



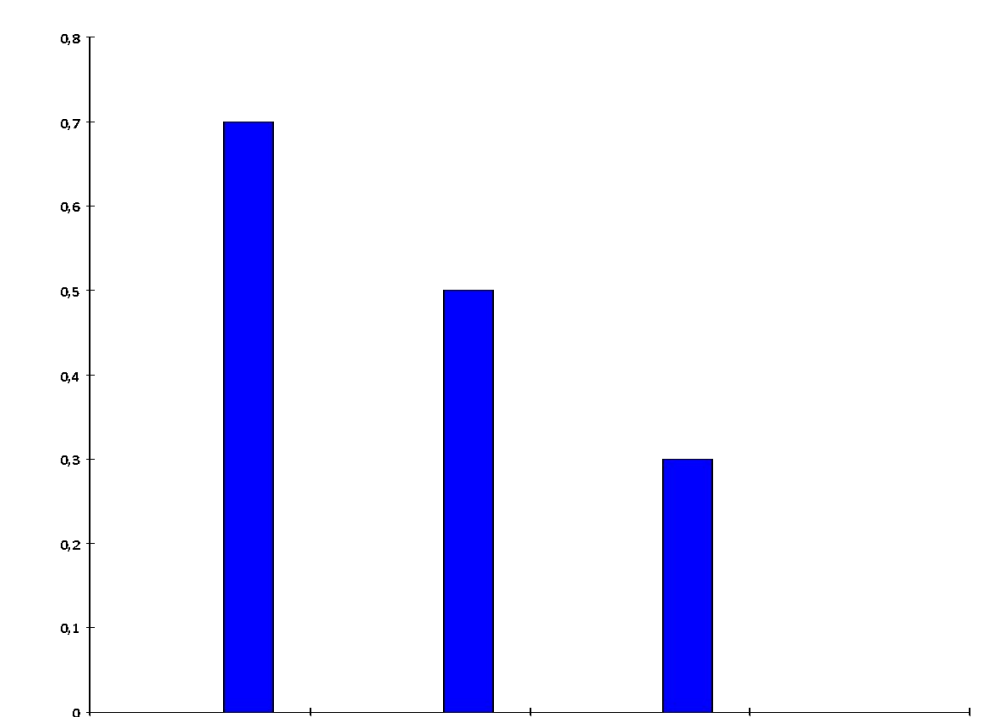
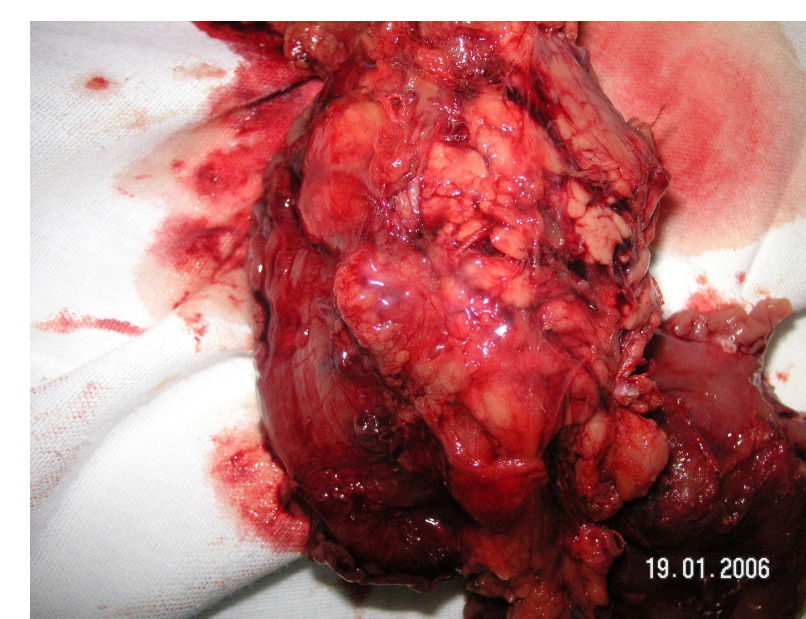
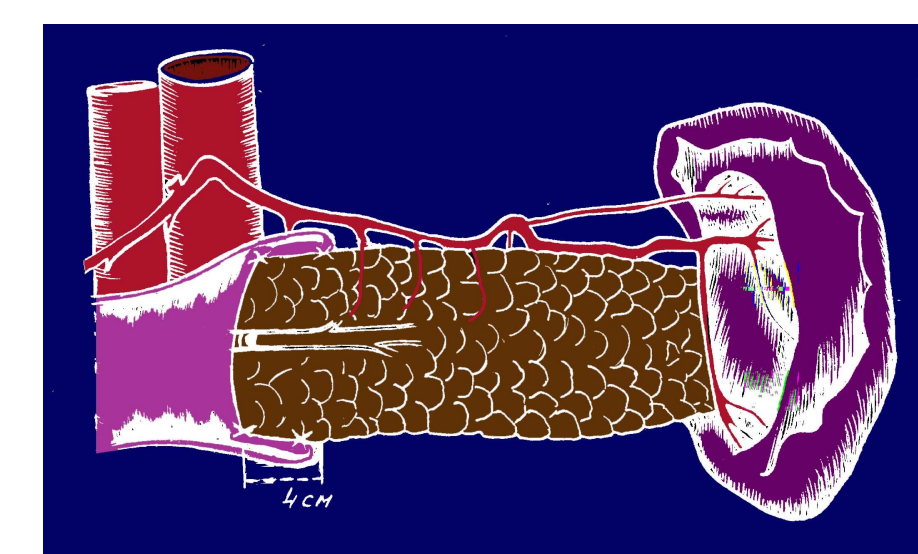
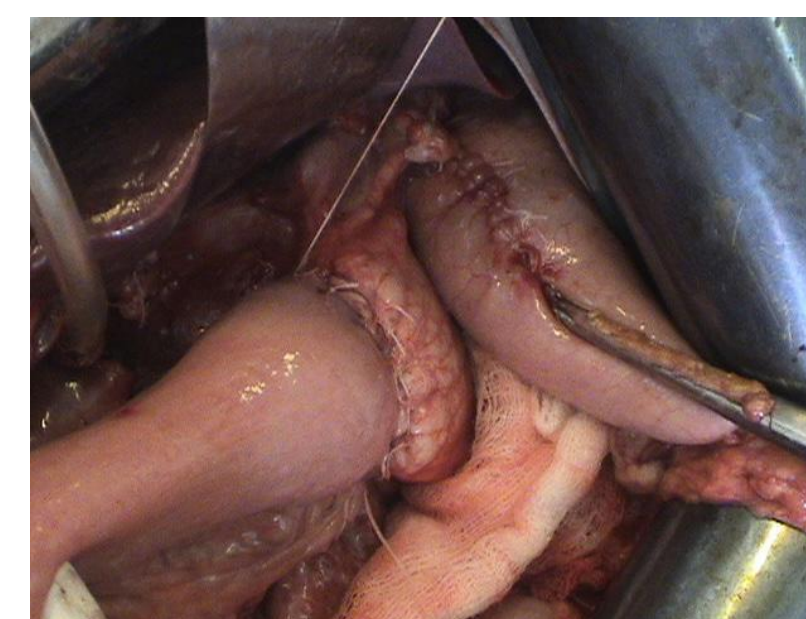
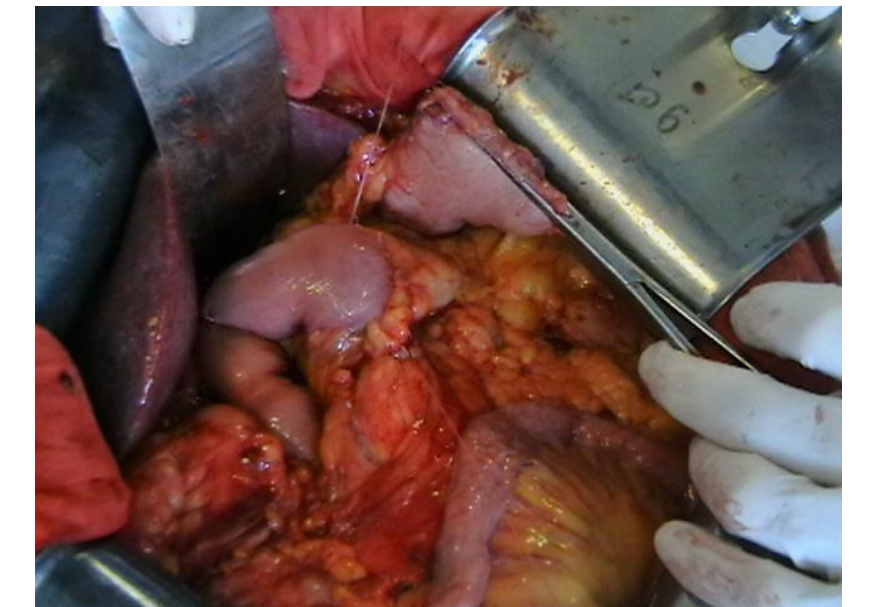
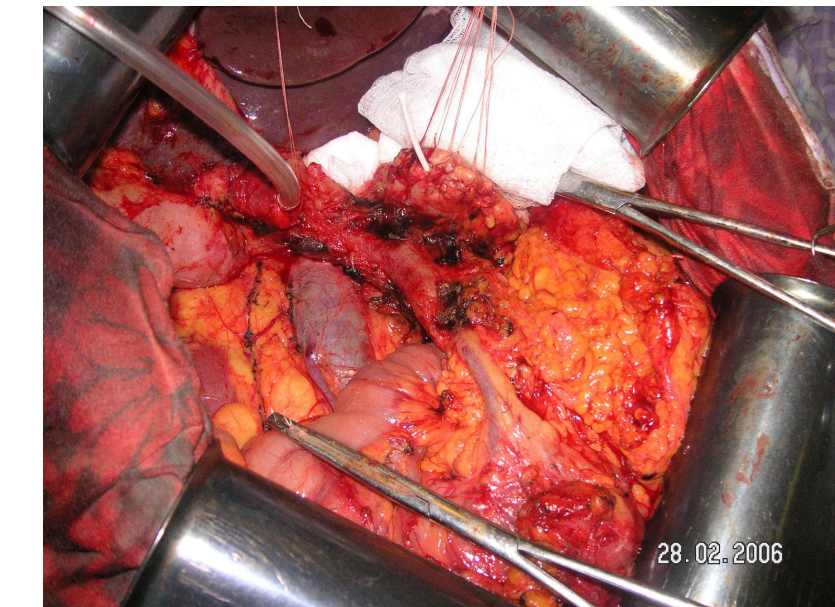
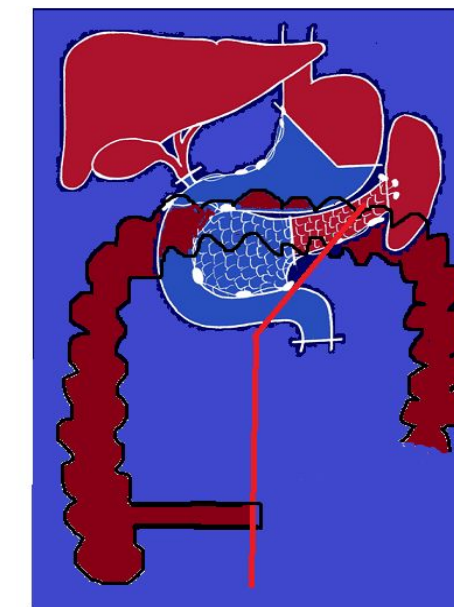
Комбинированные гемиколэктомии с панкреатодуоденальной резекцией при местнораспространенном раке ободочной кишки

И.Р.Аглуллин, Ф.И. Дидакунан, М.И. Аглуллин

ГАУЗ «РКОД МЗ РТ», г. Казань

- Актуальность:** При хирургических вмешательствах по поводу рака правой половины ободочной кишки вовлечение в опухолевый процесс поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки достигает до 12%. В основном при таком распространении выполняются обходные анастомозы, которые являются паллиативными вмешательствами. Выполнение радикальных комбинированных оперативных вмешательств с целью радикального удаления опухоли ободочной кишки при подобном распространении возможна только в том случае, если резекция ободочной кишки выполняется в комбинации с панкреатодуоденальной резекцией. Без радикальной операции средняя продолжительность жизни больных местнораспространенным раком ободочной кишки составляет в среднем 7-8 мес.
