

В результате выполнения внутреннего дренирования (эндопротезирования) псевдокист было отмечено полное клиническое выздоровление всех пациентов с облитерацией или уменьшением полостей кист, определяемых при УЗИ и РКТ, отсутствием жалоб и симптомов, характерных для псевдокист.

Выводы. Наружное чрескожное чрезгастральное катетерное дренирование псевдокист поджелудочной железы несложно в техническом исполнении, практически не вызывает осложнений, позволяет осуществлять постоянный контроль за эвакуацией и составом содержимого кисты, обеспечивает адекватную декомпрессию и санацию дренируемой полости, сохраняет доступ для рентгеноконтрастного исследо-

вания, способствует формированию цистогастрального соустья, дает возможность для дальнейшего расширения объема вмешательства (до эндопротезирования или формирования ПЦДА на катетере).

При строгом соблюдении показаний к выполнению вмешательства и соответствующем отборе пациентов, а также при условии безупречной техники оперирования с применением всех необходимых инструментов и методов визуализации, внутреннее дренирование псевдокист поджелудочной железы с использованием эндопротезов типа «двойной pig tail» является наиболее эффективным малоинвазивным методом их лечения, значительно сокращая при этом сроки выздоровления.

ОПЫТ 125 ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫХ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННЫХ ФОРМАХ ПЕРИАМПУЛЯРНОГО РАКА С ОТСУТСТВИЕМ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ

*Восканян С.Э., Котенко К.В., Трофименко Ю.Г.,
Артемьев А.И., Забежинский Д.А.*

ФГУ «Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России», Москва, Россия

Цель – изучить непосредственные результаты радикального хирургического лечения локализованного периампиллярного рака (ПАР) на основании последовательного собственного опыта панкреато-дуоденальных резекций (ПДР).

Материал и методы. В исследовании проанализированы результаты 125 последовательно выполненных ПДР при локализованных формах ПАР в период с 2002 по 2010 гг. У 82 больных (65,6%) имел место рак головки поджелудочной железы (РГПЖ), у 32 (25,6%) – рак большого дуоденального сосочка, 7 (5,6%) – рак терминального отдела холедоха, 4 (3,2%) – рак двенадцатиперстной кишки. Возраст больных варьировал от 37 до 89 лет. У всех больных ПДР дополнялась лимфаденэктомией различной объема, причем у 64 больных РГПЖ – расширенной юкста-регионарной лимфаденэктомией с удалением 9, 10, 11, 12, 14, 15 и в ряде случаев 16 групп лимфоузлов, а также чревно-мезентериальной нейродиссекцией. У 94 больных (75,2%) выполнена пилоросохраняющая ПДР, у 31 (24,8%) – гастропанкреато-дуоденальная резекция. Формирование анастомоза с культей поджелудочной железы (ПЖ) осуществлено у 116 больных (92,8%), при этом панкреатоэнтероанастомоз сформирован у 80,2% из них, в остальных случаях применен панкреатикогастроанастомоз. Использовались только методики формирования анастомозов с изолированным вшиванием вирсунгова протока, при

этом предпочтение отдавали конце-петлевому панкреатоэнтероанастомозу, который был применен у 87 больных (69,6%). У 6 больных произведено полное наружное дренирование вирсунгова протока культя ПЖ (панкреатикостомия). У 2 больных в связи с отсутствием главного панкреатического протока культя ПЖ выполнено ее глухое ушивание на временном дренаже. У 1 больной отмечена полная агенезия тела и хвоста ПЖ. Реконструкция желудочно-кишечного тракта всегда осуществлялась на одной петле с использованием исключительно технологий прецизионного одно-рядного шва.

Результаты. Средняя длительность операции составила $318,4 \pm 26,3$ мин., средняя интраоперационная кровопотеря – $434,8 \pm 52,5$ мл. Случаев госпитальной летальности не отмечено. Общая частота послеоперационных осложнений составила 38,4%. Среди осложнений преобладали послеоперационный гастростаз, секреторная диарея, внутрибрюшные неинфицированные и инфицированные жидкостные скопления, послеоперационный панкреатит, плевропульмональные осложнения. Несостоятельности анастомозов не отмечено. Релапаротомии выполнены у 3 больных (2,4%): у двух в связи с внутрибрюшным кровотечением и у 1 по поводу подтекания желчи из холедохоэнтероанастомоза на 1-е сутки послеоперационного периода с развитием желчного перитонита, что потребовало реконструкции анастомоза. Средний послеоперационный койко-день составил $16,8 \pm 2,1$ сут.

Заключение. Использование современных безопасных технологий формирования анастомозов и эффективных методик профилактики осложнений позволило добиться отсутствия госпитальной летальности, минимизировать частоту послеоперационных осложнений и достигнуть хороших и отличных непосредственных результатов радикального хирургического лечения больных ПАР.