

Изучение радиоактивности в зоне сосудистого артериального анастомозирования у собак в условиях применения антибиотиков через 6–12 ч после операции показало, что бактериальный радиопрепарат накапливался в меньшей степени и темпы прироста со временем были малыми по сравнению с животными, которым антибиотикотерапия не проводилась.

Таким образом, применение антибиотиков приводило к ограничению абдоминального сепсиса и уменьшению бактериального обсеменения брюшной полости и сосудистых анастомозов.

Итак, проведенные исследования на собаках показали, что распространению инфекции после реконструктивных операций на кишечнике способствует такой процесс как бактериальная транслокации из полости кишки. В дальнейшем усиление перитонеальной резорбции ведет к элиминации бактерий в сосудистое русло, распространению инфектов и развитию бактериальных анастомозитов в области шунтирования сосудов. Антибрюшинное применение антибиотиков ограничивает бактериальное обсеменение зоны сосудистых анастомозов, что является перспективным направлением профилактики послеоперационных осложнений.

Литература

1. *Леменев В.Л. и др.* // Ангиология и сосудистая хирургия. 2004. Т. 10. № 2. С. 122–123.
2. *Островский Ю.П. Жарков В.В.* // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2003. № 4. С. 38–41.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт

25 января 2005 г.

УДК: 616–006

ПАНКРЕАТОГАСТРОАНАСТОМОЗ ПРИ ПИЛОРОСОХРАНЯЮЩЕЙ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

© 2005 г. *В.Ф. Касаткин, А.В. Снежко, Е.Н. Колесников, А.А. Маслов*

The study examined 326 proximal pancreaticoduodenectomies (Whipple operation) performed in thoracoabdominal department of Rostov oncology institute. New methods of formation pancreatico-gastric anastomosis were used at 8 patients.

Согласно современным представлениям, единственно реальным способом увеличения продолжительности жизни и улучшения её качества при раке периампулярной зоны, в которую включают головку поджелудочной железы, дистальный отдел холедоха, 12-перстную кишку с Фатеровым соском, является панкреатодуоденальная резекция (ПДР). Эта операция считается наиболее ответственным, трудоёмким и опасным вмешательством в абдоминальной хирургии. Вопросы операционной тактики и

оперативной техники панкреатодуоденальных резекций до сих пор далеки от разрешения, о чем свидетельствует довольно большое число послеоперационных осложнений (35–60 %) и послеоперационная летальность (15–20 %) [1, 2].

Для достижения лучшей пищеварительной функции желудочно-кишечного тракта и профилактики образований пептических язв в зоне гастроэнтероанастомоза британский хирург К. Watson в 1944 г. впервые в мире у больного раком ампулы Фатера выполнил ПДР с сохранением антрального отдела желудка, привратника и одного дюйма 12-перстной кишки. В 1978 г. американские хирурги W. Traverso и W. Longmire возродили идею сохранения привратника при панкреатодуоденальной резекции для профилактики постгастрорезекционных расстройств. В настоящее время эта операция известна в литературе как пилоросохраняющая ПДР (ППДР). Многие авторы считают эту операцию более физиологичной и при этом не ухудшающей отдаленные результаты лечения рака периампулярной зоны [3, 4].

Основной вариант реконструкции после ППДР включает создание последовательно на одной петле тощей кишки панкреатоеюноанастомоза, гепатикоеюноанастомоза «конец в бок» и дуоденоэнтероанастомоза.

В то же время в последние годы наметилась тенденция к более частому использованию в реконструктивном этапе ПДР панкреатогастроанастомозов. Преимущество данного метода в следующем: отсутствует натяжение по линии шва, так как культи ПЖ вшиваются в заднюю стенку желудка там, где железа анатомически прилежит к ней; не активируются энзимы панкреатического секрета, так как нет контакта с желчными кислотами, кишечной энтерокиназой и pH желудка достаточно низок для активации ферментов [5, 6].

Однако применение панкреатогастроанастомоза на реконструктивном этапе для пилоросохраняющей ПДР ограничено возможностью характерного и наиболее частого осложнения этой операции в раннем послеоперационном периоде – развитием стойкого гастростаза.

По данным литературы, нарушение эвакуации из желудка встречается после ППДР в 30–50 % наблюдений. Причины гастростаза окончательно не установлены, но, по-видимому, не существует единого этиологического фактора, который мог бы объяснить его развитие [7].

Таким образом, в случаях выполнения ППДР с формированием панкреатогастроанастомоза возникает необходимость в профилактике рефлюкса желудочного содержимого в панкреатический проток вследствие возможных нарушений эвакуации из желудка. В результате заброса желудочного содержимого в протоковую систему поджелудочной железы опасность развития острого послеоперационного панкреатита возрастает. В торакоабдоминальном отделении Ростовского научно-исследовательского института за период 1987–2004 гг. выполнено 326 панкреатодуоденальных резекций. Из них пилоросохраняющий вариант операции

использован в 28 случаях. При этом в 8 случаях на реконструктивном этапе вмешательства был сформирован панкреатогастроанастомоз.

Соустье между желудком и культей поджелудочной железы накладывали по разработанным нами методикам, целью применения которых являлась профилактика развития острого послеоперационного панкреатита вследствие рефлюкса желудочного содержимого в протоковую систему поджелудочной железы при выполнении ППДР.

Первый способ осуществляется следующим образом.

В ходе выполнения «разрушающего» этапа ПДР пересекаем правые желудочно-сальниковые сосуды на уровне пересечения 12-перстной кишки. Если не возникает дополнительных трудностей с мобилизацией, стараемся не повредить правую желудочную артерию. Реконструкцию начинаем с формирования панкреатогастроанастомоза. Отступаем от сохранённого привратника на 4–5 см по большой кривизне желудка проксимально, намечаем линию рассечения стенки желудка. На протяжении 2–3 см в обе стороны от предполагаемой линии рассечения пересекаем краевые сосуды, сохраняя правую желудочно-сальниковую артерию и вену. Рассекаем тело желудка в поперечном направлении по передней и задней стенкам на 2–3 см (в соответствии с диаметром среза культи поджелудочной железы), а затем этот разрез продлеваем на протяжении 4–5 см параллельно большой кривизне желудка проксимально (рис. 1). Дефект стенки желудка ушиваем. Сшиваем переднюю и заднюю стенки образованного при рассечении желудка лоскута двухрядным узловым швом с формированием трубки, сообщающейся в основании с полостью желудка (рис. 2). Вшиваем срез поджелудочной железы или изолированно панкреатический проток в дистальный конец образованной трубки «конец в конец».

Вышеуказанный способ применен у 6 пациентов.

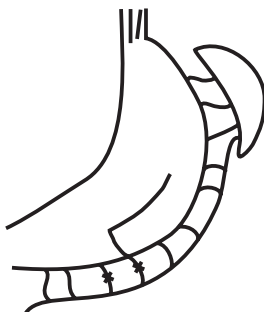


Рис. 1. Линия разреза стенки желудка

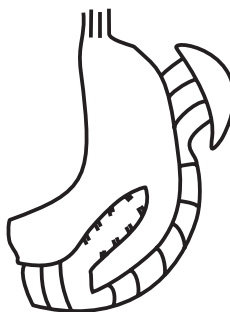


Рис. 2. Формирование трубки из большой кривизны желудка

Приводим клиническое наблюдение.

Больная К-ва, 34 лет, история болезни № 12752/о, поступила в торако-абдоминальное отделение Ростовского научно-исследовательского онкологического института 21.07.02 г. с диагнозом: рак головки поджелудоч-

ной железы St I, гр. 2. $T_1N_0M_0$. Под эндотрахеальным наркозом 25.07.02 г. выполнена лапаротомия, при ревизии брюшной полости выявлена опухоль головки поджелудочной железы $1,0 \times 1,5$ см, отдаленных метастазов нет. Выполнена панкреатодуоденальная резекция с сохранением привратника. Выделен панкреатический проток диаметром 5 мм с выраженной стенкой. Культи поджелудочной железы ушита узловыми швами до панкреатического протока. Правые желудочно-сальниковые сосуды перевязаны на уровне пересечения 12-перстной кишки. Правая желудочная артерия сохранена. Отступив от привратника на 5 см проксимально вдоль большой кривизны желудка, на протяжении 4 см мобилизованы краевые сосуды. Рассечено тело желудка на протяжении 2 см поперечно, затем разрез продлён в проксимальном направлении параллельно большой кривизне на 4 см. Дефект стенки желудка ушит двухрядным узловым швом. Из полученного желудочного лоскута на питающей сосудистой ножке сформирована трубка, сообщающаяся проксимальным концом с полостью желудка (рис. 3). В дистальный конец вшит панкреатический проток «конец в конец». Затем последовательно наложены холецистоэнтеро- и дуоденоэнтероанастомозы двухрядным узловым швом. Брюшная полость ушита, зона анастомозов дренирована. Дренажи удалены на 10-е сут. На 15-й день больная выписана в удовлетворительном состоянии.



Рис. 3. Из стенки желудка сформирована антеперистальтическая трубка

При плохо выраженных правых желудочно-сальниковых сосудах в сочетании с необходимостью перевязки правой желудочной артерии, рассечение стенок желудка с нарушением интрамурального кровообращения органа в дистальном его отделе нежелательно вследствие опасности развития некроза желудочной стенки.

В этом случае используем другой вариант панкреатогастроанастомоза.

