ковых методов исследования в экстренном порядке позволило бы ангиохирургам выработать наиболее оптимальную хирургическую тактику.

Трем больным (2 %) с сухим некрозом мягких тканей нижних конечностей предприняли попытку шунтирования бедренно-подколенного сегмента с хорошим клиническим результатом. 47 (30,5%) пациентам проведены малые хирургические вмешательства такие как: экзартикуляция пальцев и некрэктомия. Данной группе больных, дальнейших операций не потребовалось, и они были выписаны на амбулаторное лечение.

У 77 (50 %) больных единственным методом лечения была ампутация конечности. У 8 человек предшествовал ряд малых операций (экзартикуляция, некрэктомия), но в связи с прогрессированием критической ишемии конечностей, им были проведены высокие ампутации. Ампутация на уровне стопы проведена 12 больным, на уровне голени 7 больным, 58 человек перенесли высокую ампутацию. Консервативной терапии, без операций, подверглись 30 (19,5 %) больных. Умерло 11 больных, летальность составила 7,1 %.

Причиной неблагоприятных исходов стали у 7 больных прогрессирующая сердечно-сосудистая недостаточность, у 1 — острый инфаркт миокарда, у 3-х — развитие сепсиса.

ВЫВОДЫ

1. У больных, поступивших в стационар с критической артериальной непроходимостью, как правило, имеется комплекс тяжелой сердечно-сосудистой патологии, который является одной из важных причин возникновения нарушения проходимости магистральных артерий.

2. Увеличилось количество больных с сочетанием атеросклероза артерий нижних конечностей и сахарного диабета 81 больной (52,6 %). Среди них увеличилось удельное количество женщин — 50 (61,7 %).

3. При критической ишемии нижних конечностей необходимо применение ангиографии и/или дуплексного сканирования в экстренных случаях, что позволит оптимизировать тактику ангиохирурга и улучшить результат. Основным эффективным методом лечения ишемии нижних конечностей является аутовенозное микрошунтирование, либо применение эндоваскулярных методов лечения с применением баллонной ангиопластики или стентирования артерий нижних конечностей.

4. Летальность составила 7,1 %. В каждом конкретном клиническом случае критической ишемии нижних конечностей необходим критический анализ. С учетом давности и степени артериальной непроходимости необходимо тщательно взвешивать, что для больного наиболее оптимально: экстренная реконструктивная операция или выжидательная хирургическая тактика с проведением рациональной инфузионной терапии; либо же нужна высокая ампутация конечности.

А.Н. Сидоров, А.Г. Захаров, П.А. Неустроев, А.Д. Макаров, И.Е. Бодунов, Д.Х. Тимирдяев

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПЕРИАМПУЛЯРНОЙ ЗОНЫ

*Хирургическое отделение № 1, РБ № 1 – НЦМ (Якутск)
Медицинский институт ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова»
Министерства образования и науки РФ (Якутск)*

В хирургической онкологии поджелудочной железы ведущую роль занимают опухолевые поражения головки и периампулярной области. За последние 30 лет заболеваемость раком поджелудочной железы в России возросла на 30 %.

В хирургическом отделении № 1 Национального центра медицины за период с 2005 по 2011 гг. находились на лечении 61 пациент с опухолью панкреатодуоденальной области; у 48 (79 %) был рак головки поджелудочной железы, у 2-х (3 %) — рак тела и хвоста поджелудочной железы, у 8 (13 %) — рак большого дуоденального сосочка, у 3-х (5 %) — рак дистального отдела общего желчного протока. Преобладали пациенты в возрасте старше 50 лет (47 пациентов, 77 %). У 55 (90 %) пациентов при поступлении была картина механической желтухи. Морфологическая верификация в большинстве случаев (35 больных, 57 %) была произведена только после интраоперационной экспресс-биопсии. По нашим данным, преобладающий морфологический вариант опухоли — аденокарцинома различной степени дифференцировки (38 пациентов, 62 %), протоковый рак поджелудочной железы — 2 (3 %), бластома холедоха — 1 (1,6 %), холангиоцеллюлярный рак — 1 (1,6 %), карциноидная опухоль — 1 (1,6 %), солидный псевдопапиллярный рак — 1 (1,6 %).

