/0, 5/0 на атравматичной игле. Культю ПЖ укрываем стенкой участвующей в анастомозе кишки отдельными атравматичными швами нитью 3/0. Панкреатический проток не вшиваем в кишку только в редких случаях, когда он не визуализируется без увеличительной оптики. Тогда культю ПЖ вшиваем в отверстие в стенке тощей кишки несколько большей площади и также укрываем вторым рядом отдельных швов. Малое количество швов между панкреатиче-

ским протоком и отверстием в кишке обеспечивает надежный герметизм анастомоза без нарушения его трофики, беспрепятственное поступление панкреатического секрета в кишку.

Результаты и обсуждение

Осложнения в раннем послеоперационном периоде развились у 13 (39,4%) больных, у которых наблюдались 23 осложнения. Частота послеоперационных осложнений составила 69,7%. Наиболее частыми осложнениями в послеоперационном периоде явились ранние внутрибрюшные кровотечения, которые были отмечены в 5 (15,2%) случаях; обусловлены они были неадекватным гемостазом и активно устранялись путем повторной операции. Анастомозит составил 9,1% наблюдений (3 больных); в его лечении чаще всего были эффективны консервативные мероприятия, в одном случае потребовалось повторное оперативное вмешательство. Несостоятельность швов холедохоеюноанастомоза наблюдалась у 3 (9,1%) оперированных и во всех случаях потребовала повторного оперативного вмешательства. Частота несостоятельности швов панкреатикоюноанастомоза составила 6,1% (2 случая); во всех случаях это потребовало повторной операции. Панкреонекрозом послеоперационный период осложнился у 2 (6,1%) больных, что потребовало у них повторной операции. В последние годы риск острого послеоперационного панкреатита удалось снизить благодаря использованию фармакологического ингибитора внешней секреции поджелудочной железы - сандостатина. Внутрибрюшные гнойные процессы (6,1% наблюдений - 2 случая) являются обычно результатом несостоятельности швов анастомозов или недренирующихся скопленных кровей. Они активно устранялись путем повторной операции. Послеоперационный период осложнился острой язвой желудка с поздним желудочно-кишечным кровотечением у 1 (3,0%) больного. В лечении его были эффективны консервативные мероприятия. Такие осложнения, как ранняя послеоперационная спаечная кишечная непроходимость, тромбоз мезентериальных сосудов, эвентрация, тромбоэмболия легочной артерии, обтурация пузырного протока происходили в 3,0% случаев (по 1 больному каждое).

О ПДР как операции высочайшего риска свидетельствует послеоперационная летальность. Общая летальность после ПДР составила 15,2%. Непосредственными причинами летальных исходов явились: кровотечение - у 2 пациентов, тромбоз мезентериальных

сосудов, тромбоэмболия легочной артерии, полиорганная недостаточность - по одному пациенту каждое. За анализируемый период наблюдаются снижение летальности от 50% в 1995 году до 25% в 2004 году и отсутствие летальных исходов в 2005 году (рис. 2).

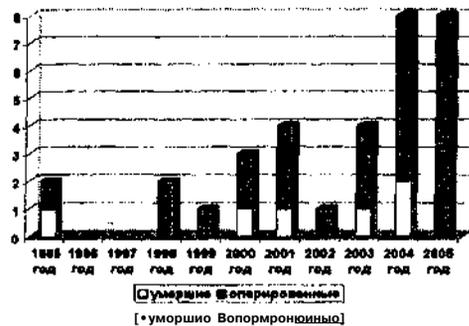


Рис. 2 Послеоперационная летальность

Можно констатировать, что непосредственные результаты ПДР в последнее время несколько улучшились. Следует отметить, что внедрение в широкую практику новых, прежде всего томографических методов обследования больных существенно облегчило диагностику опухолевых поражений билиопанкреатодуоденальной зоны. Верификация заболеваний стала происходить значительно раньше, до выраженной генерализации онкологического процесса, когда нет надежды на радикальное удаление опухолевого очага по сугубо техническим причинам. Немаловажное значение имеет и тот факт, что в настоящее время существенно расширились возможности предоперационной подготовки больных. Прежде всего, такая подготовка к операции предусматривает устранение МЖ путем наружного дренирования желчных путей. Эта манипуляция выполняется малоинвазивными чрескожными методами под ультразвуковым или рентгенологическим контролем. Наряду с этими мероприятиями проводится тщательная коррекция гомеостаза, обменных нарушений и холемической коагулопатии. В настоящее время имеется возможность уже в ходе проведения операции подавлять экскреторную функцию ПЖ введением соматостатина (сан-

достатин, октреотид). В послеоперационном периоде осуществляется опережающая интенсивная терапия, также способствующая предупреждению послеоперационного панкреатита. При первостепенной значимости качества хирургической техники снижению летальности после ПДР способствовали сокращение продолжительности операций, уменьшение кровопотери, совершенствование интенсивной терапии, а также ранняя диагностика и купирование осложнений.

В отдаленные сроки из 33 больных, перенесших ГПДР, нами прослежена судьба 24 больных (22 больных, оперированных по поводу злокачественных поражений и двух пациентов, оперированных по поводу хронического панкреатита). Выживаемость при злокачественных поражениях по годам выглядит следующим образом: одногодичная - 12 человек (54,5%), двухлетняя - 7 человек (31,8%), трехлетняя - 4 человека (18,2%), четырехлетняя - 2 человека (9,1%), пятилетняя - 1 человек (4,5%).

При ХП отдаленные результаты в обоих случаях хорошие.

