

РЕЗУЛЬТАТЫ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ

Г.Д. Гунзынов^{1,2}, Ч.В. Содномов¹, Б.Г. Гармаев¹, В.П. Саганов^{1,2}, Б.С. Хабинов¹⁽¹⁾Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко, г. Улан-Удэ, гл. врач — к.м.н. Л.Ю. Лудупова;⁽²⁾Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН, г. Улан-Удэ, директор — д.м.н., Е.Н. Цыбиков)

Резюме. Проведен анализ 45 больных, пролеченных в хирургическом отделении № 1 Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко в период с 1993 по 2008 год. Всем больным была выполнена панкреатодуоденальная резекция по поводу хронического панкреатита (5) и рака поджелудочной железы (40). В ближайшем послеоперационном периоде летальность составила 8,9%. В отдаленном периоде 8 больных с раком прожили от 18 до 34 месяцев. Один пациент прожил 10 лет.

Ключевые слова: хронический панкреатит, панкреатодуоденальная резекция.

RESULTS OF PANCREATODUODENECTOMIES

G.D. Gunzynov^{1,2}, Ch.V. Sodnomov¹, B.G. Garmayev¹, V.P. Saganov^{1,2}, B.S. Khabinov¹⁽¹⁾Republican Clinical Hospital named after N.A. Semashko, Ulan-Ude;⁽²⁾Buryat Branch SCRRS SB RAMS, Ulan-Ude)

Summary. Outcomes of 45 patients treated in surgical department N 1 of Republican Clinical Hospital named after N.A. Semashko from 1993 till 2008 were analyzed. All patients underwent pancreatoduodenal resection on chronic pancreatitis (5) and pancreatic cancer (40). In the nearest postoperative period lethality made 8.9%. In remote period 8 patients with cancer lived from 18 to 34 months. One patient lived 10 years.

Key words: chronic pancreatitis, pancreatoduodenectomy.

Несмотря на достижения хирургии гепатопанкреатодуоденальной зоны, рак поджелудочной железы (ПЖ) остается до конца нерешенной проблемой. В России заболеваемость раком поджелудочной железы в возрастной группе 40-69 лет достигла в 2004 году 4-го рангового места и с 1999 по 2004 год смертность от данного заболевания возросла на 16,2% [2]. На момент постановки правильного диагноза 80-85% больных уже неоперабельны в связи с местным или отдаленным распространением опухолевого процесса [6]. При этом средняя продолжительность жизни пациентов с нерезектабельным раком поджелудочной железы составляет около 6-7 месяцев [7]. После радикального оперативного лечения 5-летняя выживаемость больных с данной патологией по результатам различных клиник мира колеблется от 0 до 30% [4].

Целью исследования явилось изучение ближайших и отдаленных результатов панкреатодуоденальных резекций у больных с опухолями головки поджелудочной железы.

Материалы и методы

Нами рассмотрены ближайшие результаты 45 панкреатодуоденальных резекций (ПДР), выполненных в хирургическом отделении № 1 Республиканской клинической больницы имени Н.А. Семашко г. Улан-Удэ по поводу опухолей головки ПЖ. В пяти случаях при гистологическом исследовании был верифицирован хронический псевдотуморозный панкреатит, а в остальных наблюдениях — рак (аденокарцинома). Возраст пациентов составил 35-71 год. Мужчин было 22, женщин — 18.

Для установления диагноза, помимо общеклинических и биохимических анализов, нами были применены УЗИ, КТ, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), онкомаркеры (СА-19-9 или СА-242, РЭА, АФП), рентгенография легких.

При высоком уровне билирубина крови (приблизительно 150-200 ммоль/л и выше) в 14 случаях операция производилась двухэтапно: первый этап — осуществлялась декомпрессия желчных путей и проводилась тщательная ревизия брюшной полости с определением целесообразности проведения в последующем второго — радикального этапа операции. В начальный период внедрения ПДР на первом ее этапе мы отдавали предпочтение внутреннему дренированию желчных протоков преимущественно путем холецистоэнтеростомии (4 случая), когда проходимость пузырного протока не вызывала сомнений. Данное пособие рассматривалось

как первый этап радикального вмешательства, когда при тщательной ревизии органов брюшной полости устанавливалась возможность выполнения в дальнейшем ПДР.

