

ее чувствительности к антибиотикам, компенсацию сердечно-сосудистой недостаточности и сахарного диабета с включением в лечебный процесс кардиологов и эндокринологов, перевод по показаниям пациентов, получающих непрямые антикоагулянты на прямые (фраксипарин) под контролем показателей коагулограммы. У 2 пациенток местное хирургическое лечение позволило добиться регресса патологического процесса и заживления свищевого хода, поэтому в дальнейшем резекция пораженных ребер и грудины не проводилась.

После предоперационной подготовки у 16 пациенток выполнены резекция от 1 до 12 деструктивно пораженных ребер и краевая резекция грудины в пределах здоровых тканей. 14 (88,9 %) пациенткам операция завершена миопластикой дефекта грудной стенки мобилизованными васкуляризированными лоскутами контрлатеральной БГМ по разработанной в клинике методике. У пациентки С., 82 лет после двухсторонней мастэктомии отсутствовали обе БГМ. У пациентки Б., 68 лет после мастэктомии справа планировалось выполнение протезирования аортального клапана в связи с чем перемещение лоскута БГМ признано нецелесообразным. В обоих случаях края резецированных костей были укрыты межреберными мышцами, а края кожи фиксированы ко дну дефекта. В течение 4 недель пациенткам проводилась вакуум-терапия ран с последующим переходом на мазовые повязки. У 3 пациенток отмечено нагноение послеоперационной раны, что потребовало применения вакуум-ассистированной терапии.

Длительность стационарного лечения составила $82,6 \pm 13,2$ суток (95 % ДИ 54,7–110,4). Нами установлено, что объем поражения грудины и ребер был больше у пациенток с сахарным диабетом и с повышенным уровнем холестерина крови ($p < 0.05$). Все 18 пролеченных пациенток поправились.

Выводы

1. Лечебная тактика при постлучевом ОРИГ должна учитывать возраст, объем поражения и тяжесть сопутствующей патологии.
2. Вмешательство должно завершаться пластикой дефекта грудной стенки васкуляризированным лоскутом контрлатеральной БГМ.
3. При невозможности выполнения миопластики дефекта грудной стенки показана вакуум-ассистированная терапия пострезекционного дефекта грудной стенки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Effectiveness of muscle coverage to manage osteomyelitis of very late onset in the irradiated chest wall / E. Funayama [et al.] // *Surgery today*. — 2012. — Т. 42, № 3. — Р. 306–311.
2. *Татур, А. А.* Диагностика и комплексное лечение хондрита и остеомиелита ребер и грудины / А. А. Татур / *Здравоохранение*. — 2004. — № 2. — С. 38–42.
3. Alternative Bi-Pectoral Muscule Flaps for Postoperative Sternotomy Mediastinitis / P. Tomas [et al.] / *Ann. Thorac. Surg.* — 2006. — Vol. 81. — Р. 754–755.
4. *Вишневский, А. А.* Хирургия грудной стенки: руководство / А. А. Вишневский, С. С. Рудаков, Н. О. Миланов; под ред. С. С. Рудакова. — М.: Видар-М, 2005. — 301 с.

УДК 616.37+616.342]:616-006-089.48+616.36-008.51

ДРЕНИРУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ, ОСЛОЖНЕННЫМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Рымашевская А. Г., Симакова Ю. В., Виракоон Ч. А. А. Д.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Михайлов

Учреждение Образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящий момент наблюдается рост заболеваемости злокачественными опухолями панкреатодуоденальной зоны (ПДЗ) [1, 2]. У 85 % пациентов на момент диагно-

стики имеется механическая желтуха [5]. Данное осложнение является фактором риска развития послеоперационных осложнений, прежде всего в связи с развитием коагулопатии, поэтому хирургическое лечение при опухолях ПДЗ традиционно проводится в два этапа. Первый этап предшествует выполнению радикальной операции и заключается в декомпрессии желчевыводящих путей [1, 2, 3]. У пациентов с нерезектабельными опухолями хирургическое вмешательство ограничивается выполнением дренирующих вмешательств [1–4].

Цель

Проанализировать, на основании литературных данных, результаты различных методов билиарной декомпрессии у пациентов с опухолями ПДЗ, осложненными механической желтухой.

Материал и методы исследования

Проведен обзор научной литературы, посвященной методам билиарной декомпрессии при опухолях органов панкреатодуоденальной зоны, осложненных механической желтухой. Использованы такие платформы, как Cyberleninka, PUBMED, eLibrary. Основные ключевые слова для поиска: опухоли панкреатодуоденальной зоны, механическая желтуха, дренирующие операции.

Результаты исследования и их обсуждение

Радикальное хирургическое вмешательство, применяемое при большинстве опухолей ПДЗ — панкреатодуоденальная резекция, является весьма травматичным и сопровождается высоким риском развития осложнений и значительной летальностью. В связи с этим билиарная декомпрессия традиционно применяется как первый этап лечения пациентов с опухолями органов панкреатодуоденальной зоны, осложненными механической желтухой [1–4]. Однако в последние годы показания к проведению предварительного билиарного дренирования (ПБД) значительно сужены. Результаты большинства исследований, посвященных данной проблеме, свидетельствуют о том, что проведение ПБД не снижает частоту послеоперационных осложнений, наблюдается рост частоты гнойно-септических осложнений вследствие инфицирования желчи [5–8]. Ряд авторов отмечает ухудшение отдаленных результатов лечения при проведении ПБД, особенно при формировании билиодигестивных анастомозов и проведении наружного дренирования желчевыводящих путей [8, 9]. Учитывая вышеизложенное, абсолютными показаниями к дренирующим вмешательствам является наличие холангита, выраженной коагулопатии и необходимость проведения неoadъювантной химиотерапии при погранично-резектабельных опухолях, а также невозможность проведения радикального хирургического вмешательства в ближайшие 2 недели после установления диагноза [5, 6, 7, 9]. Оптимальным методом ПБД, с учетом непосредственных и отдаленных результатов, является эндоскопическое ретроградное стентирование общего желчного протока [5, 6, 9].

