

была применена оригинальная технология компьютерного планшетного сканирования стоп.

Длиннотные характеристики правой и левой стоп у юношей. Как показали результаты проведенных исследований, как правило, у юношей правая стопа имеет большую длину в сравнении с левой (в среднем на 5,7 мм). Эти различия в значительной степени определяются структурными показателями передних отделов стопы ($p < 0,05$).

Изучение статистических характеристик частот встречаемости длинотных размеров стоп у юношей позволило определить диапазон возможных колебаний этого показателя и особенности распределения частот встречаемости различных его размеров; существует достоверный коэффициент корреляции (0,93) длинотных размеров между правой и левой стопами. Как нам представляется, полученные данные могут быть использованы для планирования пошива обуви различных размеров в том числе не только в гражданской, но и в армейской службе.

Широтные характеристики правой и левой стоп у юношей. Как известно, ширина стопы является одним из важнейших антропометрических показателей ее строения. Особое значение этот показатель приобретает при решении ряда вопросов конструирования специальной ортопедической обуви, а также для индивидуального подбора спортивной обуви. В среднем, ширина правой стопы у юношей лишь в незначительной степени больше в сравнении с левой стопой ($p > 0,05$). Для левой стопы характерен больший интервал разбросов числовых значений широтных характеристик стопы ($p < 0,05$) и больший интервал максимальных значений. Таким образом, результаты анализа свидетельствуют о наличии достаточно выраженных вариаций в показателях широтных характеристик правой и левой стоп. Эти данные подтверждаются также итогами корреляционного анализа. Коэффициент корреляции широтных размеров равняется всего лишь 0,21, что указывает на практическое отсутствие указанных взаимосвязей и вместе с тем, свидетельствует о необходимости учета широтных характеристик по отдельности каждой из стоп при решении ряда специфических задач оперативной хирургии в ортопедии, и спортивной медицине.

Взаимосвязи длинотно-широтных размеров стоп у юношей (по индексу Вейсфолга) позволило определить характер их распределения и диапазон предельных отклонений. Распределение оказалось нормальным; диапазон отклонений в пределах $\pm 2\sigma$.

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Карпачев А.А., Прокофьева А.В.

Белгородская областная клиническая больница им. Святителя Иоасафа г. Белгород, Россия

В статье авторами представлен опыт хирургического лечения 118 больных с кистозными образованиями головки поджелудочной железы (ПЖ) с 1980г. по 2005г. Приведен перечень различных способов оперативного лечения данной нозологии, сравнительная оценка их эффективности; сформулированы показания и противопоказания к эндоскопическим методам внутреннего дренирования псевдокист.

The paper describes an experience gained with surgical treatment of 118 patients suffering from pseudocysts of the head of pancreas seen between 1980 and 2005. Enumeration of different surgical treatment is adduced, a comparative analysis of its efficiency, situations when the endoscopy methods of inside drain are formulated.

Актуальность темы. В настоящее время в практической медицине имеет место увеличение количества больных с кистозными образованиями поджелудочной железы (ПЖ). Это обусловлено ростом числа больных с деструктивными формами панкреатита, несвоевременной диагностикой перехода «стерильного» панкреонекроза в инфицированный, а также приверженностью некоторых клиник к выжидательной тактике [1]. Особенный интерес представляют поражения в области головки ПЖ, приводящие к формированию псевдокист.

Материалы и методы. За период с 1980г. по 2005г. в Межтерриториальном Центре хирургии печени и поджелудочной железы пролечено 118 больных с псевдокистами головки ПЖ. Виды оперативных вмешательств представлены следующими операциями: 1. Открытые операции - цистоеюноанастомоз по Ру - 5 случаев, цистопанкреатогастроанастомоз - 7, цистопанкреатодуоденоанастомоз - 55, наружное дренирование кист - 12, ГПДР - 2 (всего 81 операция); 2. Закрытые операции - эндоскопическая цистогастротомия - 7 случаев, эндоскопическая цистодуоденостомия - 7, чрескожное наружное пункционное дренирование - 18, чрескожная пункционная санация - 8 (всего 40 операций).

Результаты. Цистоеюноанастомоз по Ру выполнен у 5 больных. Послеоперационных осложнений не наблюдалось, при контрольных обследованиях через 1 год полость кисты не выявлялась. Цистогастроанастомоз применен у 7 больных. Специфических осложнений и рецидива кисты не наблюдали. Цистодуоденоанастомоз выполнен у 54 больных. У 1 больного в послеоперационном периоде наблюдалось желудочно-

кишечное кровотечение из места операции, остановленное консервативно. В отдаленном периоде рецидива кисты данной локализации не выявлено. Наружное дренирование кисты головки ПЖ выполнено 10 больным с признаками нагноения. Выздоровление наступило у 7 больных, в 3 случаях в послеоперационном периоде сформировался наружный панкреатический свищ. У 1 больного на фоне консервативного лечения свищ закрылся, у 2 больных наличие свища потребовало повторного хирургического вмешательства через 3 и 5 месяцев. ГПДР выполнена 2 больным. В отдаленном периоде кистозных образований в области культи ПЖ не выявлено.

