

Литература

1. Котов С.В., Рудакова И.Г., Котов А.С. Эпилепсия у взрослых. М.: Пульс. 2008. 331 с.
2. Незнанов Н.Г., Громов С.А., Михайлов В.А. Эпилепсия: качество жизни, лечение. СПб.: Изд-во Военно-медицинской академии, 2005. 294 с.
3. Aicardi J. Epilepsy in children. Lippincott Raven Publisers, 1996. 555 p.
4. Asconape J.J., Penry J.K. Poststroke seizures in the elderly // Clin. Geriatr. Med. 1991. Vol. 7. P. 483–492.
5. Blaesser-Kiel G. Altersepilepsien: Fehldiagnosen wegen unvertrauter Anfallsabläufe // Dtsch Arztebl. 2007. Vol. 104. P. 23–25.
6. Brodie M.J., French J.A. Management of epilepsy in adolescents and adults // Lancet, 2000. Vol. 356. P. 323–329.
7. Engel J.Jr., Pedley T.A. [eds.] Epilepsy // A comprehensive textbook. Philadelphia, 2008. P.1235–1248.
8. Hauser W.A., Annegers J.F., Kurland L.T. Incidence of epilepsy and unprovoked seizures in Rochester, Minnesota: 1935–1984 // Epilepsia. 1993. Vol. 34. P. 453–468.
9. Haut S.R., Katz M., Masur J., Lipton R.B. Seizures in the elderly: Impact on mental status, mood and sleep // Epilepsy Behav. 2009. Vol. 14, No. 3. P. 540–544.
10. Katramados A.M., Burdette D., Patel S.C. et al. Mitsias Periictal diffusion abnormalities of the thalamus in partial status epilepticus // Epilepsia. 2009. Vol. 50, No. 2. P. 265–275.
11. Konrad J. Werhahn Epilepsy in the Elderly // Dtsch Arztebl. Int. 2009. Vol. 106, No. 9. P. 135–142.
12. Olafsson E., Ludvigsson P., Gudmundsson G. et al. Incidence of unprovoked seizures and epilepsy in Iceland and assessment of the epilepsy syndrome classification: a prospective study // Lancet Neurol. 2005. Vol. 4. P. 627–634.
13. Pryor F.M., Ramsay R.E., Rowan A.J. Epilepsy in older adults: update from V.A. Cooperative Study No. 428 // Epilepsia. 2002. Vol. 43, suppl. 7. P. 165–166.
14. So E.L., Annegers J.F., Hauser W.A. et al. Populationbased study of seizure disorders after cerebral infarction // Neurology. 1996. Vol. 46. P. 350–355.
15. Stroemer R.P., Kent T.A., Hulsebosch C.E. Neocortical neural sprouting, synaptogenesis, and behavioral recovery after neocortical infarction in rats // Stroke. 1995. Vol. 26. P. 2135–2144.

Поступила в редакцию 27.03.2013.

CEREBROVASCULAR PATHOLOGY AND EPILEPSY IN OLD AGE

A.A. Ovchinnikov, I.V. Arkhipenko

Pacific State Medical University (2 Ostryakova Av. Vladivostok 690950 Russian Federation)

Summary – The paper summarises results of comprehensive clinical encephalographic examination of 101 older patients with cerebrovascular diseases. The authors have detected paroxysmal symptoms of epileptic nature in 78 patients. The integrated drug treatment included antiepileptic agents. Two-year treatment with neuroprotectors combined with antiepileptic agents has demonstrated a high efficiency of this therapy: there were 85.9% of cases of regression in clinical features of paroxysms and positive dynamics observed on the encephalograms. The encephalographic changes in case of epileptic paroxysms being specific of old age were characterised by dissociation between non-response to rhythmic photic stimulation and evident response to hyperventilation.

Key words: *electroencephalography, paroxysmal symptoms of epileptic nature, treatment.*

Pacific Medical Journal, 2013, No. 3, p. 29–32.

УДК 616.37-006.6-089.87-06

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

И.В. Шульга¹, В.А. Мацак², А.Н. Вишневская²

¹Приморская краевая клиническая больница № 1 (690991, г. Владивосток, ул. Алеутская, 57),

²Тихоокеанский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2)

Ключевые слова: *панкреатодуоденальная резекция, паллиативные вмешательства, осложнения.*

Анализируются результаты хирургического лечения 112 пациентов с опухолями панкреатодуоденальной зоны. Наиболее часто опухоль локализовалась в головке поджелудочной железы. У 101 больного при поступлении была механическая желтуха. Радикальная операция – панкреатодуоденальная резекция – оказалась возможной в 23 наблюдениях, в остальных выполнены различные паллиативные вмешательства. Осложнения развились у 39 пациентов. Общая летальность составила 11,6%, после панкреатодуоденальной резекции – 8,7%.