Однако у большинства пациентов с опухолями ПДЗ проведение радикального хирургического лечения невозможно, и оперативное вмешательство направлено на ликвидацию наиболее частого, угрожающего жизни осложнения — механической желтухи. В связи с этим актуальным является выбор оптимального метода декомпрессии желчных путей у данной категории пациентов [1, 2, 3]. С целью устранения механической желтухи у пациентов с нерезектабельными опухолями предпочтительно использование методов внутреннего дренирования. Наименее травматичным является эндоскопическое ретроградное стентирование общего желчного протока. Наиболее технически простым и экономически наименее затратным является использование пластиковых стентов. Их использование целесообразно при ожидаемой продолжительности жизни менее 3 мес., в противном случае рекомендуется применять металлические саморасправляю-

щиеся стенты с полимерным покрытием, сохраняющие проходимость в течение 6 мес. и более [1, 2, 3, 5]. При невозможности проведения эндоскопического стентирования целесообразно формирование билиодигестивного анастомоза. Наиболее технически простым является наложение холецисто-энтероанастомоза с межкишечным соустьем, однако при ожидаемой продолжительности жизни свыше 6 мес. рекомендуется выполнение гепатикоюностомии на выключенной по Ру петле, так как при прогрессировании опухолевого процесса нередко развивается блок пузырного протока [1, 2, 3].

Выводы

1. Рутинное проведение ПБД большинство авторов считает нецелесообразным. Абсолютными показаниями к проведению ПБД перед радикальной операцией является наличие холангита, выраженной коагулопатии и необходимость проведения неоадьювантной химиотерапии, а также невозможность проведения радикального хирургического вмешательства в ближайшие 2 недели после установления диагноза. При необходимости проведения ПБД предпочтение следует отдавать эндоскопическому стентированию желчных протоков.

2. При нерезектабельных опухолях наименее травматичным является эндоскопическое ретроградное стентирование желчных протоков. При ожидаемой продолжительности жизни более 3 мес., целесообразно применять металлические саморасправляющиеся стенты с полимерным покрытием, сохраняющие проходимость в течение длительного времени. При невозможности проведения эндоскопического стентирования целесообразно формирование билиодигестивного анастомоза. При ожидаемой продолжительности жизни менее 6 мес. и проходимости пузырного протока целесообразно наложение холецисто-энтероанастомоза с межкишечным соустьем. В случае более длительного срока ожидаемой выживаемости рекомендуется выполнение гепатикоюностомии на выключенной по Ру петле.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бедин, В. В. Хирургическое лечение больных раком панкреатодуоденальной зоны, осложненным механической желтухой / В. В. Бедин, И. П. Шин // В помощь практическому врачу. Лечение рака панкреатодуоденальной зоны. — 2016. — № 6. — С. 86–88.
2. Жерлов, Г. К. Рак панкреатодуоденальной зоны, диагностика, лечение / Г. К. Жерлов // Сибирский онкологический журнал. — 2016. — № 1. — С. 41–47.
3. Елтышев, Н. А. Современная диагностика и лечение больных раком головки поджелудочной железы, осложненным синдромом желтухи / Н. А. Елтышев // Вестник РУДН, серия Медицина. — 2010. — № 4. — С. 52–56.
4. Алексейцев, А. В. Особенности инвазивности роста опухолей панкреатодуоденальной зоны, осложненных обструкцией желчных путей / А. В. Алексейцев // Опыт лечебных учреждений, креативная хирургия и онкология. — 2016. — С. 4–6.
5. Preoperative Biliary Drainage for Pancreatic Cancer / N. T. Van Heek [et al.] // Minerva Medica (Edizioni Minerva Medica). — 2014. — P. 99–107.
6. Kozarek, R. Role of Preoperative Palliation of Jaundice in Pancreatic Cancer / R. Kozarek // Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences. — 2013. — Vol. 20. — P. 567–572.
7. Preoperative biliary drainage for cancer of the head of the pancreas / N. A. van der Gaag [et al.] // N. Engl. J. Med. — 2010. — Vol. 362. — P. 129–137.
8. Результаты хирургического лечения рака головки поджелудочной железы в зависимости от выполнения предварительного билиарного дренирования / И. В. Михайлов [и др.] // Новости хирургии. — 2017. — Т. 25, № 3. — С. 286–281.
9. Negative impact of preoperative endoscopic biliary drainage on prognosis of pancreatic ductal adenocarcinoma after pancreaticoduodenectomy / K. Furukawa [et al.] // Anticancer Research. — 2015. — Vol. 35 (9). — International Institute of Anticancer Research. — P. 5079–5084.