Эндоскопическая цистогастротомия выполнена 7 больным. Основными ориентирами для определения места прилегания кисты к задней стенке желудка являются сглаженность складок, ригидность, взбухание стенки, характерные эрозии и петехиальные кровоизлияния на слизистой [2]. В послеоперационном периоде у 2 больных отмечалось желудочно-кишечное кровотечение из места операции, остановленное консервативно. В 1 случае через 1,5 месяца потребовалось повторное эндоскопическое вмешательство по поводу неадекватности созданного анастомоза. В остальных случаях наступило выздоровление.

Эндоскопический цистодуоденоанастомоз применен у 7 больных. Ориентирами для определения места прилегания кисты к задней стенке двенадцатиперстной кишки (ДПК) являются деформация, сглаженность угла перехода верхней горизонтальной ветви ДПК в нисходящую, направленность складок, резкое сужение просвета кишки в виде щели [1]. В 1 случае имелось кровотечение из области анастомоза, которое потребовало неотложного открытого вмешательства – дуоденотомии и прошивания стенок анастомоза с кровоточащим сосудом. У всех больных наступило выздоровление.

Чрескожное наружное пункционное дренирование применено у 18 больных. Из них у 2 больных отмечалось кровотечение в полость кисты, верифицированное интраоперационно с помощью УЗИ и кровотечения по дренажу. В 1 случае кровотечение остановлено консервативно, в другом случае потребовалась открытая операция – остановка кровотечения, наложение внутреннего анастомоза. В 2 случаях отмечена неадекватность дренирования полости кисты в связи с малым диаметром дренажей и густым содержимым. В дальнейшем это потребовало открытого оперативного лечения того же объема. У 1 больного сформировался наружный панкреатический свищ, который закрылся консервативно.

У 8 больных с острыми постнекротическими кистами (до 2 месяцев от начала заболевания) применена пункционная санация жидкостных образований. Эффективной она оказалась у 4 больных, у 4 потребовались другие оперативные вмешательства.

При всех видах оперативных вмешательств летальности не было.

Обсуждение и дискуссия. Вне зависимости от связи постнекротической кисты с панкреатическим протоком, по нашему мнению, наиболее предпочтительными являются эндоскопические методы внутреннего дренирования. Считаем их наименее травматичными, высокоэффективными, наиболее физиологичными. Однако применение данной категории операций ограничивается рядом условий. К ним относим наличие экстрапанкреатического расположения кисты, тонкой стенки кистозного образования, четко видимого «взбухания» в просвет желудка или ДПК, отсутствие интенсивного кровоснабжения стенки в зоне предполагаемой операции. Во всех случаях расположения постнекротической кисты в головке всегда начинаем с оценки возможности эндоскопической операции. Эндоскопическую операцию следует начинать с «точечного» прожигания стенки. При вскрытии кисты из ДПК необходимо визуализировать Фатеров сосочек. При наличии протоковой гипертензии, но с сохранением проходимости устья вирсунгова протока, применение эндоскопических методов показано, т.к. они корригируют последнюю [1].

При нагноившихся кистах считаем наиболее оправданным применение пункционно-дренирующих методов, также вне зависимости от возможной связи с вирсунговым протоком как достаточно эффективный и щадящий метод.

Отсутствие связи с панкреатическим протоком, выявленное в ходе обследования, позволило нам применить в ряде случаев пункционное дренирование кисты с достижением хороших результатов. Выявленная связь является противопоказанием к данному виду оперативного лечения, так как после удаления дренажа наступает рецидив.

Несмотря на применение малоинвазивных методов, наиболее распространенными остаются открытые методы оперативного лечения. Различные варианты внутреннего дренирования мы использовали исходя из топографо-анатомических особенностей взаимоотношения псевдокисты с просветом ЖКТ. Наиболее выгодным с физиологической точки зрения является цистодуоденоанастомоз по Фрею. Однако топографо-анатомически не всегда было возможно его выполнение. В этих случаях мы накладывали цистогastro- и цистоеюноанастомоз. При выявлении грубых изменений со стороны головки поджелудочной железы, желчевыводящих путей, протоковой системы поджелудочной железы приходилось выполнять ПДР

Выводы.

Наиболее оптимальным методом оперативного лечения псевдокист головки ПЖ являются различные варианты внутреннего дренирования, так как наружное дренирование ведет или

к рецидиву кисты, или к образованию панкреатического свища.

