

ности их изменения. Обнаружено незначительное повышение уровня иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG и его существенное увеличение при воспалительных осложнениях. Что свидетельствует о выраженном нарушении гуморального иммунитета и отражает наличие острого воспалительного процесса.

Местное назначение «Бализ» в виде орошений, аппликаций вызвало клиническое улучшение, а также улучшение в иммунограмме. После проведенного лечения достоверно увеличивалось количество Т-лимфоцитов до $CD_3 = 58 \pm 7,35 \%$, а также CD_4 клеток до $43,2 \pm 9,9 \%$. Однако сохранялся дисбаланс хелперов и супрессоров в сторону повышения супрессорной активности. Количество В-лимфоцитов также повышалось ($CD_{22} = 34,3 \pm 10,1 \%$).

ВЫВОДЫ

Препарат «Бализ» обладает иммуномодулирующим и иммунокорригирующим эффектом в лечении острых бактериальных вагинитов.

А.В. Чернышев

ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДИКИ ИНВАГИНАЦИОННО-КЛАПАННОГО ПАНКРЕАТОЕЮНОАНАСТОМОЗА

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)

Цель исследования: изучение ближайших результатов хирургического лечения больных после различных вариантов оперативного лечения поджелудочной железы (ПЖ) с использованием методики инвагинационно-клапанного панкреатоеюноанастомоза, цистоеюноанастомоза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В работе проведен анализ оперативного лечения поджелудочной железы (ПЖ) с использованием методики инвагинационно-клапанного панкреатоеюноанастомоза, цистоеюноанастомоза. Показаниями послужили: рак головки поджелудочной железы — 22, цистаденома головки ПЖ — 4, рак большого дуоденального сосочка — 6, хронический панкреатит с преимущественным поражением головки ПЖ — 8, калькулезный панкреатит — 4, кисты ПЖ — 4. Среди них были 32 мужчины и 16 женщин. Средний возраст пациентов составил 57,6 года (от 42 до 76 лет). 48 пациентам были выполнены оперативные вмешательства в объемах: панкреатодуоденальная резекция с сохранением привратника, поперечная резекция ПЖ, внутреннее дренирование кист ПЖ с использованием методики инвагинационно-клапанного панкреатоеюноанастомоза, цистоеюноанастомоза.

Во всех вариантах восстановительный этап операции включал: ниже связки Трейца на 10 см мобилизована и пересечена петля тонкой кишки. Дистальный конец подведен к культе поджелудочной железы позадиободно. Сформирован проксимальный инвагинационный цистоеюноанатомоз или панкреатоеюноанатомоз конец в конец (головка поджелудочной железы с тощей кишкой) 2-х рядным швом шириной 2 см. Внутренний ряд швов: проток (или стенка кисты) с подслизистой основой тощей кишки, наружный ряд швов: серозная оболочка тощей кишки с тканью поджелудочной железы. Ниже на 10 см сформирован инвагинационный клапан. Ниже на 5 см наложен межкишечный анастомоз по Ру 2-рядным швом. Дренирование брюшной полости производилось двумя силиконовыми трубками введенными в малую сальниковую сумку к области панкреатоеюноанастомоза, цистоеюноанастомоза.

Таким образом, создается панкреатоеюноанатомоз за счет инвагинации культи поджелудочной железы в слизисто-подслизистый футляр отключенной по Ру петли тощей кишки «конец в конец», а формируемый клапан обеспечивает функцию арефлюксности, не позволяя агрессивному кишечному содержимому и желчи поступать в зону анастомоза и в панкреатический проток.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Из 48 оперированных пациентов в 6 (12,5 %) случаях выявлен послеоперационный панкреатит с повышенным содержанием амилазы в отделяемом по страховочному дренажу. При этом не было клинических проявлений, фистул и поступления содержимого кишечника по дренажу.

ВЫВОДЫ

Способ инвагинационно-клапанного панкреатоеюноанастомоза обеспечивает близкое к физиологическим условиям функционирование поджелудочной железы и значительно снижает риск послеоперационного панкреатита и несостоятельности панкреатоеюноанастомоза, а в отдаленном послеоперационном периоде уменьшает вероятность рубцевания панкреатоеюноанастомоза, осуществляя тем самым профилактику возникновения внешне- и внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы.