

ществляется за счет функции пупочной вены. Кроме того, общепринятые точки Калька, ориентированные только на пупочное кольцо, не учитывают расположения подкожных сосудисто-нервных пучков передней брюшной стенки (их вариации), поэтому мы настоятельно рекомендуем пользоваться выделенными нами двумя бессосудистыми зонами.

Соблюдение данных рекомендаций практическими врачами дает возможность избежать такого грозного интраоперационного осложнения, как кровотечение из сосудов передней брюшной стенки, сохранить сосудисто-нервные пучки и, как следствие, приводит к оптимизации течения послеоперационной болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ибатуллин И.А. Гомеостаз и артериальная гипертензия. Сегментарное строение лимфатической системы и его клиническое значение. - Казань, 1998.
2. Федоров И.В., Сигал Е.И., Одинцов В.В. Эндоскопическая хирургия. - М., 1998.
3. Laffer F., Pent D. // Obstet. Gynecol. Sur. - 1975. - Vol. 30. - P. 407—427.

Поступила 05.06.03.

TOPOGRAPHOANATOMIC JUSTIFICATION OF INSERTION OF TROACHARS IN ABDOMINAL ENDOSCOPIC SURGERY

K.A. Koreiba, I.A. Ibatullin

S u m m a r y

Examination of neurovascular fascicles of the anterior abdominal wall was performed. The detailed syntopy of basic superficial neurovascular fascicles of the anterior abdominal wall was studied. We recommended nonvascular zones for placing troachars. It would decrease the rate of lesions of vascular collectors of the anterior abdominal wall.

УДК 616.33616.34+616.37] — 006.6—089.86

ОПТИМИЗАЦИЯ УРОВНЯ ФОРМИРОВАНИЯ БИЛИОДИГЕСТИВНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

И.А. Камалов

Кафедра онкологии и хирургии (зав. — проф. Р.М. Тагиев) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования, клинический онкологический диспансер (главврач — докт. мед. наук Р.Ш. Хасанов) МЗ РТ, г. Казань

Панкреатодуоденальная резекция в настоящее время является единственным методом лечения, который позволяет достоверно увеличить продолжительность жизни больных с поражением органов билиопанкреатодуоденальной зоны. Показания к ней возникают также при распространении рака желудка в двенадцатиперстную кишку и головку поджелудочной железы. Распространение опухоли желудка в головку поджелудочной железы и двенадцатиперстную кишку длительное время расценивалось как признак неудаимости опухоли [2]. Н.Н. Александров и соавт. указывают, что радикальная операция из-за поражения головки поджелудочной железы не была выполнена в 18,9% случаев [1]. Отказ от комбинированных операций в случае прорастания рака желудка в головку поджелудочной железы связан прежде всего с большим количеством осложнений [3].

Профилактика осложнений после гастропанкреатодуоденальных резекций остается весьма актуальной проблемой. Установлено, что несостоятельность швов панкреатоеюнального и билиодигестивного анастомозов являются ведущими причинами летальных исходов. Частота этих осложнений колеблется от 10 до 40%. Послеоперационная летальность достигает 18—20% [5].

Цель настоящей работы: профилактика несостоятельности билиодигестивного анастомоза при гастропанкреатодуоденальной резекции.

До настоящего времени нет единого подхода в определении оптимального уровня пересечения гепатикохоледох, не изучены показатели интраоргано-го АД наружных желчевыводящих протоков, особенно его преобразования после удаления панкреатодуоденального комплекса. Развитие несостоятельности швов билиодигестивного анастомоза обычно связывают с погрешностью ме-

тодики формирования анастомоза. Вместе с тем есть основание предполагать, что в ее возникновении существенное значение имеет нарушение интраорганный гемодинамики гепатикохоледоха. По этой причине мы провели исследования, направленные на разработку новых технических приемов формирования билиодигестивных анастомозов.

В основу работы положены результаты клинических наблюдений 139 больных, перенесших панкреатодуоденальную резекцию в абдоминальном отделении клинического онкологического диспансера МЗ РТ. Нами изучены показатели интраорганный гемодинамики внепеченочных желчных протоков у 22 больных модифицированным ангиотензометром [4] до и после удаления панкреатодуоденального комплекса на трех контрольных уровнях (см. табл.).

Показатели интраорганный гемодинамики внепеченочных желчных протоков (мм Нг)

| Уровни измерений | АД до удаления панкреатодуоденального комплекса | АД после удаления панкреатодуоденального комплекса |
|---|---|--|
| Duc.hepaticus com. Область слияния duc. hepaticus. communis с пузырным протоком | 60(3)/40(3) | 60(2)/40(2) |
| Супрадуоденальная часть холедоха | 80(5)/40(5) | 80(5)/40(5) |
| | 90(2)/70(2) | 50(3)/30(3) |

Ангиотензометрия, проведенная после удаления панкреатодуоденального комплекса, показала преобразование кровотока, был установлен градиент давления в дистальном направлении. Наибольшее снижение, а в ряде случаев до критического уровня, наблюдалось в супрадуоденальной части общего желчного протока. На уровне слияния общепеченочного желчевыводящего протока с пузырным протоком имел место оптимальный интраорганный кровоток.

Нами совместно с И.Р. Агуллиным предложен метод формирования билиодигестивного анастомоза с оптимальным уровнем пересечения желчевыводящего протока и декомпрессии зоны анастомоза. После мобилизации панкреатодуоденального комплекса гепатикохоледох пересекают у места слияния пузыр-

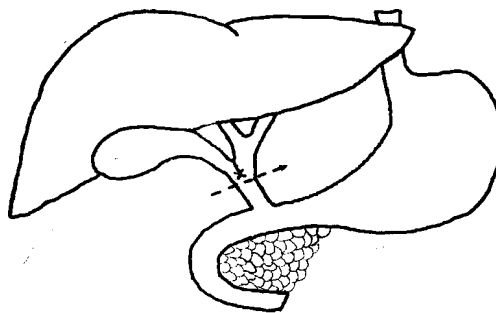


Рис. 1. Уровень пересечения гепатикохоледоха.

ного протока с общепеченочным желчевыводящим протоком (рис. 1). Для анастомозирования с тонкой кишкой используют стенку как общепеченочного, так и пузырного протока. Перегородку между протоками рассекают. Таким образом, при формировании гепатикоюноанастомоза попутно формируют соустье между пузырным и общепеченочным протоками. Далее через введенный в просвет желчного пузыря двухпросветный дренаж (рис. 2) налаживают активную аспирацию, которую проводят в течение 5—6 дней в послеоперационном

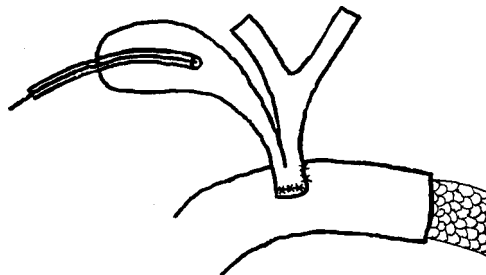


Рис. 2. Схема декомпрессии билиодигестивного анастомоза.

периоде. Предложенный нами метод позволяет формировать билиодигестивный анастомоз и в зоне активного кровотока в стенке протока, что предупреждает развитие несостоятельности. Способ активной аспирации желчи обеспечивает декомпрессию в зоне билиодигестивного анастомоза и уменьшает поступление желчи в приводящую петлю, создавая благоприятные условия для заживления панкреатоеюнального анастомоза.

Осложнений со стороны билиодигестивных анастомозов, выполненных по нашему методу у 22 больных, не отмечено.

ВЫВОДЫ

1. Установлен градиент интраорганического АД в дистальном направлении: критическим пунктом является супрадуоденальная часть холедоха.

2. Оптимальным уровнем наложения билиодигестивного анастомоза является область слияния общепеченочного желчевыводящего протока с пузырным протоком.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров Н.Н. и др. Актуальные проблемы онкологии и медицинской радиологии. — Минск, 1970. — Т. 2. — С. 183—188.
2. Блохин Н.Н., Клименков А.А., Плотников В.И. Рецидивы рака. — М., 1981.
3. Напалков П.Н. Рациональные пределы расширения объема операций при раке желудка. — VIII Международный противораковый конгресс. — Труды 1963. — № 5. — С. 210—214.

4. Сигал М.Э., Азлуллин И.Р. Авт. св-во № 1598973. — М., 1991.

5. Akkermans M. Decision making in treatment of pancreatic cancer, a retrospective analysis. — Amsterdam, 1994.

Поступила 18.09.01.

OPTIMIZATION OF THE LEVEL OF FORMATION OF BILIODIGESTIVE ANASTOMOSIS IN GASTROPANCREATODUODENAL RESECTION

I.A. Kamalov

Summary

High postoperative lethality due to incompetence of pancreatojejunal and biliodigestive anastomoses restricts its application. Case histories of 139 patients after gastropancreatoduodenal resections in the Kazan Oncological Clinic of the Ministry of Health of Tatarstan Republic were studied. Intraorgan hemodynamics of external biliferous ducts was examined. The original method of prevention of incompetence and stricture of biliodigestive anastomosis is suggested.

УДК 616.348—006.6—089.8

ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

С.В. Доброквашин, В.Н. Воронин, Ю.В. Бондарев, Р.Р. Мустафин,
Д. Е. Волков, Г. Г. Ахметханова

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. С.В. Доброквашин) Казанского государственного медицинского университета, госпиталь ветеранов войны (главврач — Ф.Н. Закиров),
больница скорой медицинской помощи (главврач — Н.Э. Галеев), г. Казань

Неуклонный рост в течение последних двух-трех десятилетий заболеваемости раком ободочной кишки изменил структуру онкологических заболеваний. Постепенное снижение заболеваемости раком желудка и прогрессирующий рост заболеваемости раком ободочной кишки привели к тому, что во всех экономически развитых странах мира рак ободочной кишки выдвинулся на лидирующие позиции в структуре онкологической заболеваемости населения [5]. В связи с этим весьма актуален вопрос о стратегии и тактике в лечении этой категории больных в условиях неотложной хирургии [1, 5]. Среди впервые выявленных больных лица с далеко зашедшими стадиями заболевания составляют 32,4—92% [2, 5], при этом у 75% из них развиваются осложнения, которые диагностируют в неотложной хирургии [3, 4].

Большинство авторов к осложненным формам рака ободочной кишки относят

обтурационную кишечную непроходимость, перфорацию опухоли, кишечное кровотечение, распространение опухоли на другие органы, воспаление опухоли, летальность при которых от 26,4% после цекостомии по поводу обтурационной кишечной непроходимости достигает 74% при перфорации и опухоли, перитоните после резекции опухоли и колостомии [3—5].

В настоящее время взгляды хирургов на объем необходимого оперативного вмешательства при неотложных ситуациях расходятся. Одни авторы рекомендуют ограничиться наложением разгрузочной колостомы [1,2], другие стремятся к первичной резекции опухоли [5, 6].

За 1997—2001 гг. в отделениях неотложной хирургии госпиталя ветеранов войны и больницы скорой медицинской помощи г. Казани находились на лечении 295 больных со злокачественными опухолями желудочно-кишечного тракта. Возраст больных варьировал