

методики данное осложнение полностью отсутствовало. Летальный исход при операции открытым доступом был отмечен в 1 случае (1.45%).

Выводы: использование предлагаемой методики лечения пациентов, страдающих желчно-каменной болезнью осложненной сложными формами холедохолитиаза, позволяет осуществить одноэтапное оперативное вмешательство, снизить риск послеоперационных осложнений.

Литература

1. Борисов А.Е., Земляной В.П., Непомнящая С.Л., Мосягин В.Б. Малоинвазивные технологии в лечении желчнокаменной болезни, осложненной поражением внепеченочных желчных путей и большого сосочка двенадцатиперстной кишки // Анн. хирург. гепатол. 2004. Т. 9, № 2. С. 22–30.
2. Шаповальянц С.Г., Ардасенов Т.Б., Паньков А.Г. и соавт. Сложный холедохолитиаз результат запоздалого хирургического лечения желчнокаменной болезни // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2013. № 4. С. 8–14.
3. Новиков М.А. Интраоперационная холедохоскопия в лечении осложненной желчнокаменной болезни // Уральский медицинский журнал. 2007. № 10. С. 83–85.

ФАКТОРЫ РИСКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПАНКРЕАТОДИЕСТИВНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ОПУХОЛЯХ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Казаков А.Д., Соловьева Т.С., Зубов Н.Н.

Научный руководитель: к. м. н. Смородский А.В.
Кафедра госпитальной хирургии
Военно-Медицинская академия им. С.М. Кирова

Актуальность: актуальность исследования обусловлена широкой распространённостью, а также большой частотой развития осложнений и летальности после радикального лечения опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ) [1, 2].

Цель исследования: определить факторы, влияющие на развитие несостоятельности панкреатодигестивных анастомозов (ПДА).

Материалы и методы: исследование проводилось путем ретроспективного анализа лечения 40 пациентов с заболеваниями БПДЗ. Для патоморфологического исследования разработаны и применены критерии оценки строения поджелудочной железы (ПЖ). При оценке лучевой картины опирались на описательные данные структуры ПЖ.

Результаты: факторами, способствующими развитию несостоятельности ПДА являются: принадлежность к мужскому полу, пожилой возраст, высокие показатели индекса массы тела ($p=0,02$; ОШ 7,0), наличие ИБС, наличие СД 2 типа, длительная желтуха ($p=0,033$; ОШ 9,7), высокие уровни глюкозы ($p=0,022$; ОШ 31,0), высокие показатели общего ($p=0,02$; ОШ 7,0) и прямого ($p=0,007$; ОШ 9,7) билирубина, малый диаметр вирсунгова протока ($p=0,012$; ОШ 7,7) высокие объемы интраоперационной инфузии ($p=0,017$; ОШ 16,1) и кровопотери ($p=0,002$). Факторами, препятствующими развитию несостоятельности ПДА, являются: наличие хронического панкреатита в анамнезе, высокие степени фиброза поджелудочной железы ($Me=2,5$; $r=+0,5$) и инфильтрации ее клетками хронического воспаления ($Me=1,5$; $r=+0,4$). Установлено, что о гистологической картине ткани ПЖ можно с большой вероятностью судить по данным лучевых методов исследования на предоперационном этапе.

Выводы: проблема несостоятельности является многовекторной. Роль данных и их вклад в несостоятельность неравнозначен, но имеет место их взаимоотягивающий характер.

Литература

1. Сайт Глобальной Раковой Обсерватории (Global Cancer Observatory-GLOBOCAN) [<http://gco.iarc.fr/>]. Режим доступа: <http://gco.iarc.fr/>.
2. The 2016 update of the International Study Group (ISGPS) definition and grading of postoperative pancreatic fistula: 11 Years After / C. Bassi, G. Marchegiani, C. Dervenis et al. // Surgery. 2017. Vol. 161. P. 584–591.