

Выводы:

1. Холецистэктомия в Белгородской области занимает второе место по частоте среди всех интраабдоминальных вмешательств после аппендэктомий.

2. Видеолапароскопическая холецистэктомия составляет 95,5% всех лапароскопических вмешательств.

3. Отмечается неуклонный рост больных с ЖКБ, требующих лечения в общехирургических стационарах, поскольку амбулаторная помощь (стационар на дому и т.д.) не оказывается.

4. Меньшая длительность пребывания больных в стационаре с неосложненной ЖКБ и низкая послеоперационная леталь-

ность диктует необходимость более широкого распространения плановых вмешательств. в частности ВЛХЭ являющейся "золотым стандартом лечения" данной категории больных.

5. Увеличение числа больных с осложненной ЖКБ, имеющих большее число послеоперационных осложнений и послеоперационную летальность обуславливает необходимость более широкого направления таких больных в ЛПУ областного центра, в частности в центр хирургии печени и поджелудочной железы, где накоплен достаточный опыт и имеется необходимая аппаратура для лечения данной категории больных.

ВЫБОР ПАЛЛИАТИВНОГО МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

*Седов А.П., Парфенов И.П.,
Карпачев А.А., Луценко В.Д., Мишустин А.М.*

Белгородский государственный университет, кафедра хирургических болезней,
Межтерриториальный центр хирургии печени и поджелудочной железы черноземья
(руководитель центра, заведующий кафедрой, д-р мед. наук, профессор Седов А.П.)

Актуальность темы. Рост заболеваемости, наряду с улучшением диагностики рака панкреатодуоденальной зоны, привел к увеличению числа больных, требующих оперативного лечения. По данным Zollinger, только в 1/6 всех случаев рака поджелудочной железы может быть произведена радикальная операция, в половине случаев – лишь паллиативный билиодигестивный анастомоз и в одной трети не может быть предпринято вообще никакого вмешательства. Однако, при радикальных и паллиативных вмешательствах сохраняется высокая операционная летальность, поэтому совершенствование методов хирургического лечения этого контингента больных.

Материал и методы исследования. В Межтерриториальном центре Черноземья хирургии печени и поджелудочной железы с 1977 по 2001 находились на лечении 576 больных с раком ПДЗ, из них мужчин было 345 (60%), женщин 231 (40%). Наиболее молодому больному было 33 года, наиболее старому – 83, средний возраст составил 62,1 г. Среди этой группы больных паллиативному хирургическому лечению подверглись – 459 (79,7%), мужчин было 271(59%), женщин 188 (41%).

Удельный вес различных локализаций рака выглядит следующим образом.

Таблица 1

Локализация опухоли	Количество больных	В % к общему числу
Рак головки поджелудочной железы	460	79,9%
Рак БСДК	94	16,3%
Рак дистального отдела холедоха	22	3,8%
Всего	576	100%

Результаты. Больные с раком ПДЗ имеют выраженные нарушения со стороны многих органов и систем, тяжесть их состояния во многом определяется длительным желчестазом, ведущим к нарушению функций печени и почек, сердечно-сосудистой системы, газообмена, метаболизма, свертываемости крови. Дополнительным фактором "риска" является возраст, так как чаще всего пожилые люди имеют сниженные резервы компенсации и различные сопутствующие заболевания. Подготовка больных к операции, интенсивная терапия и обезболивание не должны быть шаблонными.

Основными задачами предоперационной подготовки.

1. Устранение механической желтухи и ее последствий (острой печеночной недостаточности, холангита и др.).

2. Нормализация нарушений волеми, периферической и центральной гемодинамики, реологии крови.

3. Коррекция функции дыхания и газообмена.

4. Коррекция водно-электролитного и кислотно-щелочного баланса.

Тяжесть патологических нарушений, развивающихся при синдроме желчестазы, травматичность радикальных операций обуславливает высокую послеоперационную летальность, а быстрый прогрессирующий рост злокачественной опухоли в определенной степени дискредитирует в глазах врача - клинициста идею паллиативных вмешательств. Следует подчеркнуть, что в течении последних десятилетий целесообразность паллиативных желчеотводящих операций не вызывает сомнений.

