

2. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. – М., 1991.
3. Булгакова А.И. // Новое в стоматологии. – 2001. – № 10. – С. 90–93.
4. Быков В.Л. // Морфология. – 1996. – № 6. – С. 14–24.
5. Данилевский Н.Ф., Борисенко А.В. Заболевания пародонта. – К., 2000.
6. Иванов В.С. Заболевания пародонта. – 3-е изд. – М., 1998.
7. Клиническая оценка лабораторных тестов/ Пер. с англ. – М., 1986.
8. Левин М.Я., Орехова Л.Ю., Антонова И.Н. и др. // Пародонтология. – 1999. – №2. – С. 10–13.
9. Маянский А.Н., Воробьева О.Н., Малышева Э.Ф., Малышев Ю.В. // Журн. микробиол., эпидемиол. и иммунологии. – 1987. – № 2. – С. 18–20.
10. Маянский А.Н., Пичугина Л.П., Малышева Э.Ф., Червова Р.А. // Нижегородский мед. журнал. – 1991. – № 3. – С. 20–22.

11. Dyogeeon M., Laver M., Rize J., Bach J.F. // J. Immunol. Methods. – 1977. Vol. 16. – P. 165–183.

12. Manchini G., Garbonera A.O., Hereman J.F. // Immunochemistry. – 1965. – Vol. 2. – P. 234–254.

Поступила 30.03.07.

COLONIC RESISTANCE AND HUMORAL DEFENCE FACTORS OF ORAL MUCOSA IN PATIENTS WITH CHRONIC PARADONTOSIS

Yu.V. Fazylova, V.Yu. Khitrov, F.Kh. Zakirov

S u m m a r y

Colonic resistance and adhesive activity of secretory opsonin were studied in patients with chronic paradontosis. Results demonstrated the informatic value opsonophagocytic defense mechanisms showing severity and dissemination of inflammatory process in parodont.

УДК 616.37 – 002.2 + 616.37 – 006.31] – 089.8

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА И КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М.А. Нартайлаков, Н.В. Пешков, Н.А. Мурманский, И.З. Салимгареев,
И.И. Галимов, Г.Р. Баязитова

Кафедра общей хирургии (зав. – проф. М.А. Нартайлаков) Башкирского государственного
медицинского университета, Республиканская клиническая больница
(главрач – доц. З.Я. Муртазин), г. Уфа

Хронический панкреатит (ХП) – полиэтиологическое заболевание, многогранное по характеру проявлений, особенностям клинического течения, осложнениям, методам лечения и его отдаленным результатам. Особенностью течения этой болезни является прогрессирующая фиброзно-дегенеративная трансформация ацинарной ткани и стромы органа, приводящая к их соединительнотканному замещению [1, 3]. Осложненные формы ХП остаются одной из актуальных проблем хирургической гастроэнтерологии [2]. Высокая послеоперационная летальность до 20,6%, значительная частота послеоперационных осложнений до 42,9% оставляют оперативные вмешательства на поджелудочной железе (ПЖ) одними из самых сложных в абдоминальной хирургии [1, 2].

Нами проанализирован опыт хирургического лечения 193 больных осложненным ХП за период с 1995 по 2005 г., которым было выполнено 220 оперативных вмешательств. Наблюдалось постепенное увеличение количества оперативных вмешательств на ПЖ при ХП от 12 в 1995 г. до 24 в 2005 г. Из 193 больных 32 (16,6%)

пациента ранее были прооперированы в других лечебных учреждениях по поводу осложнений ХП, острого панкреатита и травм ПЖ. Мужчин было 139 (72,0%), женщин – 54 (28,0%). Возраст оперированных варьировал от 18 до 73 лет. Наиболее часто осложненный панкреатит выявлялся в возрасте 40–49 лет (34,6%).

Непосредственными показаниями к операции были следующие осложнения ХП: кисты – у 146 (53,5%) больных, механическая желтуха – у 39 (14,3%), нарушение проходимости протока поджелудочной железы – у 35 (12,8%), вирусноглистоз – у 15 (5,5%), гнойные осложнения – у 12 (4,4%), кальциноз – у 9 (3,3%), хроническая дуоденальная непроходимость – у 9 (3,3%), наружный свищ – у 6 (2,2%), внутренний свищ – у 2 (0,7%). При этом одно осложнение наблюдали у 174 больных, два – у 39, три – у 7. Сочетание двух и более осложнений было у 46 (16,8%) больных.