Результаты и обсуждение

Первый опыт показал, что радикальный этап вмешательства после билиодигестивных соустьев сопровождается техническими трудностями, обусловленными спаечным процессом, повышенной кровоточивостью тканей, а также необходимостью в ряде случаев реконструкции ранее сформированного анастомоза. Поэтому в более поздний период внедрения ПДР на первом ее этапе мы стали отдавать предпочтение наружному дренированию гепатикохоледаха (10 случаев) как методу более простому в исполнении и создающему меньше технические трудности во время радикальной операции. В 1 случае был установлен стент из синтетической трубки через большой сосочек двенадцатиперстной кишки.

Панкреатодигестивные соустья нами были выполнены в 2 вариантах: панкреатозентеростомия «конец в конец» преимущественно при мягкой консистенции железы и узком вирсунговом протоке и — панкреатикозентеростомия «конец в бок» при широком диаметре панкреатического протока и плотной капсуле железы.

При 42 случаях обоих видов анастомозов нами устанавливался «потерянный» дренаж из перфорированной полихлорвиниловой трубки соответствующего просвета в главный панкреатический проток со свободным концом в кишке длиной до 3-5 см. Однако в 3-х случаях инвагинационный анастомоз нами был сформирован без дренирования вирсунгова протока ввиду его чрезмерно малого диаметра.

При применении первой модификации для профилактики несостоятельности анастомоза считали обязательным конструкцию анастомоза с расположением культи ПЖ на инвагинированную вовнутрь серозную оболочку кишки [1].

При втором варианте операции производилось прецизионное анастомозирование вирсунгова протока в бок петли тонкой кишки атравматическими нитями в 4-5/0 с перитонизацией вторым рядом серозно-мышечных швов с захватом капсулы ПЖ. При формировании билиодигестивных анастомозов в ряде случаев была выполнена холецистоэнтеростомия. Однако в тех случаях, когда проходимость пузырного протока вызывала сомнения, мы склонялись в пользу выполнения холедохэнтероанастомоза.

Нами выявлены 7 случаев ранних послеоперационных осложнений, которые наблюдались у больных с раком ПЖ (табл. 1). При этом в 4-х наблюдениях из первых 15 операций осложнения носили фатальный характер. В последующей серии из 30 оперативных вмешательств летальных случаев не было отмечено.

Таким образом, в ближайшем послеоперационном периоде летальность составила 8,9%.

Таблица 1

Ранние осложнения панкреатодуоденальных резекций

Название осложнения	Количество	Умерли
Несостоятельность панкреатодигестивного анастомоза «конец в конец»	2	2
Несостоятельность гепатикозентероанастомоза	1	—
Синдром полиорганной недостаточности	1	1
Внутрибрюшное кровотечение	1	1
Гастростаз	2	—
Всего	7	4

Как видно из таблицы 1, несостоятельность анастомозов наблюдалась у 3-х пациентов, оперированных одномоментно: в 2-х случаях — панкреатодигестивного анастомоза «конец в конец» с «потерянным дренажем», когда, на наш взгляд, были несколько превышены показания к радикальной операции, которая сопровождалась краевой резекцией верхней брыжеечной вены ввиду прорастания ее опухолью и в 1 — холедохозентероанастомоза. В первом случае оба больных умерли на фоне распространенного перитонита, однако во втором — удалось добиться заживления билиодигестивного свища консервативно. Здесь следует отметить, что у пациентов, оперированных без дренирования вирусного протока, осложнений не наблюдалось.

Синдром полиорганной недостаточности развился после одномоментного оперативного вмешательства, предпринятого при уровне общего билирубина крови

>200 ммоль/л и, кроме того, операция протекала с большими техническими трудностями, что усугубило исходно тяжелое состояние пациента. Одна пациентка умерла в течение первых суток послеоперационного периода от внутрибрюшного кровотечения, возникшего из сосудов культи крючковидного отростка поджелудочной железы.

Выраженный гастростаз наблюдался у 2-х больных из 5 после пилоросохраняющего вмешательства, однако в обоих случаях с данной патологией удалось с трудом справиться консервативно.

Отдаленные результаты прослежены у 10 больных: у 9 — с раком поджелудочной железы и у 1 — с хроническим панкреатитом. При злокачественном процессе сроки выживания пациентов составили от 1 до 10 лет. 9 пациентов умерли от рецидива опухоли в период от 18 до 34 месяцев, а 1 больной — через 10 лет — от двустороннего пиелонефрита. У одного больного с хроническим панкреатитом через 2 года после операции отмечено удовлетворительное состояние и хорошее качество жизни. Пациент прибавил в весе 10 кг.

