

мочеточника, что потребовало пластики лоханочно-мочеточникового сегмента.

Заключение. Кистозная дистрофия стенки ДПК без выраженного «ортотопического» панкреатита демонстрирует патогенетические,

клинические, диагностические и терапевтические аспекты, обуславливающие возможность эффективного хирургического лечения, ограниченного вмешательством только на ДПК без резекции ПЖ.

РЕЗУЛЬТАТЫ СТАНДАРТНЫХ И РАСШИРЕННЫХ ПДР ПРИ ПРОТОВОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Егоров В.И., Мелехина О.В., Вишневский В.А., Шевченко Т.В.

Институт хирургии им. А.В. Вишневского, г. Москва, Россия
(директор – академик В.Д. Федоров)

Введение. Неудовлетворительные результаты стандартного хирургического лечения протоковой аденокарциномы (ПА) поджелудочной железы (ПЖ) требуют исследования результатов расширенных панкреатодуоденальных резекций (ПДР).

Цель исследования – улучшение результатов лечения ПА ПЖ.

Материалы и методы. Проспективное контролируемое исследование результатов 30 стандартных и 30 расширенных панкреатодуоденальных резекций (ПДР) по поводу ПА головки ПЖ с 2004 по 2008 г.

Результаты. Среди расширенных (РПДР) операций 20 были радикальными и 10 расширенными радикальными ПДР. Резекция воротной вены выполнена однажды в группе стандартных (1,6%) и в 9 (30%) случаях – в группе расширенных операций. Среднее количество удаленных лимфоузлов было значимо больше при расширенных вмешательствах (28 и 14) ($p < 0.01$). Сравнение летальности (6,6% и 6,6%), среднего времени операции (5,05 ч. при стандартных и 6,4 ч. при расширенных), осложнений (59% и 52%), количества релапаротомий

(8,3% и 13,3%), кровопотери (7,1 и 8,3 дл) частоты R0-резекций (66,6% vs. 83,3%) выявило значимые различия во времени операции и частоте R0-резекций. Основным осложнением стандартных ПДР была панкреатическая фистула (18,3% – для стандартных и 3,3% – для расширенных) и желчеистечение (11,6% и 4%). После 30% РПДР отмечались диарея и лимфорея. Трех- и пятилетняя общая выживаемость после СПДР не отмечена. После РПДР она составила 25% и 17% с медианой выживаемости (МВ) 10 и 12 месяцев. Для опухолей от 2 до 4 см МВ равнялась 10 месяцам после СПДР и 19 месяцев – после РПДР ($p = 0,01$). Для стадии 2б МВ была 9 месяцев после СПДР и 16,5 месяцев – после РПДР. Местный рецидив отмечен в 59% случаев СПДР и в 15% случаев – после РПДР ($p = 0,006$). Стадия опухоли 9 (30%) больных после РПДР была изменена со II на IV в связи с вовлечением парааортальных лимфоузлов.

Заключение:

1. Летальность и уровень послеоперационных осложнений при стандартных и расширенных ПДР сопоставимы.

2. Расширенный объем операции снижает количество нерадикальных операций, местного рецидива и может увеличить продолжительность жизни при размере опухоли от 2 до 4 см. Большая продолжительность жизни пациентов с 2б стадией после расширенных операций может объясняться как эффективностью расширенных вмешательств, так и неадекватным стадированием при стандартных ПДР.

ОПЫТ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ В ФГУ «ПОМЦ ФМБА России»

Кучин Д.М., Загайнов В.Е., Горохов Г.Г., Белослудцев Д.Н., Васенин С.А., Судаков М.А., Кукош В.М., Николаев Ф.В.

ФГУ «ПОМЦ ФМБА России», г. Нижний Новгород

В период с 2006 по 2010 год в ФГУ "ПОМЦ ФМБА России" выполнены 72 панкреатодуоденальные резекции как при доброкачественных, так и при злокачественных образованиях органов билиопанкреатодуоденальной зоны. 33 (45,8%) больным проводилось дооперационное дренирование желчных протоков,

методом выбора являлась чрескожная холецистостомия (при сохраненном желчном пузыре) или чрескожная чреспеченочная холангиостомия (при удаленном желчном пузыре). Радикальная операция выполнялась при снижении уровня билирубина ниже 80 мкмоль/л. Всем больным были сформированы панкреатоеюноанастомоз на вирсунгостомическом дренаже и гепатикоеюноанастомоз на выключенной по Ру петле. 18 больным при «сочной» железе к панкреатоеюноанастомозу, модифицированному по В.А. Соловьеву, была уставлена дренажно-поролонная система (ДПС). У 9 (50%) из них наблюдались различные осложнения (панкреатический свищ, недостаточность