Анализ причин возникновения клинических проявлений позволял выявлять изменения ПЖ, на основании которых нами установлены абсолютные и относительные

показания к оперативному вмешательству. К абсолютным показаниям мы относим следующие осложнения ХП – кисту, свищ, механическую желтуху, калькулез или кальциноз ПЖ, нарушение проходимости желудочно-кишечного тракта, гнойные осложнения, невозможность исключения злокачественного процесса ПЖ, к относительным – дилатацию протоков ПЖ, болевой синдром, безуспешность предыдущего вмешательства на ПЖ. В зависимости от вида осложнения и характера поражения смежных органов осуществляется строго индивидуальная хирургическая коррекция патологических изменений [2] (табл. 1).

За 10 лет нами выполнена 31 (14,1%) продольная панкреатоеюностомия по Puestow на выключенной по Ру петле тощей кишки. Показанием к этой операции мы считаем нарушение проходимости протока ПЖ с расширением его более 6 мм. Продольное рассечение протока производим от 3 см до полного рассечения на всем протяжении ПЖ или осуществляем его широкое клиновидное иссечение и используем для соустья участок тощей кишки, выключенной из пассажа пищи по Ру. При этом мы рассекаем связку Трейца, т. е. выполняем операцию Стронга.

Операции внутреннего дренирования кист ПЖ мы производим преимущественно путем формирования широкого соустья кисты с тощей кишкой на выключенной петле по Ру (41 операция – 18,7%) или по Брауну (4 операции – 1,8%) в нижнем полюсе кисты. При широком интимном прилегании стенки кисты с желудком и двенадцатиперстной кишкой или в тех случаях, когда формирование соустья с тощей кишкой невозможно, мы прибегаем к панкреатоцистогастротомии (39 операций – 17,7%) и панкреатоцистодуоденостомии (6 операций – 2,7%). При наличии стойкого панкреатического свища, сохранении дренирующей функции панкреатического протока мы выполнили 2 (0,9%) панкреатофистулоеюностомии на выключенной по Ру петле тощей кишки и 2 (0,9%) панкреатофистулогастротомии.

Проксимальные резекции ПЖ при ХП сделаны в 0,9% (у 2) случаев всех операций. Показаниями к панкреатодуоденальной резекции (ПДР) служили преимущественное поражение головки ПЖ, когда невозможно полностью исключить злокачественное поражение, механическая желтуха в сочетании с нарушением дуоденальной проходимости, мелкокистозная транс-

формация головки ПЖ. В клинике при ХП была применена ПДР путем наложения панкреатоеюноанастомоза на выключенной по Ру петле тощей кишки с анастомозированием желчного протока "конец в бок" и культи желудка "конец в конец" с оральным концом тощей кишки.

Изолированную цистэктомию нам удалось выполнить у 9 (4,1%) пациентов при ретенционных, а также ложных экстрапанкреатических кистах небольшого размера, которые были связаны с ПЖ узкой ножкой, не содержащей панкреатических протоков, и в случае редко встречающихся паразитарных кист.

При выраженном фиброзе паренхимы железы, стойких наружных панкреатических свищах, исходящих из тела и хвоста железы, на фоне рубцово-перерожденной паренхимы органа, а также при осложненных рецидивных и множественных кистах ПЖ мы производили дистальные резекции ПЖ – 18 (8,2%) операций. Из них 12 (66,7%) операций выполнены по поводу кист ПЖ. При дистальном расположении свища и невозможности формирования анастомоза мы резизируем дистальный сегмент железы, несущий свищ, – 2 операции (11,1% дистальных резекций ПЖ).

К наружному дренированию кист (32 операции – 14,5%) мы прибегали лишь у больных с нагноившимися кистами при несформированных их стенках и полной уверенности в неопухолевом характере кист, отсутствии сообщения их полостей и главным панкреатическим протоком. Для успешного исхода наружного дренирования кист важно адекватное и надежное дренирование с применением двухпросветных дренажей.