С 2005 по 2011 г. выполнено 10 панкреатодуоденальных резекций (1-я группа больных), по поводу рака головки поджелудочной железы — у 5 пациентов и большого дуоденального сосочка — 5. В 2-х случаях операция завершилась формированием панкреатоеюноанастомоза на каркасном дренаже и выведением

микропанкреатостомы, в 8 — наложением панкреатоеюноанастомоза вшиванием панкреатического протока в кишку. Способ обработки культи поджелудочной железы зависел от ее состояния. При неизменной паренхиме и малом диаметре вирсунгова протока панкреатоеюноанастомоз накладывался на каркасном дренаже (с использованием эпидурального катетера наружным диаметром 1,0 мм). Если же железа была фиброзно изменена, а диаметр протока был достаточно велик, принималось решение в пользу панкреатоеюноанастомоза без каркасного дренирования, вшиванием протока в кишку. При этом в данной группе больных летальных исходов не было.

Во второй группе больных ввиду невозможности выполнения радикальной операции выполнены следующие виды обходных анастомозов: 19 — гепатоеюноанастомозов и 20 холецистоэнтероанастомозов. Среди них — 1 летальный исход. Таким образом, решение проблемы продления и улучшения качества жизни больных с раком поджелудочной железы и периапулярной области складывается из своевременной диагностики заболевания и адекватного лечения. Широкое применение радикальных оперативных вмешательств ограничено поздним выявлением болезни. Для улучшения результатов лечения больных с данной патологией необходимо дальнейшее совершенствование техники операций и внедрение расширенных радикальных хирургических вмешательств.

М.Б. Скворцов, О.М. Александров

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА И ИХ РОЛЬ В ОБОСНОВАНИИ И ВЫБОРЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ

ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (Иркутск)

Большая распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, выраженная тенденция к увеличению заболеваемости, хроническое рецидивирующее течение и влияние на качество жизни пациентов подтверждают актуальность выбора способа лечения. Одним из осложнений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни является рефлюкс-эзофагит.

В настоящее время необходимость хирургического лечения рефлюкс-эзофагита не вызывает сомнений. Показаниями к хирургическому лечению считаем неэффективность хирургического лечения, осложненные формы рефлюкс-эзофагита. К осложненным формам относим язвенный и стенозирующий рефлюкс-эзофагит, подозрение на малигнизацию, пищеводное кровотечение, пищеводный свищ, пищевод Барретта, рубцующийся рефлюкс-эзофагит без стеноза, бронхо-респираторные нарушения.

Большинство современных авторов, признавая рефлюкс-эзофагит, основой лечения видят в различных способах воздействия на кислотопродуцирующую функцию желудка, иногда даже не говорят о рефлюкс-эзофагите и замалчивают методы лечения, диагностики и устранения самого рефлюкса в пищевод. Распространено мнение о том, что основной причиной рефлюкс-эзофагита является грыжа пищеводного отверстия диафрагмы — скользящая, аксиальная, параэзофагеальная и т.д.

С 1975 по март 2012 г. нами пролечено 1188 больных рефлюкс-эзофагитом. Из них 1082 были оперированы. Антирефлюксные операции в разных модификациях выполнили 951 больному, резецирующие операции — 131 больному. Резекцию пищевода выполняли больным рефлюкс-эзофагитом с короткими и длинными пептическими стриктурами пищевода. У большинства больных пептическими стриктурами пищевода резекцию пищевода выполняли абдомино-цервикальным трансдиафрагмальным доступом с пластикой целым желудком, проведенным через заднее средостение с анастомозом на шее (79). При необходимости абдомино-цервикальный доступ во время пластики пищевода целым желудком дополняли правым трансплевральным доступом у 4 больных. При высоких пептических стриктурах выполняли резекцию пищевода с пластикой по Льюису у 4-х пациентов, резекцию пищевода с пластикой по А.Ф. Черноусову — у 6, резекцию пищевода левым трансплевральным доступом — у 1, субмускулярную резекцию пищевода — у 3, резекцию пищевода с наложением гастростомы и эзофагостомы — у 1 больного. За последние 13 лет из 82 больных после резекции пищевода умерли двое пациентов (2,4 %).

В течение последних 20 лет выполнили 686 антирефлюксных операций. Целью антирефлюксных операций считаем восстановление замыкательной функции кардии. Для этого в области пищеводно-желудочного перехода формировали антирефлюксный клапан по типу эзофагофундопликации Ниссена (591). Обращали особое внимание на формирование циркулярной манжетки. По техническим причинам некоторым больным рефлюкс-эзофагитом, когда невозможно было сформировать циркулярную манжетку, ее формировали по типу Toupet (72), Dog (9) или гастрогастропликацию (9). Методику эзофагофундопликации по А.Ф. Черноусову применяли у 3-х больных рефлюкс-эзофагитом. При формировании антирефлюксной манжетки из дна желудка, в основном, использовали доступ верхнесрединная лапаротомия у 659 больных. У других больных эзофагофундопликации выполняли левым трансплевральным