

досягало максимальних цифр на 7–10 добу, не перевищуючи $(490 \pm 26) \times 10^9/\text{л}$. На 18–20 добу число тромбоцитів нормалізувалося. Після СЕ, починаючи з 3–5 доби число тромбоцитів зростало у середньому з $(252 \pm 36) \times 10^9/\text{л}$ до $(510 \pm 46) \times 10^9/\text{л}$, на 10–14 добу досягало у середньому $(880 \pm 64) \times 10^9/\text{л}$, що більше ніж два рази перевищує фізіологічну норму ($P < 0,05$). На 20 добу у постраждалих без АУЛТ гіпертромбоцитоз зберігався на зазначених цифрах, незначно зменшуючися у подальшому. При контрольному дослідженні через 3 місяці у цих хворих зберігалася підвищена кількість тромбоцитів у середньому на рівні $(680 \pm 36) \times 10^9/\text{л}$, у віддалений період спостереження (1,5–3 роки) тромбоцитоз зберігався. Після АУЛТ, починаючи з 20 доби

число тромбоцитів починало зменшуватися, на 25–30 день рівнялося $(480 \pm 26) \times 10^9/\text{л}$, а через 3 місяці суттєво не відрізнялося від нормальних показників. У віддалений термін спостереження (1,5–3 роки) у цих реконвалесцентів число тромбоцитів не перевищувало нормальні значення.

У постраждалих після спленектомії, яким додатково використана АУЛТ, зменшення числа тромбоцитів розпочинається після початку функціонування пересаджених фрагментів селезінки на 20–25 добу. Зменшення числа тромбоцитів корелює із збільшенням маси аутолієнотрансплантату. При контрольному дослідженні через 3 місяці і у віддалений термін спостереження (1–3 роки) число тромбоцитів не відрізнялося від нормальних показників.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ПАНКРЕАТОДИГЕСТИВНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Б. С. Запорожченко, В. Н. Качанов, О. Б. Зубков, И. Е. Бородаев, А. А. Горбунов, П. Т. Муравьев

*Одесский областной медицинский центр,
Одесский национальный медицинский университет*

Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) является единственным радикальным методом оперативного лечения злокачественных образований гепатопанкреатодуоденальной зоны и хронического "головчатого" индуративного панкреатита. Данные операции представляет собой одно из наиболее травматичных вмешательств, в связи с чем, в послеоперационном периоде у больных возможно развитие осложнений, нередко приводящих к летальному исходу. Так, в раннем послеоперационном периоде, наиболее частыми осложнениями являются несостоятельность панкреатодигестивных анастомозов, полиорганная недостаточность, культевой панкреатит, при развитии которых почти у половины больных наступает летальный исход. Летальность больных, перенесших панкреатодуоденальную резекцию (ПДР), колеблется от 5 до 10%, а послеоперационные осложнения имеют место в 20–70% случаев. Таким образом, ранний послеоперационный период представляет собой наиболее опасный промежуток реабилитации больных, что свидетельствует об актуальности сравнительного анализа результатов их лечения с учётом различного характера хирургических вмешательств на реконструктивном этапе выполнения ПДР.

Цель работы: улучшить результаты хирургического лечения и минимизировать риск послеоперационных осложнений у больных с обструктивными заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны на основе совершенствования технологии выполнения панкреатодуоденальной резекции.

К настоящему времени по поводу рака гепатопанкреатобилиарной зоны и хронического панкреатита (ХП) в клинике выполнены 154 ПДР. В данное исследование вошли наблюдения 131 больного которым выполнены ПДР с 1997 по 2012 г. Все больные были разделены на две группы. Основную группу составили 107 больных, оперированных в клинике в период 2005–2012 г. по предложенным клини-

кой методам наложения панкреатодигестивных анастомозов. Контрольную группу составили 24 больных, которые оперированы ранее в клинике с 1997 по 2005 г. по стандартным методикам наложения панкреатодигестивных анастомозов.

Из 102 (77,9%) больных с опухолевыми поражениями, опухоли головки поджелудочной железы (ПЖ) выявлены более чем у половины больных – у 59 (45%), рак периапулярной зоны – у 43 (33%) больных. В группе с ХП 29 (22,1%) больных, у которых наблюдалось псевдотуморозное поражением головки ПЖ.

По виду оперативных вмешательств больные разделены на четыре группы. Каждая из этих четырех групп, разделена на подгруппы больных с применением криовоздействия и без него. Первую группу составили 51 больной – которым выполнена ПДР с наложением терминолатерального панкреатоеюноанастомоза (ПЕА) операция Уиппла. Во второй группе (24 больных) с терминотерминальным панкреатоеюноанастомозом (операция Шалимова – Копчака). В третьей группе – 12 больным выполнена ПДР с наложением панкреатогастроанастомоза (ПА) по методике клиники. В основе данного метода лежит усовершенствование способа наложения панкреатогастрального анастомоза в условиях селективно–проксимальной ваготомии (СПВ), что позволяет снизить количество и агрессивность желудочного сока и достичь уменьшения секреторной активности ПЖ, предотвращает повреждение культи поджелудочной железы, значительно снижает риск развития таких осложнений как несостоятельность анастомоза, свищи, ЖКК и т.д.

