

ОНКОХИРУРГИЯ СЕГОДНЯ-ЗАВТРА

ПАНКРЕАТОЕЮНОАНАСТОМОЗ ИЛИ ПАНКРЕАТОГАСТРОАНАСТОМОЗ? ЧТО ЛУЧШЕ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

**АЛИБЕГОВ Р.А., КАСУМЬЯН С.А., СЕРГЕЕВ О.А., ЖВИТИШВИЛИ И.Д.,
ПРОХОРЕНКО Т.И.**

*Смоленский государственный медицинский университет
Клиническая больница №1, Смоленск
sergolan@mail.ru*

Цель: уменьшить частоту послеоперационных осложнений и летальности после панкреатодуоденальной резекции (ПДР) путем совершенствования техники формирования панкреатодигестивного анастомоза (ПДА).

Материалы и методы: было выполнено 167 ПДР (классическая операция Whipple – 90, пилоросохраняющий вариант операции – 77). Мужчин было 68,2%, женщин – 31,8%. Средний возраст составил $54,3 \pm 9,3$ лет. Из 146 случаев периапулярных опухолей всего рак поджелудочной железы встречался в 92 (63,1%), ампулярный рак – 31 (21,2%), рак дистального отдела общего желчного протока – 16 (10,9%), рак двенадцатиперстной кишки – 7 (4,8%). У 21 пациента встречался хронический панкреатит. Традиционная ПДР была выполнена в 112 случаях, расширенная – в 49. Частота резекции венозного мезентерико-портального сегмента – 12,6% (21). Циркулярная резекция венозного мезентерико-портального сегмента выполнена в 14 случаях, боковая – 4, резекция с протезированием (РТФЕ-протез) – 3 случая. Пластика верхней брыжеечной артерии выполнена в 1 случае.

Ретроспективно анализировали ближайшие результаты различных видов ПДА. На начальном этапе применялись три методики формирования панкреатоеюноанастомоза (ПЕА) $n=63$: «конец-в-конец» – 23, «конец-в-бок» – 23, “duct-to-mucosa” – 17. Довольно высокая частота развития панкреатической фистулы (ПФ) – 22,2% в группе ПЕА заставила использовать наружную панкреатикостому, $n=15$. В дальнейшем разработан и успешно внедрен оригинальный панкреатогастроанастомоз (ПГА) $n=76$: инвагинационный – 45, методика “duct-to-mucosa” применена у 31 пациента. В 2016 г. внедрена методика ПЕА типа Blumgart ($n=12$). Исследованы факторы риска панкреатической фистулы (ПФ): нозологическая форма, консистенция поджелудочной железы, диаметр

главного панкреатического протока, применение сандостатина, способ формирования ПДА (ПЕА или ПГА).

Исследовано и анализировано 2 группы пациентов. Контрольная группа состояла из 63 пациентов с ПЕА, основная группа состояла из 76 пациентов с ПГА. Сандостатин применялся в 74 случаях. Для анализа данных использовался уни- и мультивариантный анализы с определением доверительного интервала и критерия достоверности $p (\leq 0,05)$.

Результаты: послеоперационные осложнения встречались у 70 (42%) больных. ПФ встречалась в 15 (9,0%) случаях (stage A – 4, stage B – 5, stage C – 6). Несостоятельность ПЕА – 14 (22,2 %), несостоятельность ПГА – 2 (2,6 %). В группе пациентов с ПЕА послеоперационные осложнения и летальность встречались в 47 (74,6%) и 9 (14,3%) случаях, в группе ПГА – 22 (28,9%) и 2 (2,6%) соответственно. В последней серии из 69 ПДР летальность отсутствовала. Мультивариантный анализ выявил, что диаметр главного панкреатического протока ($p=0,035671$) в обратной зависимости связан с частотой развития ПФ, а также использование ПГА ($p=0,007339$) достоверно снижало риск ПФ. В группе ($n=12$) ПЕА по методике Blumgart отмечалось одно осложнение – острое жидкостное скопление, купированное пункционно-аспирационным методом.

Заключение: ПГА является надежным и безопасным способом на реконструктивном этапе ПДР. С использованием ПГА уровень послеоперационных осложнений и летальность удалось снизить до 28,9% и 2,6% соответственно. Получены обнадеживающие результаты первого опыта применения ПЕА по Blumgart. Данная методика требует дальнейшего изучения.

ЛАПАРО-ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ ТИПА ЛЬЮИСА ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

**АЛЛАХВЕРДЯН А.С., АНИПЧЕНКО А.Н., АНИПЧЕНКО С.Н.,
ФРОЛОВ А.В.**

*ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва
kreuzer055@mail.ru*

Актуальность. Технические особенности и непосредственные результаты субтотальных резекций пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой комбинированным лапаро-торакоскопическим доступом при раке.