Сложность патогенеза осложненного ХП, наличие различных заболеваний и осложнений со стороны смежных органов в 21,8% наблюдений обуславливали необходимость сочетанных оперативных вмешательств, прежде всего на желчных путях. При механической желтухе, стриктуре дистального отдела холедоха при ХП мы производим операции внутреннего дренирования желчевыводящих путей (37 операций – 16,8%). Из них 18 операций сочетали с внутренним дренированием панкреатического протока. Из 37 операций внутреннего дренирования желчевыводящих путей холедоходуоденостомии составили 51,4%, холецистоеюностомии – 43,2%, холедохоеюностомии – 5,4%. Оптимальным методом коррекции желчеоттока являлось формирование анастомозов с холедохом.

Таблица 1

Виды оперативных вмешательств при хроническом панкреатите и его осложнениях за 1995–2004 гг.

Вмешательства	Количество операций, абс. / %
Резекция поджелудочной железы:	
дистальная	18 / 8,2
гастропанкреатодуоденальная	2 / 0,9
изолированное иссечение кист	9 / 4,1
Внутреннее дренирование:	
продольная панкреатоеюностомия	31 / 14,1
панкреатикогастростомия	1 / 0,5
панкреатоцистоеюностомия	45 / 20,5
панкреатоцистогастростомия	39 / 17,7
панкреатоцистодуоденостомия	6 / 2,7
панкреатофистулоюностомия	2 / 0,9
панкреатофистулогастростомия	2 (0,9 %)
Наружное дренирование кист	32 / 14,5
Закрытые операции под контролем УЗИ	7 / 3,2
Операции на смежных органах	26 / 11,8
Всего	220

Патогенетическая связь ХП и органической хронической дуоденальной непроходимости диктует необходимость не только вмешательства на протоковой системе и паренхиме ПЖ, но и коррекции моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки. У одного пациента по этому поводу была выполнена резекция желудка по Бильрот II, у 3 (1,4%) – наложение обходного гастроэнтероанастомоза, у одного из них в последующем – ПДР.

Одним из важных вопросов хирургии ПЖ является профилактика послеоперационных осложнений. Нами соблюдается комплекс мер хирургической профилактики послеоперационных осложнений, включающий щадящее манипулирование тканями ПЖ, тщательное удаление явно нежизнеспособных тканей, предотвращение ишемии в остающихся после резекции частях железы, создание анастомозов таким образом, чтобы герметичность швов не достигалась в ущерб кровоснабжению, рациональное дренирование брюшной полости, ложа ПЖ и забрюшинного пространства, желчной и панкреатической протоковой систем, предупреждение застоя желудочного и кишечного содержимого, а также панкреатического сока, отказ от применения механического шва при обработке культи ПЖ после ее резекции. Использование в клинике аналогов соматостатина позволило значительно снизить количество послеоперационных осложнений.

Благодаря соблюдению этих мер частота послеоперационных осложнений, по-

требовавших повторных оперативных вмешательств в раннем послеоперационном периоде, составившая за этот период в среднем 5,5%, снизилась с 8,3% в 1995 г. до 4,2% в 2005 г. Наибольшее количество осложнений, потребовавших повторных вмешательств, наблюдалось при холедохоеюностомии – 1 (50% всех холедохоеюностомий) и холедоходуоденостомии – 3 (18,8%). Меньше осложнений было при панкреатоеюностомии – 2 (6,5%), наружном дренировании кисты – 2 (6,3%), дистальной резекции – 1 (5,6%), панкреатоцистоеюностомии – 2 (4,4%). Осложнениями, потребовавшими повторных оперативных вмешательств, явились кишечная непроходимость, кровотечения, несостоятельность швов холедоходуоденоанастомозов, абсцессы брюшной полости, острый деструктивный холецистит. Летальность за этот период составила 2,3%. Наибольшей она была при холедохоеюностомии – 1 (50%), дистальной резекции ПЖ – 2 (11,1%), ниже при холедоходуоденостомии – 1 (6,3%), наружном дренировании кисты ПЖ – 1 (3,1%).