Намечаем линию рассечения желудка в поперечном направлении, ориентируясь при этом на самые проксимальные сосуды восходящей ветви правой желудочно-сальниковой артерии. Пересекаем краевые сосуды на

протяжении 2 см проксимально и дистально от предполагаемой линии разреза. Рассекаем стенку желудка в поперечном направлении на 2–3 см, затем продлеваем разрез дистально параллельно большой кривизне на 4–5 см (рис. 4). Дефект стенки желудка ушиваем. Сшиваем переднюю и заднюю стенки лоскута, образованного при рассечении желудка, двухрядным узловым швом с формированием трубки, сообщающейся в основании с полостью желудка. В зависимости от диаметров культи поджелудочной железы и панкреатического протока вшиваем весь срез поджелудочной железы или только проток в свободный конец образованной трубки «конец в конец».

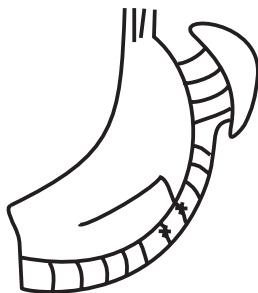


Рис. 4. Схематическая линия разреза стенки желудка при слабо выраженных правых желудочно-сальниковых сосудах

Второй способ формирования панкреатогастроанастомоза при ППДР нами использован у 2 пациентов.

Приводим клиническое наблюдение.

Больной Б-ев, 58 лет, история болезни № 16492/р, поступил в торако-абдоминальное отделение Ростовского научно-исследовательского онкологического института 15.11.02 г с диагнозом: рак Фатерова соска St I, гр. 2. T₁N₁M₀. Под эндотрахеальным наркозом 18.11.02 г. выполнена лапаротомия, при ревизии брюшной полости выявлена опухоль Фатерова соска размерами 1,0 × 1,0 см, отдаленных метастазов нет. Отмечены увеличенные плотные лимфатические узлы в гепатодуоденальной связке. Выполнена лимфаденэктомия одного из этих узлов со срочным гистологическим исследованием, при котором признаков метастазирования не обнаружено. В процессе выделения лимфоузлов произошла травма правой желудочной артерии, вследствие чего последняя перевязана. Правые желудочно-сальниковые сосуды плохо выражены. Выполнена пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция. Принято решение сформировать соустье между культи поджелудочной железы и желудком по описанному выше способу. Сформирована трубка из дистального отдела желудка. Определено, что её диаметр соответствует размерам панкреатического протока. Произведено наложение панкреатикогастроанастомоза «конец в конец». Затем последовательно наложены холецистоэнтеро- и

дуоденоэнтероанастомозы. Брюшная полость ушита, зона анастомозов дренирована. Дренажи удалены на 11-е сут. На 17-й день больной выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение.

Таким образом, предложенные нами способы позволяют выполнить завершающий этап ППДР, предупреждая развитие острого послеоперационного панкреатита культи поджелудочной железы вследствие рефлюкса желудочного содержимого при парезе желудка. Разработанные методики послужили основой заявок на патент РФ, получены приоритетные справки.

Литература

1. Шалимов А.А. // *Анналы хир. гепатологии*. 1996. Т. 1. С. 62–66.
2. Wade T.P. et al. // *J. Amer. Coll. Surg.* 1994. Vol. 179. № 1. P. 38–48.
3. Кубышкин В.А. и др. // *Хирургия*. 2001. № 1. С. 46–50.
4. Мирошников Б.И., Белый Г.А. // *Вестн. хирургии*. Т. 161. № 3. С. 34–39.
5. Flautner L. et al. // *J. Surg.* 1985. Vol. 150. P. 608–611.
6. Telford G.L., Mason G.R. // *J. Surg.* 1984. Vol. 147. P. 832–837.
7. Кубышкин В.А. и др. // *Хирургия*. 2003. № 3. С. 60–63.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт 27 декабря 2004 г.

УДК 616-006.6:615.28

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В РАКОВЫХ ОПУХОЛЯХ ЛЕГКИХ ПОД ДЕЙСТВИЕМ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ АУТОГЕМОХИМИОТЕРАПИИ

© 2005 г. Е.М. Непомнящая, С.А. Зинькович, Т.Н. Гудцкова

The paper presents data on comparative pathomorphosis of lung cancer of different histologic types on the patients' operative material after performing neoadjuvant autohemochemotherapy and systemic chemotherapy.

Современная химио- и лучевая терапии больных злокачественными новообразованиями основана на достижениях клинической онкологии, молекулярной биологии, генетики [1–4].

Структурные и биологические изменения в опухолях под действием физических и химических факторов объединены в понятие «патоморфоз». Рассмотрение проблем патоморфоза злокачественных опухолей проводится в различных направлениях и отражает теоретические интересы и клинические аспекты [5, 6].

Проблема патоморфоза опухолей человека под действием различных способов и вариантов лекарственного воздействия актуальна и важна как для патологоанатомов, так и для клинических онкологов.