

послеоперационном периоде умерло 4 (25%) человека. Причинами летального исхода были: цирроз печени – 1, инсульт – 1, инфаркт миокарда – 1, гнилостный ишиоректальный парапроктит на фоне тяжелого инсулинозависимого сахарного диабета – 1. Показатели общего физического компонента здоровья по шкалам опросника MOS SF – 36 составили: $74,2 \pm 4,3^*$ и $44,1 \pm 4,2$ балла у пациентов с хорошими и удовлетворительными результатами соответственно, а показатели общего психологического компонента здоровья – $81,5 \pm 4,1^*$ и $52,3 \pm 4,8$ балла соответственно (* $p < 0,05$ по сравнению со значениями, имевшимися до операции).

У 6 человек, перенесших изолированную резекцию головки ПЖ, получены хорошие отдаленные результаты. Через 1 год после операции сохраняются нарушения пищеварения, однако ещё в меньшей степени, чем через 6 месяцев и преимущественно в виде умеренной стеатореи. При этом они носят компенсаторный характер и не приводят к клинически выраженным проявлениям внешнесекреторной панкреатической недостаточности. Тем не менее, все пациенты периодически принимают панкреатические ферменты. На инвалидности находятся два человека, а остальные сохраняют трудоспособность. По шкалам опросника MOS SF – 36 в данной группе общий физический компонент здоровья составил $79 \pm 1,8$ баллов, а общий психологический компонент здоровья – $81 \pm 3,2$ балла, что достоверно выше аналогичных показателей до операции.

ВОЗМОЖНОСТИ ПАНКРЕАССОХРАНЯЮЩИХ МЕТОДОВ В ХИРУРГИИ КИСТОЗНОЙ ФОРМЫ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ДИСТРОФИИ

Егоров В.И., Козлов И.А., Яшина Н.И., Сорокина Е.А., Ванькович А.Н.

*Институт хирургии им. А.В. Вишневского РАМН, г. Москва;
Городская клиническая больница №12 ДЗ г.Москвы*

Кистозная дистрофия стенки двенадцатиперстной кишки или дуоденальная дистрофия (ДД) – это редкое заболевание, в основе которого лежит хроническое воспаление ткани поджелудочной железы (ПЖ), эктопированной в стенку двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Основным методом хирургического лечения этого заболевания является панкреатодуоденальная резекция (ПДР), хотя было представлено несколько сообщений об успешном использовании сандостатина или эндоскопического лечения у ряда больных.

Анализ демографических, клинических и инструментальных данных, методов хирургического лечения ДД показал, что постоянная или рецидиви-

Следовательно, ПДР при осложнённых формах ХП является эффективной операцией, устраняющей основной патологический процесс и значительно улучшающей качество жизни пациентов. При этом не только профилактруется возможность дальнейшей злокачественной трансформации, но и устраняются ошибки диагностики малигнизации. Наличие достаточно большого числа отдаленных неудовлетворительных результатов после ПДР обусловлено запущенностью основного заболевания, сопровождавшегося тяжелыми осложнениями (средняя продолжительность заболевания до вмешательства составляла 7,6 лет).

Пилоросохраняющий вариант ПДР в отдаленном периоде имеет преимущества по сравнению с классической операцией. Тем не менее, эта операция возможна при отсутствии вовлечения в процесс луковицы ДПК и пилорического отдела желудка, что диктует необходимость более раннего установления показаний к оперативному лечению больных ХП.

Своевременная диагностика форм ХП даёт возможность проведения варианта дуоденосохраняющей (изолированной) резекции головки ПЖ. Эти операции существенно расширили арсенал операций при ХП. Тем не менее, пока ещё они не нашли широкого применения. Следует подчеркнуть, что по показаниям операцию удаления головки ПЖ необходимо выполнять на более ранних сроках, предотвращая тяжёлые осложнения ХП.

рующая боль в животе отмечалась у всех больных, потеря веса – у 51%, рвота – у 26%, желтуха – у 20% больных.

Наиболее точными диагностическими методами были КТ, эндоУЗИ и МРТ. Оперировано 22 больных: выполнены ПДР (10), удаление головки ПЖ с резекцией вертикальной ветви ДПК и дуоденодуоденоанастомозом (2), резекция головки поджелудочной железы с иссечением кисты стенки первой порции ДПК (2), резекция желудка (1), резекция вертикальной ветви ДПК с дуоденодуоденоанастомозом (2), дуоденэктомия (1) и резекция вертикальной ветви ДПК с реконструкцией ее кишечной вставкой (2). Четверым больным выполнены дренирующие вмешательства на протоковой системе ПЖ – панкреатико- и цистоэнтероанастомозы.

Послеоперационная и поздняя летальность – 0. 77% больных отмечают исчезновение болей и 23% – уменьшение их интенсивности. В двух случаях после ПДР на фоне выраженного хронического панкреатита отмечено нарушение толерантности к глюкозе. В одном случае ПДР на фоне забрюшинного фиброза осложнилась электротравмой

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 ПРОТОВОКОВОЙ 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 лимфоррея. 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 панкреатоеноаноанастомоз на вирсунгостомическом дренаже и гепатикоеноаноанастомоз на выключенной по Ру петле. 18 больным при «сочной» железе к панкреатоеноаноанастомозу, модифицированному по В.А. Соловьеву, была уставлена дренажно-поролонная система (ДПС). У 9 (50%) из них наблюдались различные осложнения (панкреатический свищ, недостаточность