Отдаленные результаты лечения оценивали у 162 (83,9%) пациентов путем сбора анкетных сведений, осмотра в поликлинике и в стационаре и обследования больных в сроки от одного года до 11 лет после операции. Выявляли жалобы, характер питания, соблюдение диеты, динамику массы тела, трудоспособность. Проводили общеклинические лабораторные, а также специальные исследования. Отдаленные результаты были признаны хорошими у 113 (69,8 %) пациентов, удовлетворительными – у 33 (20,4 %), неудовлетворительными – у 16 (9,8 %). Хорошими считали результаты при полном клиническом выздоровлении пациентов, отсутствии обострений панкреатита (даже при несоблюдении диеты и отказе от приема ферментов поджелудочной железы), снижения массы тела, рецидивов или появления новых осложнений ХП при полной трудоспособности пациента. Как удовлетворительные результаты оценивали при периодических обострениях панкреатита, наличии жалоб на тяжесть, редкие умеренные боли в животе, редкие диспептические расстройства (при соблюдении диеты и регулярном приеме ферментов поджелудочной железы), при снижении массы тела до 10%, отсутствии рецидивов, снижении трудоспособности. Плохими признавались резуль-

Таблица 2

Отдаленные результаты оперативных вмешательств при хроническом панкреатите и его осложнениях за 1995–2004 гг.

Исследуемые вещества	Число больных	Результаты (абс./%)		
		хорошие	удовлетворительные	плохие
Резекция поджелудочной железы:				
дистальная	15	12/80	3 /20	
гастропанкреатодуоденальная	2	2 /100		
изолированное удаление кист	5	4/80		1 /20
Внутреннее дренирование				
продольная панкреатоеюностомия	25	19/76	5 / 20	1/4
панкреатикостоеюностомия	2	1 /50	1 / 50	
панкреатостоеюностомия на				
выключенной по Ру петле	32	25 /78,1	5 /15,6	2/6,3
панкреатостоеюностомия с Брау-				
новским соустьем	3	2 /66,7		1/33,3
панкреатостигастростомия	32	22 /68,75	6/18,75	4/12,5
панкреатостигастродуоденостомия	5	3 /60	1/20	1/20
панкреатофистулоюностомия	1	1 /100		
панкреатофистулогастростомия	1		1/100	
панкреатикогастростомия	1		1/100	
Наружное дренирование кист	13	7 /53,8	3 /23,1	3 /23,1
Закрытые операции под контролем				
УЗИ	5	4 /80		1 /20
Операции на смежных органах				
холедоходуоденостомия	6	5 /83,3	1/16,7	
холедохоеюностомия	1		1 /100	
холецистоеюностомия	7	5/71,4	1 /14,3	1 /14,3
гастроэнтеростомия	2		1 /50	1 /50
резекция желудка по Б П	1		1 /100	
операция Стронга и невротомия	3	1 /33,3	2 /66,7	
Всего	162	113/69,8	33 /20,4	16 /9,8

таты при жалобах на постоянные боли в животе, диспептические расстройства, снижение массы тела более чем на 10%, при рецидивах или появлении новых осложнений панкреатита, подтвержденных данными лабораторных и инструментальных методов обследования, инвалидности, смерти от основного заболевания или от его осложнений.

Отдаленные результаты были несколько лучше после радикальных оперативных вмешательств (100% хороших результатов при ПДР, 80% – при дистальной резекции, 80% – при изолированном удалении панкреатических кист), чем после операций внутреннего дренирования (76% хороших результатов при панкреатоеюностомии, 78,1% – при панкреатостоеюностомии на выключенной по Ру петле). В случаях внутреннего дренирования кист ПЖ лучшие результаты наблюдались при анастомозировании кисты с выключенной по Ру петлей тощей кишки (78,1% хороших результатов), чем с желудком (68,75%) или с двенадцатиперстной кишкой (60%). При

наружном дренировании хорошие результаты наблюдались в 53,8% случаев (табл. 2).

Повторные операции в отдаленном периоде (11,8 %) были выполнены у 26 пациентов: после наружного дренирования – у 6 (18,8% всех операций наружного дренирования), панкреатостигастростомии – у 6 (15,4%), панкреатостоеюностомии – у 4 (8,9%), гастростоеюностомии – у 3 (9,7%), гастроэнтеростомии – у 3 (100%), закрытых оперативных вмешательств под контролем УЗИ – у 2 (28,6%), дистальной резекции – у 1 (5,6%), холецистоеюностомии – у 1 (6,3%).