Таблица 2

Таблица характера паллиативных оперативных вмешательств при раке ПДЗ

Характер оперативного вмешательства	Рак БСДК	Рак головки поджелудочной железы	Рак дистального отдела холедоха	ВСЕГО
ХДА	17	311	12	340
Холецистодуоденоанатомоз	1	8	1	10
Холецистоэнтероанатомоз с Брауновским соустьем	-	29	4	33
Холецистоэнтероанатомоз по Ру	-	7	1	8
Гепатикоеноанатомоз по Ру	-	1	1	2
Холецистогастростомия	-	3	-	3
Гепатикоеноанатомоз	-	4	-	4
Супрапапиллярная ХДА	1	-	-	1
Палиллотомия через опухоль	1	-	-	1
Эндоскопическая супрапапиллярная холедоходуоденостомия	10	-	-	10
ЭПСТ через опухоль	9	-	-	9
Холецистостомия	-	19	-	19
Наружное дренирование холедоха	-	-	1	1
Эксплоративная лапаротомия	1	17	-	18
ИТОГО	40	399	20	459

Выбор способа паллиативного хирургического лечения при раке ПДЗ определяется локализацией и распространенностью опухолевого процесса.

Так, при раке БСДК у 19 больных были выполнены эндоскопические вмешательства, причем у 4 оно явилось первым этапом с целью декомпрессии, позволившим выполнить радикальное вмешательство. У 15 больных с тяжелой сопутствующей патологией и возрастом старше 70 лет оно явилось окончательным паллиативным вмешательством, позволившим продлить жизнь одной больной на 3,5 года. Представленные в таблице остальные вмешательства выполнялись до применения эндоскопических технологий в лечении рака этой локализации. На современном этапе лечение данной категории больных осуществляется с дооперационной морфологической верификацией путем биопсии БСДК, осуществляемой в ходе дуоденоскопии. При опухолях головки поджелудочной железы выбор способа хирургического лечения осуществляется после ревизии органов брюшной полости, заключающейся в осмотре печени, желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков, мобилизации 12-перстной кишки по Кохеру, что дает возможность определить наличие метастазов, прорастание опухоли в забрюшинное пространство, установить степень вовлечения 12-перстной кишки в патологический процесс. Для выбора рационального билиодигестивного анастомоза необходимо установить анатомический уровень блокады желчных путей. С этой целью кроме операционной холангиографии, применяется визуальный контроль внепеченочных желчных путей. У больных с опухолями головки поджелудочной железы, при локализованном процессе со сдавлением интрапанкреатической части холедоха, паллиативной операцией выбора считается ХДА, как менее травматичный, который позволяет включить в желчеотток ДПК,

т.е. наиболее физиологично включает дуоденальный канал в процесс пищеварения, что способствует быстрой нормализации гомеостаза и снижает послеоперационную летальность в два раза. При продолженном опухолевом росте с распространением на супрадуоденальный отдел холедоха наличии истонченных стенок холедоха или явлениях гнойного холангита прибегали к наложению других билиодигестивных анастомозов (см. таблицу).

Только у 4 из 340 больных после ХДА в сроки 4-6 месяцев возникли явления ХДН, связанные с экстраорганным компрессией 12-перстной кишки опухолью головки поджелудочной железы, что потребовало наложения гастроэнтероанастомоза по Петерсону.

Интерес представляет группа "холестостомированных" больных – у 10 из них оперативное вмешательство выполнено как паллиативное ввиду наличия тяжелых сопутствующих заболеваний, пожилого и старческого возраста, а у 9 вначале явилось первым этапом радикального лечения, но развитие гепаторенального синдрома, связанного с декомпрессией, не позволило выполнить в последующем даже обходной билиодигестивный анастомоз и явилось окончательным.

Анализ отдаленных результатов применения ХДА у больных с раком дистального отдела холедоха показал его низкий паллиативный потенциал, поскольку уже через 3 месяца продолженный опухолевый рост приводил к обтурации анастомоза и рецидиву желтухи. Поэтому мы решили отказаться от выполнения ХДА при данной патологии в пользу гепатико- или холедоэнтероанастомоза.

После паллиативного хирургического лечения умерло 23 больных, после диагностических вмешательств (пробной лапаротомии, лапароскопии) – 12. Общее количество больных, умерших в ближайшем п/о периоде, составило – 35 человек (7,4%).

