

CHIRURGIA STOMACULUI SI DUODENULUI

J172

ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, РЕЗУЛЬТАТЫ И РАННИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ХИРУРГИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ПОСТБУЛЬБАРНЫХ И ЮКСТАПАПИЛЛЯРНЫХ ЯЗВ

Шепетько Е.Н., Шепетько А.Е., Ефремов В.В.*Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца. Киев, Украина*

Цель. Разработать способы операций с реимплантацией большого дуоденального сосочка (БДС), снизить послеоперационную летальность и количество послеоперационных осложнений в хирургическом лечении осложненных постбульбарных (ПБЯ) и юкстапапиллярных (ЮПЯ) язв. Материал и методы. Анализ подвергнуты ранние послеоперационные осложнения (РПУ) у 270 больных, оперированных по поводу осложненных постбульбарных (ПБЯ) (220 пациентов, 1 группа) и юкстапапиллярных язв (ЮПЯ) (50 пациентов, 2 группа). Залуковичной (постбульбарной) язвой считалась язва, расположенная на расстоянии не меньше 3 см от пилорического жома. Юкстапапиллярная (около-сосочковая) язва (ЮПЯ) – язва, находящаяся в непосредственной близости от БДС или вовлекающая его в язвенный процесс. Предложена модифицированная классификация осложненных ЮПЯ. I. Супрапапиллярная язва – язва, расположенная проксимальнее (выше) БДС, так, что между нею и БДС остается мостик слизистой не меньше 0,5 см и не больше 1 см. II. Парапапиллярная язва – язва, расположенная на уровне БДС справа или слева на расстоянии не меньше 0,5 см. III. Папиллярная язва – расположенная в зоне БДС с его частичным вовлечением. IV. Гигантская папиллярная язва со значительной деструкцией БДС, так что визуализируются отдельно устья желчного и панкреатического протока. V. Инфрапапиллярная язва – расположенная дистальнее (ниже) БДС не меньше, чем на 0,5 см. VI. Контрпапиллярная язва – расположенная напротив БДС на противоположной стенке ДПК. Разработаны методы реимплантации БДС при различных классах ЮПЯ в ДПК или тощую кишку с трансдуоденальным или трансюнальным транспапиллярным наружным управляемым дренированием холедоха и главного панкреатического протока (ТПДХ). Результаты. Установлено, что из 19 реимплантаций БДС при осложненных ЮПЯ в I периоде умерло 2 оперированных больных, а во II периоде – 3 пациента из 17 (17,6%). С разработкой новых методик реимплантации БДС удалось снизить послеоперационную летальность в 5,7 раз. Всего РПУ возникли у 26 из 220 оперированных (11,8 %) по поводу осложненных ПБЯ, 13% РПУ (15 пациентов из 115) в I периоде наблюдения (1983-1992гг.) и 10,5% (11 больных из 105) – в II периоде (1993-2008гг.). При осложненных ЮПЯ РПУ возникли за весь период наблюдения у 21 из 50 больных (42%), причем у 66,6% пациентов с ЮПЯ РПУ возникли в I периоде и у 16 из 41 пациента (39%), оперированных в II периоде. Частота возникновения РПУ при осложненных ЮПЯ в 3,6 раз (или на 30,2%) выше, чем после операций по поводу осложненных ПБЯ ($c_2=23,803$, $p<0,0001$). Острый послеоперационный панкреатит (ОПП) в 14 раз чаще возникал после операций по поводу ЮПЯ (11 из 50, или 22%), по сравнению с ПБЯ (3 из 220, или 1,6%) ($c_2=30,394$, $p<0,0001$).

J173

РЕЗУЛЬТАТЫ ТОТАЛЬНОЙ ГАСТРЭКТОМИИ С ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ЕЮНОГАСТРОПЛАСТИКОЙ ПРИ ОСТРОКРОВОТОЧАЩЕМ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Шепетько Е.Н., Гармаш Д.А.*Национальный медицинский университет им. А.А.Богомольца. Киев, Украина*

Цель: разработать новые способы одномоментной реконструктивной еюногастропластики (ЕГП) и улучшить функциональные результаты тотальной гастрэктомии при острокровоточащем раке желудка. Материал и методы. Анализ подвергнуты результаты 218 тотальных гастрэктомий, выполненных по поводу осложненного рака желудка с 1983 по 2010 год в хирургической клинике №3 Национального медицинского университета. Острое язвенное кровотечение было у 149 больных, а в плановом порядке оперировано 69 пациентов. Разработан способ одномоментной реконструктивной ЕГП после тотальной гастрэктомии (Пат. UA № 52020 А) путем сшивания петли тощей кишки в виде буквы Ф («тройной анастомоз»), а также три способа аппаратной ЕГП после тотальной гастрэктомии при острокровоточащем раке желудка (Пат. UA № 41335). Одномоментная реконструктивная ЕГП после тотальной гастрэктомии ручным или аппаратным швом предпринята у 19 больных. Результаты. Среди 149 пациентов с острым желудочным кровотечением умерло 19 (12,7%), при этом послеоперационную летальность удалось снизить с 20,2% (умерло 18 из 89 в 1-м периоде (1983-1999г.) наблюдений) до 1,7% (умер 1 из 60 больных во 2-м периоде (2000-2010г.)), тогда как при плановых гастрэктомиях показатель послеоперационной летальности снизился с 17,2% (умерло 10 из 58 больных в 1-м периоде) до 9,1% (умер 1 из 11 во 2-м периоде). Среди 19 пациентов после гастрэктомии с ЕГП распределение по стадиям опухолевого процесса было следующим: IB ст. - 2 (10,5 %), II ст. - 4 (21,0 %), IIIA ст. - 5 (26,3 %), IIIB ст. - 1 (5,3 %), IV ст. - 7 (36,9%). Умеренная кровопотеря отмечена у 14 (73,7%) , средней степени тяжести – у 1 (5,3%),