

Бахтин В.А., Чикишев С.Л., Янченко В.А
**ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ
В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ
КИРОВСКОЙ ГМА**

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

Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) считается одной из самых сложных операций, выполняемых в абдоминальной хирургии. В большинстве случаев эта операция оказывается методом выбора хирургического лечения при раке головки поджелудочной железы, раке большого дуоденального сосочка (БДС), раке дистального отдела общего желчного протока, при некоторых формах хронического панкреатита.

До сих пор при этой операции сохраняется высокий уровень послеоперационных осложнений, достигающий 20 – 75% и послеоперационной летальности – 38%. В то же время пятилетняя выживаемость после ПДР может достигать 63 – 85%.

В клинике госпитальной хирургии Кировской ГМА в период с 1990г. по 2006г. наблюдались 70 пациентов с различными заболеваниями билиопанкреатодуоденальной зоны, которым была выполнена гастропанкреатодуоденальная резекция. Из них женщин – 18 (26%), мужчин – 52 (74%). По поводу злокачественных поражений (рак головки поджелудочной железы, БДС) ПДР выполнена 51 больным, по поводу доброкачественных (хронический псевдотуморозный панкреатит и осложненные кисты головки поджелудочной железы) – 19 больным.

41 больной оперирован на фоне механической желтухи. Уровень билирубина варьировал от 59,5мкмоль/л до 760,7мкмоль/л, а длительность желтухи – от 2 до 4 недель. У 4 пациентов основное заболевание осложнилось кровотечением из периампиллярной зоны и постгеморрагической анемией, у 6 – суб- и декомпенсированным стенозом двенадцатиперстной кишки, у 4 – вирусно-холестазом.

Панкреатодуоденальная резекция была выполнена в различных модификациях: 56 пациентам – классическая резекция по Уипплу, из них 21 с применением разгрузочного декомпрессивного дренажа; 9 – модификация Y – образного анастомоза с разделным наложением панкреато – и гепатикодигестивного соустья, 5 больным панкреатоеюноанастомоз с применением скрытого «потерянного» дренажа. У 8 пациентов панкреатоеюноанастомоз наложен конец в бок, у 56 – конец в конец, из них с инвагинацией культи поджелудочной железы – у 24 больных.

В раннем послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 26 пациентов. Из них – внутрибрюшное кровотечение из культи поджелудочной железы, забрюшинной клетчатки и крючковидного отростка – 7; абсцессы брюшной полости – 4; панкреатит культи – 9, из них с развитием панкреонекроза и последующей несостоятельностью панкреатоеюноанастомоза – 7; несостоятельность гепатикоеюноанастомоза имела место в 2 случаях, клинически значимый гастростаз – 6; послеоперационная пневмония – 1.

В раннем послеоперационном периоде умерло 7 человек. Причинами летальных исходов являлись: несостоятельность панкреатоеюноанастомоза с развитием тяжелого перитонита – 5 больных, сочетание несостоятельности панкреатоеюно- и гепатикоеюноанастомозов – 1, массивное внутрибрюшное кровотечение – 1 больной. Послеоперационная летальность составила 10,9%.

Отдаленные результаты изучены у 54 пациентов. Изучение отдаленных результатов проводилось путем повторной госпитализации и методом анкетирования. Осложнения выявлены у 6 больных. Хронический рецидивирующий панкреатит культи с внешнесекреторной недостаточностью выявлен у 4 больных, вторичный сахарный диабет – у 2 больных.