

лечение острого холецистита у пациентов старческого возраста и увеличивают удельный вес деструктивных форм заболевания.

2. Наличие сопутствующей патологии в 100% случаев диктуют необходимость междисциплинарного взаимодействия с врачами-кардиологами и эндокринологами.

3. Применение лапароскопических вмешательств при холецистите в старческом возрасте позволяет улучшить результаты лечения и снизить длительность пребывания пациентов в стационаре.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАРУЖНО-ВНУТРЕННЕГО ДРЕНИРОВАНИЯ/СТЕНТИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО И ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКОВ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Киладзе М. А., Джанелидзе М. О., Херодинашвили Г. И.,
Чикобава Г. И., Мизандари М. Г., Кепуладзе О. Т.

Клиника “ГИДМЕДИ” Тбилиси, Грузия

Введение. Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) до сегодняшнего дня остается наиболее сложной и инвазивной оперативной процедурой желудочно-кишечного тракта с частотой послеоперационных осложнений 40-50% и уровнем летальности в среднем 5%. ПДР остается методом выбора и наилучшим шансом лечения и выживания пациентов с резектабельными случаями опухолей головки поджелудочной железы и периампулярной зоны. Среди хирургов нет единого мнения о необходимости билиарного предоперационного дренирования и, соответственно, этот вопрос остается дискуссионным до сих пор. Новым подходом является возможность дренирования панкреатического протока, что требует соответствующей клинической оценки эффективности этой процедуры.

Цель: оценить эффективность симультанного дренирования желчного и панкреатического протоков при панкреатодуоденальной резекции для снижения риска

несостоятельности анастомозов и улучшения результатов хирургического лечения этого контингента больных.

Материал и методы. Представлены данные последней серии 27 пациентов, которым с 2013 по 2017 г. выполнена операция ПДР: в 14 случаях выявлены опухоли головки поджелудочной железы и 13 – опухоли ампулярной зоны. Распределение по полу и возрасту: 11 женщин и 16 мужчин (средний возраст – 57 лет). В 17 случаях была выполнена классическая операция Whipple и в 10 – пилоросохраняющая ПДР. В 26 случаях при реконструкции была сформирована панкреатоеюностомия и в 1 – панкреатогастростомия. В 18 случаях для декомпрессии выполнена чрескожная холангиостомия и в 4 – двойная холангио- и вирзунгостомия.

Основные принципы периоперативного лечения следующие: декомпрессия ЖКТ и ГПБ системы (назогастральное / назоэнтеральное зондирование, наружно-внутреннее дренирование / стентирование желчного и панкреатического протоков); раннее энтеральное / парентеральное питание; Сандостатин; перидуральная анестезия / эпидуральная аналгезия; Энзимы / гепатопротекторы; адьювантная терапия; соответствующая диета.

Результаты и обсуждение. Послеоперационные осложнения (35%): 3 случая несостоятельности панкреатодигестивного анастомоза, 2 – нагноение п/о раны, 2 – эвентрация, 1 – некротизирующий панкреатит (+ реинтервенция), 1 – аррозивное кровотечение (+ реинтервенция). Случаев госпитальной летальности в этой серии пациентов не отмечалось, в сроки наблюдения от 6 месяцев до 3-х лет умерли 5 пациентов от интоксикации и прогрессирования заболевания. Продолжительность операции в среднем составила 5 часов, время госпитализации – 10-11 дней.

Выводы. Использование стандартизированных и усовершенствованных методов и принципов лечения позволяет снизить летальность и количество п/о осложнений. Двойное наружно-внутреннее дренирование / стентирование желчного и панкреатического протоков не увеличивает количество осложнений, что позволяет считать ее необходимой процедурой у пациентов при выполнении ПДР.