Причины летальных исходов

Непосредственная причина смерти	Количество
Острая почечно-печеночная недостаточность	19
Раковая интоксикация	5
ТЭЛА	3
Несостоятельность швов билиодигестивных анастомозов	6
Восходящий гнойный холангит с холангиогенными абсцессами печени, сепсис	2
Итого	35

Проводя сравнительный анализ различных видов билиодигестивных соустьев при раках ПДЗ, следует отметить, что сохранение дуоденального канала в пассаже желчи играет важную роль как в обеспечении необходимого уровня качества жизни, так и в стабилизации основных жизненных функций. Сравнение этих видов вмешательств даже по четырем выбранным нами критериями показывает преимущество билиодигестивных соустьев с сохранением дуоденального канала.

Таблица 4

	Летальность	Частота развития ОПН	Рвота желчью	Средний к/день
Билиодигестивное соустье с сохранением дуоденального канала – (374)	16 (4,2%)	26 (6,9%)	15 (4,0%)	15
Билиодигестивного соустья с исключением дуоденального канала из пассажа желчи – (64)	6 (9,4%)	17 (26,5%)	2 (3,1%)	18

Таблица 5

Отдаленные результаты паллиативного хирургического лечения рака ПДЗ

Продолжительность жизни после операции (лет)	Выживаемость %
1	40,1
2	20,4
3	16,1
4	10,2
5	7,7

Средняя продолжительность жизни после паллиативных операций составила 18,2 месяца.

Анализ нами отдаленных результатов паллиативного хирургического лечения рака ПДЗ показывает их несоответствие с литературными данными, по которым средняя продолжительность жизни составляет 4,5 – 5,5 мес. (Шатимов А.А. 1996). Это связано с тем, что в группу больных попали больные с хроническим псевдотуморозным панкреатитом. По данным Frazer и Bernhard, 7% опухолей поджелудочной железы, считавшихся злокачественными и поэтому резецированных, при гистологическом исследовании оказались опухолями воспалительной этиологии. В данной ситуации диагностическая ошибка привела к неправильной оценке прогноза заболевания, но не изменила метод хирургического вмешательства. Анализ историй болезни этих больных показал, что во время оперативного вмешательства не была проведена морфологическая верификация диагноза путем пункционной или инцизионной биопсии из-за опасности развития посттравматического панкреатита или увеличения

времени продолжительности операции из-за тяжелой степени механической желтухи или сопутствующей патологии.

Выводы:

1. ХДА – альтернативный метод паллиативного хирургического метода лечения рака ПДЗ, позволяющий включить дуоденальный канал в пассаж желчи, в отличие от других видов билиодигестивных анастомозов

2. При раке дистального отдела холедоха паллиативной операцией выбора нужно считать холедохоэюноанастомоз, имеющий больший паллиативный потенциал перед ХДА

3. К наложению других билиодигестивных анастомозов необходимо прибегать при невозможном выполнении ХДА (продолженный рост опухоли, наличие истонченных стенок холедоха, гнойного холангита)

4. У больных с раком БСДК при невозможности выполнения какого-либо оперативного вмешательства следует прибегать к использованию эндоскопического устранения механической желтухи.

О ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ ПОСЛЕ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ

А.А.Смирнов, В.Ф.Куликовский, В.М.Воронин, И.А.Шестаков, А.Н.Забровский.

Кафедра общей хирургии БелГУ, МГКБ №1, БОКБ №1

В свое время Вильям Холстед писал: «Если бы хирург занимался только грыже-сечением и больше ничем иным, то и тогда стоило бы стать хирургом и посвятить себя служению этому делу». И в настоящее время эта фраза не утратила своей актуальности, особенно в отношении послеоперационных вентральных грыж. По меткому выражению Le Torre (1897) «...мы наблюдаем столько послеоперационных грыж, сколько выполнено лапаротомий». Наиболее остро вопрос об этом заболевании встал на пове-

стке дня относительно недавно, с 90-х годов XIX в., с началом бурного развития брюшной хирургии. В связи с неудовлетворительными результатами лечения послеоперационные вентральные грыжи стали одной из самых больших и трудноразрешимых проблем герниологии. Актуальность проблемы объясняется самим фактом образования грыж после различных вмешательств на органах брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза. Частота образования грыж после различ-