

на успех лечения. Однако до того времени, пока патофизиология этого заболевания не будет изучена в той степени, которая позволит найти средства обрыва аутокаталитического каскада и его смертельных последствий, внимание врачей будет по-прежнему обращено на макроскопических проявлениях острого деструктивного панкреатита.

Мачульская И.А., Сухоруков В.П.
**ОПЫТ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО
ОБЕСПЕЧЕНИЯ
ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ
РЕЗЕКЦИЙ**

*ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская
академия, г. Киров*

Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) является операцией высочайшего риска (Кусумьян С.А. и соавт., 2001). Послеоперационная летальность при этой операции, по данным анализа многих тысяч операций, велика и составляет в среднем 18,9% (Шалимов А.А., 1996), при этом разброс средних величин от 11% до 60% и более (Лапкин К.В. и соавт., 1991). Исключения составляют редкие клиники с минимальной или вообще отсутствующей летальностью.

Актуальность проблемы снижения риска ПДР несомненна.

Цель исследования: анализ имеющегося опыта периоперационного обеспечения ПДР, включающего новые технологии, выявление и обобщение положительных результатов и выработка на этой основе рекомендаций для снижения риска ПДР.

Исследование выполнено на базе Кировской областной клинической больницы (кафедра хирургии ИПО, зав. профессор В.А.Журавлев и кафедра госпитальной хирургии, зав. доктор мед.наук В.А.Бахтин). Анализу подвергнут опыт периоперационного обеспечения 58 ПДР, выполненных в 1995 - 2005 годах, по поводу рака головки поджелудочной железы (27 больных) и периапулярной зоны (31 больной).

Среди рассматриваемых 58 больных мужчин было почти в 2 раза больше, чем женщин (38 мужчин и 20 женщин). Возраст больных варьировал от 33 до 67 лет.

В клинической картине заболевания наиболее ярко проявлялись: болевой синдром, быстрая потеря в весе (на 5-8 кг за 1 месяц), механическая желтуха с высокой гипербилирубинемией у 49 больных (у отдельных больных - до 490 ммоль/л), гипоальбуминемия у 30 больных (менее 30 г/л). У 49 больных отмечены явления гиперкоагуляции: протромбиновый индекс находился в пределах 82-95%, уровень фибриногена 6-6,2 г/л. У всех больных отмечено повышение активности aminотрансфераз: АсАТ 60-68 ммоль/(ч. л), АлАТ 79-95 ммоль/(ч.л). Снижение у больных индекса De Ritis et al. до 0,76 и ниже подтверждало серьезность поражения печени.

Предоперационная подготовка проводилась в интенсивном режиме.

При наличии выраженной механической желтухи предварительно проводилась малоинвазивная (в основном - лапароскопическая) желчеотводящая операция. Хирургическая декомпрессия желчевыво-

дыхающих путей эффективно улучшала функциональное состояние печени, уменьшала проявления эндоинтоксикации. Все это намного снижало операционно-анестезиологический риск предстоящей ПДР.

Индивидуализированно проводилась традиционная предоперационная подготовка, которая включала, по показаниям, трансфузии растворов альбумина, свежезамороженной плазмы, эритроцитарной массы или взвеси, инфузионных препаратов с детоксикационным и реологическим действием (реополиглюкин, растворы крахмала, глюкозы, физ.раствора и др.), инфузии растворов калия, аминокислот и др.

Учитывая известный факт, что основной причиной послеоперационных осложнений и летальности при ПДР является пострезекционный панкреатит, традиционную предоперационную подготовку потенцировали назначением октреатида, реамберина, и препаратов гидроксипропилированного крахмала (ГЭК) - 6% или 10% (что более эффективно) Инфукола или Рефортана.