Предложенный способ наложения панкреатоеюноанастомоза при хирургическом лечении обструктивных заболеваний органов билиопанкреатодуоденальной зоны по методике клиники заключается в том, что культу ПЖ вшивали в дубликатуру тонкой кишки, которая по своему диаметру

была больше диаметра культи ПЖ — первый этап. Это позволяло избежать натяжения тканей, покрыть край ПЖ стеной кишки и наложить дополнительные серо-серозные швы между брюшиной, покрывающей ПЖ и серозной оболочкой кишки. С целью предупреждения заброса панкреатического содержимого в просвет кишки и неблагоприятного воздействия на анастомоз, дренируют Вирсунгов проток тонким поливиниловым "потерянным" дренажом. Второй этап — внутреннее дренирование и изолированное вшивание Вирсунгова протока в ранее созданную дубликатуру тонкой кишки, формирование панкреатоюноанастомоза и муфты вокруг культи ПЖ и ранее созданного анастомоза. Полученные в данном исследовании результаты показали, что выполнение реконструктивного этапа ПДР традиционным способом, по Уипплу и Шалимову — Копчаку сопровождается развитием значительного количества осложнений, в пересчете на общее количество больных в данных группах составляют 19 (59,4%) и 7 (70%), а в подгруппах с применением криовоздействия 6 (31,6%) и 6 (42,8%) соответственно. Разработанная клиникой техника формирования панкреатоюноанастомоза на реконструктивном этапе ПДР обеспечивает снижение общего количества осложнений у больных по сравнению с традиционной методикой его выполнения по Уипплу, а также Шалимову — Копчаку в 1,98 и 1,97 раза, и панкреатогастроанастомозу в 1,16 и 1,4 раза соответственно. Общая летальность больных которым выполняли ПДР традиционным способом по Уипплу и Шалимову — Копчаку составила 9,8% и 8,3%. Общее количество осложнений в группе с панкреатогастроанастомозом составило 3, а с панкреатоюноанастомозом по методике клиники 4, летальных исходов в этих группах не было. При

этом следует подчеркнуть, что такое грозное осложнение как несостоятельность ПДА отмечалось у 15 больных в группах с традиционными методами выполнения ПДР, у одного больного с ПГА, в подгруппах с ПЕА несостоятельности не было. Таким образом, представленные в исследовании результаты показывают, что разработанные технологии формирования панкреатодигестивных анастомозов с применением криовоздействия на реконструктивных этапах выполнения ПДР при опухолевых заболеваниях панкреатодуоденальной зоны, а также у больных с хроническим головчатым фиброзно-индуративным панкреатитом, отличаются высокой эффективностью, хорошей динамикой клинических показателей при реабилитации больных в раннем послеоперационном периоде. При выборе метода наложения панкреатодигестивного анастомоза, в большинстве случаев мы отдавали предпочтение панкреатоюноанастомозу с внутренним дренированием и изолированным вшиванием протока по методике клиники. У больных с так называемой "мягкой" железой, мы накладывали панкреатогастроанастомоз.

Разработанные методики формирования панкреатоюноанастомоза на при выполнении ПДР обеспечивает снижение общего числа осложнений у больных в сравнении с традиционным наложением терминолатерального (по Уипплу), а также терминотерминального (по Шалимову — Копчаку) анастомоза соответственно в 1,98 и 1,97 раза.

Число больных с осложнениями уменьшается в ряду: терминолатеральный (по Уипплу) панкреатоюноанастомоз (59,4%), терминотерминальный по Шалимову—Копчаку (70%), панкреатогастроанастомоз (40%), по методике нашей клиники (10,5%).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ НЕОПУХОЛЕВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В. Г. Зурабиани, Н. Б. Карпова

Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова, Городская клиническая больница № 53, г. Москва, РФ

Цель — оценка результативности минимально инвазивных вмешательств в лечении рецидивирующего панкреатита и его осложнений.

За период с 2000 по 2013 . мы наблюдали 106 пациентов, которым авторами на различных этапах хирургического лечения осложненного панкреатита выполнялись чрескожные пункционно-катетеризационные вмешательства под контролем ультразвукографии. У 89 из них данные вмешательства были выполнены в стадии острого некротизирующего панкреатита, а 17 пациентам минимально инвазивные вмешательства производили по поводу сформированных интра- и парапанкреатических постнекротических псевдокист, возникших как осложнения рецидивирующего панкреатита. В 53% случаев (n=57) чрескожные вмешательства носили характер единственного и завершающего спо-

соба хирургического лечения, у 24% пациентов радиологические методы разрешения осложнений панкреатита были неэффективными (n=26), либо сопровождалась осложнениями (5,6%) (n=6), потребовавшими выполнения "открытых" лапаротомных операций. В 6 (5,6%) случаях исходом пункционного лечения кистозных образований были стойкие наружные панкреатические свищи, потребовавшие выполнения в последующем формирования панкреатодигестивных анастомозов. У 18 пациентов пункционные вмешательства были позиционированы как вспомогательный и дополнительный метод лечения осложнений открытых операций на поджелудочной железе (ПЖ). Объектом для выполнения пункционно-катетеризационных вмешательств были: острые панкреатогенные жидкостные скопления (ОЖС) — 44,3% (n=47), псевдокисты ПЖ — 27,3%