- Первыми расширенную правостороннюю гемиколэктомию en bloc с панкреатодуоденальной резекцией выполнили Linton в 1944 г. в два этапа и Janes и Mills в 1959 г. в один этап. До сих пор эта операция остается объектом дискуссии в связи с высокой летальностью в раннем послеоперационном периоде.
- Цель исследования:** Улучшение отдаленных результатов хирургического лечения местнораспространенных опухолей ободочной кишки с вовлечением головки поджелудочной железы, нисходящего и нижнего горизонтального отделов 12 перстной кишки, разработка радикальных операций по профилактике рецидивов и метастазов.
- Материалы и методы:** За 1995-2011 гг в абдоминальном отделении ГАУЗ «РКОД МЗ РТ» выполнено 10 комбинированных правосторонних гемиколэктомий с панкреатодуоденальной резекцией при раке правых отделов ободочной кишки. В 6-и случаях при обратимой мобилизации выявлено прорастание опухоли правого фланга ободочной кишки в нисходящую и нижнегоризонтальную части двенадцатиперстной кишки, в 4-х случаях в головку поджелудочной железы. Возраст больных от 26 до 67 лет. Трём больным выполнены вмешательства в объеме резекции поперечно-ободочной кишки комбинированные с ПДР, остальным правосторонняя гемиколэктомия с ПДР. Всем больным выполнялись расширенные лимфаденэктомии. Реконструктивный этап выполнялся с наложением по методике автора последовательного инвагинационного панкреатоеюнального анастомоза «конец в конец», холедохоеюноанастомоза «конец в бок», гастроеюноанастомоза «конец в бок» с межкишечным анастомозом по Брауну. А непрерывность кишки после ее резекции восстанавливался наложением межкишечного анастомоза «конец в конец» или «бок в бок». Проводилось дренирование активными 2-хпросветными зондами культи желудка (3-5 дней) и панкреатоеюнального комплекса (5-7 дней). С целью профилактики культевого панкреатита применялся сандостатин в течение 5-7 дней.
- Послеоперационный период составил от 13 до 22 дней. В послеоперационном периоде у 1 больного образовался панкреатический свищ, который закрылся в течении 1 месяца. 1 больной умер от развившейся тромбоэмболии легочных артерий, остальные больные выписаны в удовлетворительном состоянии.
- Изучены отдаленные результаты у 9 больных.

- Ключевым моментом при этих операциях является мобилизация панкреатодуоденального комплекса с правым флангом ободочной кишки и обработка культи железы с формированием панкреатоеюнального анастомоза. Модификация различных вариантов решения данной проблемы способствует снижению послеоперационных осложнений, повышению резектабельности.



Выводы: Таким образом, внедрение в клинику расширенных и комбинированных оперативных вмешательств при местнораспространенном раке ободочной кишки с панкреатодуоденальной резекцией способствует улучшению результатов лечения из-за увеличения количества резектабельных больных.