Для антибиотикопрофилактики за 30-45 минут до операции внутримышечно или на операционном столе как компонент премедикации за 15-20 минут до разреза кожи в терапевтических дозах назначались цефалоспорины III поколения (цефотаксим, цефтазидим и др.), фторхинолон пefлоксацин (абактал), обладающий способностью быстро проникать в ткань и сок поджелудочной железы, в том числе - и в некротизированные участки). Для антибиотикопрофилактики применяли дополнительно и метронидазол, имеющий выраженное бактерицидное действие против грамотрицательных неклостридиальных анаэробов и обладающий синергидным действием с другими антибактериальными препаратами.

Премедикация включала в основном бензодиазепины, наркотические анальгетики (промедол, фентанил) и м-холинолитик атропин. Перед вводным наркозом применяли в терапевтических дозах антагонисты H_2 -рецепторов желудка (циметидин, фамотидин - квамател).

Вводный наркоз - по традиционной схеме: тиопентал-натрий или кетамин, листенон, вспомогательная и затем искусственная вентиляция легких (ИВЛ), интубация трахеи.

Поддержание анестезии: тотальная внутривенная анестезия с ИВЛ и использованием кислорода, кетамина, фентанила, бензодиазепинов, ардуана.

Обеспечение операционного периода отличалось от рутинного созданием гипervолемической гемодилуции на начальном этапе операции, что достигалось внутривенной инфузией препаратов ГЭК и солевых изотонических кристаллоидов в соотношении 1 : 3 - 1 : 4, на основном этапе операции и после его завершения соотношение изменялось до 1 : 2, то есть в направлении увеличения переливания коллоидов (препаратов ГЭК и свежезамороженной плазмы). Под контролем ЭКГ и содержания калия в плазме крови применяли инфузии больших доз растворов хлористого калия. Производили инфузии энергопротектора реамберина в дозе 400-800 мл. Особое внимание уделяли интенсивной терапии октреатидом - сильнейшим ингибитором экзокринной функции поджелудочной железы. Октреатид вводили подкожно в дозе 0,1 мг непосредственно перед операцией, затем внут-

ривенно капельно со скоростью 3,5 мг/кг/час время операции за 10-15 минут до пересечения поджелудочной железы и до конца операции, а в дальнейшем по 12 часов в течение 3-5 послеоперационных дней.

Эритроцитсодержащие среды во время операций не переливали, так как объем операционной кровопотери во всех случаях был не существенный. Перед зашиванием брюшной полости внутривенно вводили 5000 ед гепарина и, убедившись в отсутствии возникновения кровотечения, операционную рану ушивали.

Обеспечение послеоперационного периода имело такие отличительные особенности как проведение глубокой аналгезии (применяли опиаты с НПВП), назначение комбинированной антибиотикопрофилактики (назначали цефалоспорины III поколения, фторхинолоны, метронидазол; при угрозе панкреонекроза - включали в этот комплекс цефалоспорины IV поколения цефепим), применение, как уже ранее указано, больших доз октреатида, назначение суммарно большого объема переливаний - до 70 мл/кг/сут (обусловлено большими потерями после операции лимфы и других жидкостей из ложа поджелудочной железы), включение в схему инфузионной терапии препаратов ГЭК и реамберина, обязательная в течение минимум 3 дней профилактика стрессовых язв посредством назначения антагонистов H_2 -рецепторов (квамател), а в последнее время - блокаторов протонной помпы (омепразол), назначение гепарина для профилактики тромботических осложнений. Минимум на 3 послеоперационных дня обязательно установление постоянного назогастрального зонда.

Всесторонний мониторинг состояния больного (ЧСС, АД, ЦВД, диурез, ЭКГ, пульсоксиметрия, коагулограмма, гликемия, гемоглобин крови, биохимические параметры, объем и характер отделяемого по гастродуоденальному зонду и дренажам и др.) был постоянно в центре внимания, что позволяло в известной мере управлять состоянием больного.

Комплекс представленных мероприятий периоперационного обеспечения ПДР способствовал значительному улучшению их исходов в сравнении с предшествующим опытом.