Эндоскопические малоинвазивные методы внутреннего дренирования псевдокист головки ПЖ могут быть альтернативными при технических возможностях их осуществления.

Другие малоинвазивные методы оперативного лечения в связи с наличием определенных ограничений, хотя и являются предпочтительными, применяются достаточно редко.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Джоробеков А.Д., Кутманбеков Э.А. и др. // *Анналы хирургической гепатологии*. 2006. т. 11. № 1. С. 4.
2. Поташов Л.В., Васильев В.В. и др. // *Вестник хирургии*. 2002. т. 161. № 6. С. 4.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ БИЛИОДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ПАЛЛИАТИВНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Карпачев А.А., Прокофьева А.В.
Белгородская областная клиническая больница
им. Святого Иоасафа
г. Белгород, Россия

Актуальность темы. В последние десятилетия отмечается увеличение больных с опухолями панкреатодуоденальной зоны (ПДЗ), требующих оперативного лечения. Несмотря на расширение возможностей радикального оперативного лечения, большинству пациентов с таким диагнозом выполняют паллиативные желчеотводящие операции (Данилов М.В. и др., 1993; Niderle B. et al., 1982; Tsiotos G. et al., 1999). Единого мнения в отношении выбора оптимального способа желчеотведения в литературе не существует. Несмотря на то, что продолжительность жизни больных после паллиативного вмешательства не превышает 6-8 месяцев (Блохин Н.Н. и соавт., 1982; Патютко и соавт., 1997,1998; Кубышкин В.А., Вишневский В.А. 2003; Sarr M., Cameron J., 1982; R. Williamson 1992), большое значение имеет уровень качества жизни больных, а в связи с этим актуальным является выбор способа наложения обходного билиодигестивного соустья. Принципиальным вопросом в этой проблеме является сохранение пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку [1].

Цель исследования. Провести сравнительную оценку различных методов паллиативного хирургического лечения рака ПДЗ и обосновать показания для использования каждого из них.

Материал и методы исследования. Нами анализируется опыт паллиативного хирургического лечения 586 больных с механической жел-

тухой, вызванной опухолями органов ПДЗ. Мужчин было 335 (57,2%), женщин 251 (42,8%). Возраст больных колебался от 31 до 90 лет, основную группу составляли пациенты 61-70 лет. Варианты локализации рака ПДЗ были представлены следующим образом: рак головки поджелудочной железы (ПЖ) – 474 больных (81%); рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) – 76 больных (12,9%); рак дистального отдела холедоха – 36 (6,1%). В диагностике опухолей ПДЗ использовались:

Общепринятый клинический минимум – клинический анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, ЭКГ.

УЗИ.

Компьютерная томография, СКТ, МРТ.

Дуоденография, дуоденоскопия, эндоскопическая панкреатохолангиография (ЭРХПГ).

Пункционная биопсия головки ПЖ или биопсия БСДК при раке БСДК.

Биопсия печени на этапе декомпрессии (пункционная при чрескожной чреспеченочной холецистостомии (ЧЧХС), щипковая при лапароскопической холецистостомии), на 3-5 сутки после декомпрессии и через 2-3 недели (при необходимости).

Лапароскопия, лапароскопическая холецистостомия.

Комплекс инвазивных и неинвазивных методов обследования на дооперационном этапе позволяет определить, локализуется ли опухоль только в пределах одной анатомической зоны, имеются ли метастазы в печень или региональные лимфоузлы, имеется ли инвазия в окружающие сосуды. Эти данные позволяют до операции оценить, является ли пациент кандидатом для выполнения радикальной операции, или для выполнения паллиативного вмешательства. Это позволило в 92,3 % случаев предварительно определить резектабельность опухолевого процесса и этапность оперативного лечения [2].

Результаты и обсуждение. Все прооперированные больные были разделены на две группы – с сохранением дуоденального пассажа желчи (410 больных) и без сохранения дуоденального пассажа желчи (52 больных). В первой группе в качестве билиодигестивного соустья производился холедоходуоденоанастомоз (ХДА) – в 391 случаях, холецистодуоденоанастомоз – 14, холецистогастроанастомоз – 3, супрапапиллярный ХДА – 2. Во второй группе в качестве анастомоза накладывался холецистоэнтероанастомоз с браунновским соустьем в 35 случаях, холецистоэнтероанастомоз по Ру – 8, гепатикоеюноанастомоз – 9. Средний возраст больных в первой группе составил: $56,9 \pm 9,0$ лет, мужчин было 223, женщин 187 человек. Во второй группе средний возраст составил $54,6 \pm 9,0$ лет, мужчин было 28 человека, женщин 24 человек.

У больных с опухолями головки ПЖ при локализованном процессе со сдавлением интра-