Лечение больных со злокачественными опухолями панкреатодуоденальной зоны является одной из наиболее сложных проблем абдоминальной хирургии. Среди опухолей этой локализации рак поджелудочной железы встречается наиболее часто (60–94%) и занимает третье место среди злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта [4]. Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) является радикальной операцией, однако она возможна только в 10–20%

наблюдений, в остальных случаях проводится либо паллиативное вмешательство, либо симптоматическая терапия [1–3, 11]. Летальность после ПДР составляет, по данным разных авторов, от 9 до 34% [7, 8, 10, 12]. В 90% случаев опухоль панкреатодуоденальной зоны сопровождается рядом осложнений, в первую очередь механической желтухой. Летальность после операций на фоне механической желтухи достигает 60% [5, 6, 9, 13]. В связи с этим вопросы хирургического лечения опухолей панкреатодуоденальной зоны, определения показаний к радикальному вмешательству, выбор оптимального метода декомпрессии билиарной системы продолжают оставаться актуальными и на сегодняшний день.

Материал и методы. С 1996 по 2012 г. в Приморской краевой клинической больнице № 1 г. Владивостока на базе хирургического отделения № 1 было прооперировано 112 больных (57 мужчин и 55 женщин) в возрасте от 22 до 76 лет (в среднем – 59,3±8,2 года) со злокачественными опухолями панкреатодуоденальной

Таблица 1

Распределение больных по локализации и распространенности новообразований

Заболевание*	Кол-во больных по стадиям					
	II		III		IV	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Рак головки ПЖ	13	11,6	32	28,5	35	31,2
Рак БДС	13	11,6	5	4,5	2	1,8
Рак ТО ОЖП	4	3,6	4	3,6	1	0,9
Рак ДПК	–	–	3	2,7	–	–
Всего:	30	26,8	44	39,3	38	33,9

* Здесь и в табл. 2, 3: ПЖ – поджелудочная железа, БДС – большой дуоденальный сосочек, ТО ОЖП – терминальный отдел общего желчного протока, ДПК – двенадцатиперстная кишка.

Таблица 2

Морфологическое строение опухолей панкреатодуоденальной зоны

Разновидность рака	Кол-во случаев по локализации, абс.				
	ПЖ	БДС	ОЖП	ДПК	Всего
Аденокарцинома	52	18	9	3	82
Ацинарный	20	–	–	–	20
Аденоматозный	2	1	–	–	3
Анапластический	3	–	–	–	3
Тубулярный	1	–	–	–	1
Перстневидноклеточный	–	1	–	–	1
Цистаденокарцинома	2	–	–	–	2

зоны. Новообразование локализовалось в головке поджелудочной железы у 80 больных (71,4%), в большом дуоденальном сосочке – у 20 (17,9%), в дистальном отделе общего желчного протока – у 9 (8,0%) и в двенадцатиперстной кишке – у 3 (2,7%). У 101 больного (90,2%) при поступлении имелась механическая желтуха, уровень общего билирубина в крови колебался от 80,9 до 410 мкмоль/л. В ходе операций выявлено, что количество наблюдений по стадиям распространенности процесса было достаточно близким, причем I стадия заболевания в наших наблюдениях не встречалась (табл. 1).

Анализ гистологической структуры показал, что наиболее часто (73,2% случаев) диагностировалась аденокарцинома различной степени дифференцировки, реже (17,9% случаев) регистрировался ацинарный рак и в единичных наблюдениях – остальные типы новообразований (табл. 2).

Результаты исследования. Все 112 пациентов были оперированы. В 60 случаях ввиду механической желтухи проводилось этапное лечение, когда на первом этапе выполнялась дооперационная декомпрессия желчевыводящих путей (в 35 случаях наложена холецистостома, в 18 выполнено назобилиарное дренирование и в 7 – чрезкожная чрезпеченочная гепатостомия). Выбор способа

декомпрессии зависел от локализации опухоли. При опухоли головки поджелудочной железы осуществлялась чрезкожная чрезпеченочная гепатостомия или холецистостомия. При опухоли большого дуоденального сосочка выполнялась эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография с транспапиллярным дренированием холедоха, при неудачном исходе ретроградного дренирования – чрезкожная чрезпеченочная гепатостомия или холецистостомия. Оперативное вмешательство выполнялось при уровне билирубина не выше 200 мкмоль/л. Период декомпрессии желчевыводящих путей колебался от 4 до 23 дней.

Радикальные оперативные вмешательства в объеме панкреатодуоденальной резекции были выполнены 20,5% больных. В остальных случаях проведены различные паллиативные вмешательства. При выборе способа паллиативной операции предпочтение отдавалось холедохоеюноанастомозу. В последнее время мы отказались от анастомозов с желчным пузырем из-за рано возникающей обтурации пузырного протока и вследствие этого – неадекватного дренирования. Всего было выполнено 120 операций у 112 больных: в 3 случаях при опухоли головки поджелудочной железы с дуоденальной непроходимостью и механической желтухой наложение холедохоеюноанастомоза сочеталось с наложением гастроэнтероанастомоза, а в 1 случае холедохостомы была дополнена интраоперационной постановкой нитинолового стента (табл. 3).

