

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Авдонин С.Н., Рыжов В.В., Тамойкин А.В., Авдонина Ю.Д.

*ФГУЗ МСЧ ГУВД по Нижегородской области,
Нижний Новгород, Россия*

Несмотря на широкое распространение высоких технологий в медицине, существует группа больных, для которых они практически недоступны. Это касается ведомственной медицины. Сотрудники ГУВД не имеют полисов обязательного медицинского страхования, а уровень доходов не позволяет оплачивать медицинские услуги. В этой ситуации актуальными остаются традиционные методы хирургического лечения.

С 2003 по 2010 гг. нами проведено хирургическое лечение 72 больных неопухолевыми заболеваниями поджелудочной железы. Поводом для хирургических вмешательств послужили посттравматические кисты поджелудочной железы у 28 больных. Сроки выполнения оперативного лечения кист составляли от 3-х месяцев с момента формирования при отсутствии признаков инфицирования. Всем больным было выполнено наложение цистодигестивных анастомозов. Вариант формирования анастомоза определялся анатомическим расположением кист. При наличии интимного спаяния капсулы кист со стенкой желудка или 12-перстной кишки мы предпочитали формирование цистогastro- и цистодуоденоанастомозов,

что позволяло избежать излишней травматизации поджелудочной железы при ее выделении, а также за счет развития рубцово-спаечного процесса являлось дополнительной профилактикой несостоятельности швов. Так цистогастротомия выполнена у 18 больных, у 4-х цистодуоденотомия, в остальных 16 случаях цистоеюностомия. От резекции хвостовой части железы мы отказались в целях профилактики развития сахарного диабета, учитывая молодой возраст больных и необходимость дальнейшего несения службы.

Хирургическое лечение по поводу хронического панкреатита с признаками протоковой гипертензии выполнено 24 больным, из них в 18 случаях отмечена дилатация протока и в 6 калькулезный панкреатит.

Основным вариантом хирургического пособия была продольная панкреатико-еюностомия на петле по Брауну у 20 и по Ру у 4-х пациентов.

10 человек были оперированы по поводу наружных панкреатических свищей (у 4-х – после травматических повреждений и у 6 – в результате панкреанекроза).

В 6 случаях выполнена панкреатико-еюностомия, у 4-х больных фистуло-еюностомия в связи с проблемами выделения железы на фоне грубого рубцового процесса.

В ближайшем послеоперационном периоде гнойных осложнений и летальных исходов не наблюдали.

В отдаленном периоде у двух больных после цистогастротомии отмечены рецидивы формирования кист в зоне поджелудочной железы.

МИНИМАЛЬНОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Акуленко С.В., Малов А.А., Овчинников В.А.,
Парахоняк Н.В., Захаров А.Г.**

*Клиника общей хирургии им. А.И. Кожевникова
ГУЗ НОКБ им. Н.А. Семашко, Нижний Новгород, Россия*

Цель – выбор оптимального способа хирургического лечения постнекротических псевдокист поджелудочной железы.

Материал и методы. За период с 2003 г. по 2009 г. было выполнено 27 чрезгастральных и 2 чрестонкишечных наружных катетерных дренирований псевдокист поджелудочной железы с последующим созданием соустьев между кистой и желудком или тонкой кишкой по щадящей методике. Среди них было 25 пациентов с формирующимися и 4 пациента с хроническими псевдокистами. Толщина стенок кист не превышала 4 мм, эластичность их была сохранена, при опорожнении полости кист спадались.

Внутреннее дренирование (эндопротезирование) постнекротических псевдокист ПЖ под контролем УЗИ, РГТВ, ФГДС осуществлено нами 10 пациентам. Показанием к его применению служило наличие хронической, упорно рецидивирующей постнекротической псевдокисты поджелудочной железы больших размеров при отсутствии эффективности других малоинвазивных методов лечения.

Результатом чрезгастрального (чрестонкишечного) наружного катетерного дренирования псевдокист поджелудочной железы с последующим формированием панкреатоцистодигестивного анастомоза на мигрирующем катетере в нашем исследовании явилось полное клиническое выздоровление всех пациентов. В 26 случаях по данным УЗИ и РКТ зарегистрировано исчезновение полости кисты с отсутствием рецидива в течение 2-х месяцев. В 3 случаях отмечалось значительное уменьшение и стабилизация размеров кисты с отсутствием каких-либо клинических проявлений в течение трех месяцев. Осложнений, связанных с проведением катетера через просвет полого органа, не наблюдалось.

В результате выполнения внутреннего дренирования (эндопротезирования) псевдокист было отмечено полное клиническое выздоровление всех пациентов с облитерацией или уменьшением полостей кист, определяемых при УЗИ и РКТ, отсутствием жалоб и симптомов, характерных для псевдокист.