ВЫВОДЫ

1. Послеоперационные осложнения чаще наблюдаются при операциях на смежных органах, чем после дренирующих операций и резекций поджелудочной железы.

2. Летальность при резекциях поджелудочной железы выше, чем после дренирующих операций.

3. Отдаленные результаты после резекций поджелудочной железы лучше, чем после операций внутреннего дренирования и гораздо лучше, чем после операций наружного дренирования;

4. Отдаленные результаты лучше при операциях внутреннего дренирования кист поджелудочной железы с выключенной по Ру петель тощей кишки, чем с желудком или с двенадцатиперстной кишкой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы: Руководство для врачей. – М., 1995.
2. Кадошук Т.А. // Хирургия. – 1991. – № 2. – С. 98–104.
3. Скипенко О.Г., Воскресенский О.В., Мовчун А.А., Шатверян Г.А. // Вестн. РАМН. – 1997. – № 9. – С. 17–21.

Поступила 21.09.06.

SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC PANCREATITIS AND PANCREATIC CYSTS

M.A.Nartailakov, N.V.Peshkov, N.A.Murmanskii,
I.Z.Salimgareev, I.I.Galimov, G.R. Bayazitova

S u m m a r y

The results of the surgical treatment of 193 patients with complicated chronic pancreatitis in 1995–2005 were analysed. The frequency of postoperative complications came down from 8.3% in 1995 to 4.2% in 2005. It was found that postoperative complications more often happened after operations on adjacent organs, than after draining operations and resections of the pancreas. The mortality after resections of the pancreas was higher than after draining operations. The remote results after resections of the pancreas were better than after internal draining operations and much better than after externally draining operations.

УДК 616.712 — 7.24 – 089.8

КОМБИНИРОВАННАЯ РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ТОРАКОПЛАСТИКА ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

А.Ф. Краснов, В.Н. Степнов, Д.Г. Чернышов

*Кафедра травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии (зав. – акад. РАМН,
проф. Г.П. Котельников) Самарского государственного медицинского университета,
городская больница №6 (главрач – канд. мед. наук А.Д. Улунов), г. Самара*

Со времени выполнения А. Tietze в 1899 г. первой операции у больного с воронкообразной деформацией грудной клетки (ВДГК) до настоящего времени предложено более 100 способов мобилизации и фиксации грудино-рёберного комплекса (ГРК) [1, 2]. Большие экономические потери, связанные с проблемой ВДГК, складываются из высоких затрат на лечение, производственного ущерба в результате болезни, выплата в связи с инвалидностью и обусловлены отсутствием единой тактики лечения больных, страдающих данной патологией [1].

Среди методов хирургической коррекции, направленных на устранение деформации грудной клетки, реконструктивная торакопластика является преимущественным хирургическим вмешательством [1, 2, 5]. Тем не менее при использовании оперативного лечения у больных с ВДГК возникает значительное количество неудовлетворительных результатов – от 13 до 40% [3, 6]. Большое их число и осложнения после хирургической коррекции деформации грудной клетки позволяют считать эту

патологию одной из наиболее сложных проблем ортопедии [1, 5].

Целью нашего исследования были разработка и внедрение способа комбинированной реконструктивной торакопластики в систему комплексного восстановительного лечения у больных с воронкообразной деформацией грудной клетки.

Настоящее сообщение основано на опыте лечения 81 больного с ВДГК, прооперированных с 1976 по 2006 г. Для каждого пациента составлялся индивидуальный план обследования, который включал клиническое обследование, рентгенологическую диагностику, электрокардиографию, оценку функции дыхания (спирографию), биохимический анализ крови, эхокардиографическое исследование функции сердца, компьютерную томографию (КТ).

К оперативному вмешательству больных готовили с учётом степени и вида деформации, стадии болезни. Показаниями к хирургическому лечению у больных с ВДГК были стадия субкомпенсации начинающаяся со II степени, показатель СТИ по данным КТ > 3,2, показатель ИГ по профиль-