

**СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ ГАСТРОСТАЗА
ПОСЛЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ**

**Скипенко О.Г., Шатверян Г.А., Тарасюк Т.И.,
Ратникова Н.П., Беджанян А.Л.,**

Российский научный центр хирургии РАМН, Москва

Гастростаз является одним из частых осложнений после панкреатодуоденальной резекции (ПДР), увеличивающим послеоперационный койко-день и ухудшающим качество жизни в раннем п/о периоде. Гастростаз отмечается в 41% случаев после классической и в 61% случаев – после пилоруссох-раняющей ПДР.

Цель. Уменьшить частоту гастростаза после ПДР, используя оригинальную методику реконструкции, разработанную в РНЦХ.

Материалы и методы. Изучены результаты 77 панкреатодуоденальных резекций по поводу злокачественных новообразований периампулярной

области, выполненных с декабря 2007 по декабрь 2009 гг. У 37 из них (I группа) реконструктивный этап выполнен с формированием гастроэнтероанастомоза по методике РНЦХ – впередиободочно изоперистальтически с большой кривизной желудка (бок в бок). В контрольную группу (II группа) включены 40 последовательных ПДР с реконструкцией по стандартной методике (конец желудка в бок кишки). Сформированные группы сравнимы по полу, возрасту, заболеванию. Для выявления преимуществ новой методики формирования гастроэнтероанастомоза на течение раннего послеоперационного периода проанализированы результаты лечения в обеих группах по следующим факторам: частота гастростаза, длительность назогастрального дренирования, частота несостоятельности анастомозов, послеоперационный койко-день, использование в профилактических целях октреотида.

Результаты. Продолжительность назогастрального дренирования в послеоперационном периоде

в основной группе составила $3,5 \pm 2,9$ дня (1–14 дней), в контрольной – $9,4 \pm 5,1$ дней (4–30 дней) ($p=0,0000$). Нарушение эвакуации из желудка более 7 суток наблюдали у 2 (5,4%) и 22 (55%) пациентов соответственно в I и II группах ($p=0,00018$). Частота несостоятельности анастомозов также оказалось высокой в контрольной группе: 10 против 0 в I группе ($p=0,0098$). Общее количество больных с различными осложнениями в контрольной группе составило 27 больных (67,5%), в исследуемой – 5 (13,5%) ($p=0,00049$). Послеоперационный койко-день во II группе составил 27 ± 18 (7–103), в I группе – $18,7 \pm 15$

(8–77) ($p=0,002$). Октреотид с целью профилактики послеоперационных осложнений использовали во II группе у 26 пациентов, в I гр. – у 21 больного. Пептические язвы желудка в отдаленном периоде наблюдали у 2 пациентов (по 1 в каждой группе).

Заключение. Методика РНЦХ по формированию гастроэнтероанастомоза позволяет значительно снизить частоту развития гастростаза в раннем послеоперационном периоде после панкреатодуоденальной резекции, а также частоту других осложнений, связанных с несостоятельностью анастомозов.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФРАКРАСНОЙ ТЕРМОМЕТРИИ В ОЦЕНКЕ ЭВОЛЮЦИИ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ИНФИЛЬТРАТА

Фирсова В.Г., Потехина Ю.Л., Градусов В.Л., Паршиков В.В.

Нижегородская государственная медицинская академия, МЛПУ "Городская больница №35"

Острый панкреатит – фазно-протекающее заболевание, в течение которого происходит не только появление новой симптоматики и осложнений, но и трансформация самой сущности патологического процесса. Это означает различную опасность для жизни больного на разных этапах развития болезни, а также наличие «узловых» точек, важных для принятия тактических решений. Наибольший интерес вызывают, безусловно, деструктивные формы заболевания. Большинство хирургов считают, что необходимость в операции возникает при формировании инфицированного панкреонекроза. Однако критерии диагностики инфицирования при некротическом панкреатите далеки от однозначного толкования. На 5–14 сутки заболевания больные некротическими формами панкреатита вступают в реактивную фазу, клиническим проявлением которой является панкреатический инфильтрат. Каждый из клинических вариантов течения панкреатогенного инфильтрата имеет свой прогноз для жизни пациента, а также требует принципиально разного по объему и срокам выполнения оперативного лечения. Существующие методы контроля над состоянием инфильтрата (пальпаторное исследование, УЗИ, КТ, МРТ) позволяют выявить осложнения, дают информацию о некоторых характеристиках – динамике размеров, наличии секвестров. Однако они не могут предсказать их развитие.

Целью данной работы явилась оценка первого опыта применения инфракрасной термометрии для прогнозирования эволюции инфильтрата при остром панкреатите.

Материал и методы. В данное исследование были включены 20 пациентов с инфильтративно-некротическим панкреатитом, находившихся на лечении в хирургическом отделении МЛПУ «Городская больница №35» в 2009–2010 гг. Всем больным проводили динамическую оценку клинического течения заболевания (выраженность болевого синдрома, повышение температуры тела в вечернее и утреннее время, размеры инфильтрата, определяемые при пальпации), лабораторных показателей, УЗИ брюшной и плевральной полостей, в ряде случаев – КТ, МРТ. Локальную термометрию осуществляли серийно выпускающимся инфракрасным термометром CEM Thermodiagnosics. Измерения выполняли в эпицентре инфильтрата (основная точка), в трех других точках в проекции инфильтрата и в точке, расположенной на 3 см выше середины паховой связки ежедневно в одно и то же время утром до приема пищи. Показатели местной температуры имели значения от $32,0^\circ\text{C}$ до $35,6^\circ\text{C}$. Локальное повышение температуры более, чем на $0,7^\circ\text{C}$ в основной точке коррелировало с нарастанием признаков интоксикации, сохранением или усилением боли, отсутствием эхоскопической динамики. В данном случае имело место прогрессирование воспаления и формирование абсцесса. У нескольких больных мы наблюдали, наоборот, понижение температуры в основной точке по сравнению с контрольными. У этих пациентов эхоскопически отмечалось жидкостное образование в центре инфильтрата с однородным анэхогенным содержимым. В дальнейшем исходом было рассасывание жидкости или формирование постнекротической кисты. Прогрессирование процесса в поджелудочной железе с формированием гнойников приводит к сосудистому полнокровию, увеличению теплопродукции за счет катаболических процессов и, как следствие, к повышению местной температуры аналогично любому очагу острого воспаления. Понижение температуры в эпицентре инфильтрата связываем с формированием обширной бессосудистой зоны