Выводы. Наружное чрескожное чрезгастральное катетерное дренирование псевдокист поджелудочной железы несложно в техническом исполнении, практически не вызывает осложнений, позволяет осуществлять постоянный контроль за эвакуацией и составом содержимого кисты, обеспечивает адекватную декомпрессию и санацию дренируемой полости, сохраняет доступ для рентгеноконтрастного исследо-

вания, способствует формированию цистогастрального соустья, дает возможность для дальнейшего расширения объема вмешательства (до эндопротезирования или формирования ПЦДА на катетере).

При строгом соблюдении показаний к выполнению вмешательства и соответствующем отборе пациентов, а также при условии безупречной техники оперирования с применением всех необходимых инструментов и методов визуализации, внутреннее дренирование псевдокист поджелудочной железы с использованием эндопротезов типа «двойной pig tail» является наиболее эффективным малоинвазивным методом их лечения, значительно сокращая при этом сроки выздоровления.

ОПЫТ 125 ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫХ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННЫХ ФОРМАХ ПЕРИАМПУЛЯРНОГО РАКА С ОТСУТСТВИЕМ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ

*Восканян С.Э., Котенко К.В., Трофименко Ю.Г.,
Артемов А.И., Забежинский Д.А.*

ФГУ «Федеральный медицинский биофизический центр
им. А.И. Бурназяна ФМБА России», Москва, Россия

Цель – изучить непосредственные результаты радикального хирургического лечения локализованного периампулярного рака (ПАР) на основании последовательного собственного опыта панкреатодуоденальных резекций (ПДР).

Материал и методы. В исследовании проанализированы результаты 125 последовательно выполненных ПДР при локализованных формах ПАР в период с 2002 по 2010 гг. У 82 больных (65,6%) имел место рак головки поджелудочной железы (РГПЖ), у 32 (25,6%) – рак большого дуоденального сосочка, 7 (5,6%) – рак терминального отдела холедоха, 4 (3,2%) – рак двенадцатиперстной кишки. Возраст больных варьировал от 37 до 89 лет. У всех больных ПДР дополнялась лимфаденэктомией различной объема, причем у 64 больных РГПЖ – расширенной юкста-регионарной лимфаденэктомией с удалением 9, 10, 11, 12, 14, 15 и в ряде случаев 16 групп лимфоузлов, а также чревно-мезентериальной нейродиссекцией. У 94 больных (75,2%) выполнена пилоросохраняющая ПДР, у 31 (24,8%) – гастропанкреатодуоденальная резекция. Формирование анастомоза с культей поджелудочной железы (ПЖ) осуществлено у 116 больных (92,8%), при этом панкреатоэнтероанастомоз сформирован у 80,2% из них, в остальных случаях применен панкреатикогастроанастомоз. Использовались только методики формирования анастомозов с изолированным вшиванием вирсунгова протока, при

этом предпочтение отдавали конце-петлевому панкреатоэнтероанастомозу, который был применен у 87 больных (69,6%). У 6 больных произведено полное наружное дренирование вирсунгова протока культя ПЖ (панкреатикостомия). У 2 больных в связи с отсутствием главного панкреатического протока культя ПЖ выполнено ее глухое ушивание на временном дренаже. У 1 больной отмечена полная агенезия тела и хвоста ПЖ. Реконструкция желудочно-кишечного тракта всегда осуществлялась на одной петле с использованием исключительно технологий прецизионного однорядного шва.

Результаты. Средняя длительность операции составила $318,4 \pm 26,3$ мин., средняя интраоперационная кровопотеря – $434,8 \pm 52,5$ мл. Случаев госпитальной летальности не отмечено. Общая частота послеоперационных осложнений составила 38,4%. Среди осложнений преобладали послеоперационный гастростаз, секреторная диарея, внутрибрюшные неинфицированные и инфицированные жидкостные скопления, послеоперационный панкреатит, плевропульмональные осложнения. Несостоятельности анастомозов не отмечено. Релапаротомии выполнены у 3 больных (2,4%): у двух в связи с внутрибрюшным кровотечением и у 1 по поводу подтекания желчи из холедохэнтероанастомоза на 1-е сутки послеоперационного периода с развитием желчного перитонита, что потребовало реконструкции анастомоза. Средний послеоперационный койко-день составил $16,8 \pm 2,1$ сут.

Заключение. Использование современных безопасных технологий формирования анастомозов и эффективных методик профилактики осложнений позволило добиться отсутствия госпитальной летальности, минимизировать частоту послеоперационных осложнений и достигнуть хороших и отличных непосредственных результатов радикального хирургического лечения больных ПАР.