Выводы

Таким образом, применение ГПДР при наличии показаний и технической возможности выполнения себя оправдывает. Данная операция должна проводиться в специализированных учреждениях, где возможны ранняя диагностика и четкая идентификация характера поражений билиопанкреатодуоденальной зоны, качественная предоперационная подготовка и опережающая интенсивная терапия во время операции и в раннем послеоперационном периоде. Хирург, проводящий ГПДР, должен владеть техникой выполнения разных видов реконструктивного этапа операции и умело применять их с учетом индивидуальных особенностей заболевания у конкретных больных.

Получено 17.11.06.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блохин Н.Н. Клиническая онкология: рук-во для врачей / Н.Н. Блохин, Б.Е. Петерсон. - М.: Медицина, 1971. - Т. 2. - 440 с.
2. Данилов М.В. Хирургия поджелудочной железы: рук-во для врачей / М.В. Данилов, В.Д. Федоров. - М.: Медицина, 1995. - 512 с.
3. Ганцев Ш.Х. Онкология: учебник. - М.: Медицинское информационное агентство, 2004. - 516 с.
4. Кубышкин В.А. Осложнения и результаты панкреатодуоденальных резекций / В.А. Кубышкин, Р. Ахмад, Т.В. Шевченко // Хирургия. - 1998. - № 2. - С. 57-60.
5. Кузин М.И. Хронический панкреатит / М.И. Кузин, М.В. Данилов, Д.Ф. Благовидов. - М.: Медицина, 1985. - 368 с.

6. Мирошников Б.И. Опыт 110 панкреатодуоденальных резекций / Б.И. Мирошников, М.М. Лабазанов, А.К. Макаревич // Вестн. хирургии. - 1997. - № 6. - С. 53-57.
7. Мирошников Б.И. Рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки / Б.И. Мирошников, ГА Белый // Вестн. хирургии. - 2002. - № 3. - С. 34-39.
8. Шалимов А.А. Хирургия поджелудочной железы. - М.: Медицина, 1964. - 228 с.
9. Хирургическая тактика при онкологических заболеваниях органов панкреатобилиарной зоны, осложненных механической желтухой/ И.В. Ярема, Ю.П. Попов, С.Ю. Филиппов, Г.Г. Смирнов // Вестн. хирургии. - 2003. - № 3. - С. 27-30.

УДК 617.55-007.274-089.168.1-06-084
© А.Г. Хасанов, И.Ф. Суфияров, Ф.А. Каюмов, 2007

А.Г. Хасанов, И.Ф. Суфияров, Ф.А. Каюмов
**СПОСОБ ПЕРИТОНИЗАЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ СПАЕК В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**
ГОУВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа

*Разработаны способы хирургической профилактики послеоперационных спаек в брюшной полости. На основании экспериментальных работ на 15 животных обосновано применение методов перитонизации участков тонкой кишки трансплантатом из собственной висцеральной брюшины. По данным методик оперированы 6 пациентов в возрасте от 25 до 55 лет. При наблюдении в сроки от 6 месяцев до 2-х лет после операции признаков рецидива послеоперационных брюшинных спаек не выявило, что подтверждается инструментальными методами исследования. **

Ключевые слова: послеоперационные спайки, профилактика, перитонизация кишки, человек, кошки.

A.G. Hasanov, I.F. Sufiyarov, F.A. Kajumov
**METHOD OF PERITONISATION OF SMALL INTESTINE FOR PREVENTION
OF POST-OPERATIVE ADHESION FORMATION IN ABDOMINAL SURGERY**

An original method of the surgical treatment of patients with post-operative adhesion formation was developed. Based on experimental studies on 15 cats the usage of methods of peritonisation of portions of intestine by transplant of self visceral peritoneum was worked out. Six patients aged 25 to 55 years underwent surgery according to this method. Objective methods of examination carried out 6 month to 2 years after surgery demonstrate lack the recurrence of peritoneal adhesions.

Key words: post-operative adhesion, prevention, peritonisation intestine, man, cats.

Одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии продолжают оставаться хирургическое лечение и профилактика острой спаечной кишечной непроходимости. Оперативное вмешательство, травма, воспаление брюшины приводят к образованию послеоперационного спаечного процесса в брюшной полости. По данным отечественных и зарубежных ученых [1, 4, 6, 7], спаечный процесс в брюшной полости развивается у 67-93% пациентов после одной абдоминальной операции. Существует прямая зависимость обширности спаечного процесса от степени травматизации серозного покрова кишечника и выраженности воспаления. В настоящее время сложилась парадоксальная ситуация, когда полостная операция является одновременно и основной причиной спаечной болезни и основным методом лечения данной патологии. Поэтому профилактика образования послеоперационных спаек остается наиболее сложным разделом абдоминальной хирургии. Для улучшения результатов лечения и профилактики спаечной болезни, по мнению большинства ученых [2, 3, 4, 5], необходимы, пре-

жде всего, разработка, внедрение и усовершенствование методик малотравматичных вмешательств и лекарственных средств, направленных на предупреждение развития послеоперационных спаек.

Одной из современных тенденций профилактики развития послеоперационных спаек является применение различных барьерных методов защиты поврежденного серозного покрова кишки [1,6].

Целью настоящей работы явилось определение возможности использования брюшины брыжейки кишки с целью перитонизации десерозированного участка тонкой кишки и влияния его на уровень развития послеоперационного спаечного процесса. Создание противоспаечного барьера достигается за счет погружения десерозированной поверхности кишки в участок висцеральной брюшины в области брыжейки, прилежащей к поврежденному участку кишки. На применяемые методики получены патенты на изобретение РФ № 2275865 от 10 мая 2006 г. и № 2286722 от 10 ноября 2006 г.