Таким образом, из вышеизложенного следует:

- При высоком уровне билирубина крови (приблизительно >150-200 ммоль/л) необходимо выполнять ПДР двухмоментно. При отсутствии эффективных паранеопластических пособий на первом этапе следует отдавать предпочтение наружному дренированию желчных путей перед билиодигестивными анастомозами.

- Необходимы тщательные дооперационное обследование больных с применением высокотехнологичных методов диагностики и интраоперационная ревизия опухолевого процесса для наиболее точного определения выполнимости ПДР.

- При ПДР возможно эффективное применение инвагинационной панкреатоюностомии «конец в конец» и панкреатикоеюностомии «конец в бок» с установлением «потерянного дренажа». Однако в случаях чрезмерно узкого протока последнее не обязательно.

- В случае сохранения проходимости пузырного протока билиодигестивное соустье возможно формировать путем наложения холедохозентероанастомоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Витебский Я.Д. Клапанные анастомозы в хирургии пищеварительного тракта. — М.: Медицина, 1988. — 112 с.
2. Давыдов М.И., Аксель Е.М., Сельчук В.Ю. и др. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2004 году // Вестник Рос. онкол. научн. центра им. Н.Н. Блохина РАМН. — 2006. — Т. 17, Прилож. 1. — С. 1-132.
3. Кочатков А.В., Кубышкин В.А., Кармазановский Г.Г. и др. Внутрипротоковые папиллярно-муцинозные опухоли поджелудочной железы (обзор литературы) // Анналы хирургической гепатологии. — 2008. — Т. 13, № 2. — С. 102-108.
4. Кубышкин В.А., Щеголев А.И., Балукова О.В., Кочатков А.В. Отдаленные результаты лечения протоковой аденокарциномы головки поджелудочной железы: факторы, влияющие на

прогноз течения заболевания. // Анналы хирургической гепатологии. — 2004. — Т. 9, № 1. — С. 129-134.

5. Патютко Ю.И., Котельников А.Г., Косырев В.Ю. и др. Современные данные о возможностях хирургического лечения больных раком поджелудочной железы и периаппендикулярной зоны // Современная онкология. — 2000. — Т. 2, № 1. — С. 42-44.

6. Todd K.E., Reber H.A. Prognostic Considerations in Pancreatic Cancer // Atlas of Clinical Oncology, Pancreatic Cancer. — London: Bc Decker Inc. Hamilton, 2001.

7. Ouchi k., Sugavara T., Ono H., et al. Palliative Operation for Cancer of the Head of the Pancreas: Significance of Pancreaticoduodenectomy and Intraoperative Radiation Therapy for Survival and Quality of Life // World J. Surg. — 1998. — Vol. 22. — P. 413-417.

Адрес для переписки: г. Улан-Удэ, ул. Павлова, 12, Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко; Гунзынов Галан Дамбиевич — д.м.н., зав. хирургическим отделением №1; Саганов Владислав Павлович — к.м.н., врач-хирург РКБ им. Н.А. Семашко

©ДАМБАЕВ Г.Ц., ТОПОЛЬНИЦКИЙ Е.Б., СОКОЛОВИЧ Е.Г., ГЮНТЕР В.Э., ХОДОРЕНКО В.Н. — 2009

РАЗРАБОТКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СПОСОБА ЗАКРЫТИЯ КУЛЬТЫ БРОНХА ИМПЛАНТАТАМИ НА ОСНОВЕ НИКЕЛИДА ТИТАНА

Г.Ц. Дамбаев¹, Е.Б. Топольницкий¹, Е.Г. Соколович¹, В.Э. Гюнтер², В.Н. Ходоренко²

(¹Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск, ректор — д.м.н., акад. РАМН В.В. Новицкий;

²НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы при СФТИ и ТГУ, г. Томск, директор — д.ф.-т.н., проф. В.Э. Гюнтер)

Резюме. Анализ экспериментальной и клинической апробации способа закрытия культи бронха имплантатами на основе TiNi показывает, что он обеспечивает заживление культи первичным натяжением, тем самым предот-