Осложнения в послеоперационном периоде наблюдались у 39 больных (34,8%), в том числе у 24 – после паллиативных вмешательств. Регистрировались несостоятельность анастомозов, гнойные интрабdomинальные осложнения (абсцесс, перитонит), послеоперационный панкреонекроз, желудочно-кишечные кровотечения, печеночно-почечная недостаточность, сердечно-легочные осложнения (инфаркт миокарда и тромбоэмболия легочной артерии), спаечная кишечная непроходимость. Всего после радикальных и паллиативных вмешательств повторно прооперировано

Таблица 3

Характеристика хирургического лечения опухолей панкреатодуоденальной зоны

Объем и вид операции	Локализация опухоли (кол-во наблюдений, абс.)				
	ПЖ	БДС	ТО ОЖП	ДПК	Всего
Панкреатодуоденальная резекция	3	16	2	2	23
Холецистогастроанастомоз	1	–	–	–	1
Холецистоэнтероанастомоз	36	1	–	–	37
в т.ч. с брауновским соустьем	19	1	–	–	20
в т.ч. по Ру	17	–	–	–	17
Холедохоеюноанастомоз	20	2	4	1	27
в т.ч. с брауновским соустьем	8	–	–	–	8
в т.ч. по Ру	12	2	4	1	19
Гастроэнтероанастомоз	9	–	–	1	10
Холедохостомия	15	–	5	–	20
Интраоперационное стентирование	1	1	–	–	2

Таблица 4
Причины повторных операций

Причины повторных операций	Кол-во наблюдений после операций, абс.	
	паллиативных	ПДР
Несостоятельность анастомоза	4	–
Стеноз 12-перстной кишки	1	–
Панкреонекроз	2	4
Абсцесс, перитонит	2	1
Внутрибрюшное кровотечение	2	–
Спаечная кишечная непроходимость	–	2
<i>Всего:</i>	11	7

18 больных: наиболее часто по поводу панкреонекроза, несостоятельности анастомозов и гнойных внутрибрюшных осложнений (табл. 4).

Послеоперационная летальность составила 11,6% – 13 случаев: 2 – после ПДР (8,7%), 11 – после паллиативных операций (12,4%). Причиной смерти после ПДР послужили тромбоэмболия легочной артерии и острая высокая кишечная непроходимость. Причины смерти после паллиативных операций – инфаркт миокарда в раннем послеоперационном периоде (4 случая), тромбоэмболия легочной артерии (1 случай), аррозивное желудочное кровотечение (4 случая) и fulminantная печеночная недостаточность (2 случая).

Обсуждение полученных данных. При анализе структуры оперативных пособий по поводу опухолей панкреатобилиарной зоны с 1996 по 2012 г. отмечен закономерный рост числа радикальных вмешательств, что связано как с улучшением диагностики (что ведет к выявлению заболевания на более ранней стадии), так и с накоплением опыта. Следует отметить моменты панкреатодуоденальной резекции, которым мы уделяли особое внимание: 1) формирование анастомозов на двух изолированных петлях тонкой кишки, 2) прецизионное вшивание панкреатического протока в стенку тонкой кишки с минимальным количеством узловых швов без наружной панкреатикоеюностомии с использованием синтетического рассасывающего материала (викрил) 4/0 и 5/0 на атравматичной игле. В последние годы риск послеоперационного панкреатита удалось снизить благодаря использованию ингибитора внешней секреции поджелудочной железы – сандостатина.

Рак головки поджелудочной железы в наших наблюдениях явился наиболее часто встречающейся опухолью (71,4%) среди всех новообразований панкреатодуоденальной зоны. Радикальная операбельность пациентов с опухолями панкреатодуоденальной зоны составила 20,5%. В подавляющем большинстве наблюдений новообразования данной локализации осложнялись механической желтухой, что диктовало необходимость выбора метода адекватной предоперационной декомпрессии желчевыводящих путей. В заключение следует отметить, что при резектабельности опухоли панкреатодуоденальной зоны следует отдавать предпочтение

радикальному вмешательству, количество осложнений и летальность после которого не превышают таковых при паллиативных операциях.

Литература

1. Артемьева Н.Н., Игнатов А.М., Коханенко Н.Ю. и др. Результаты хирургического и комплексного лечения рака поджелудочной железы // *Анналы хирургической гепатологии*. 1999. № 1. С. 34–39.
2. Велигоцкий Н.Н. Принципы хирургического лечения рака панкреатодуоденальной зоны // *Международ. мед. журн.* 2002. № 2. С. 98–101.
3. Жерлов Г.К. Рак панкреатодуоденальной зоны: диагностика и лечение // *Сибирский онкол. журн.* 2006. № 1. С. 40–48.
4. Касумьян С.А., Алибеков Р.А., Бельков А.В. и др. Ближайшие результаты хирургического лечения рака головки поджелудочной железы // *Анналы хирургической гепатологии*. 1998. Т. 3, № 2. С. 65–70.
5. Кубышкин В.А., Вишневский В.А. Рак поджелудочной железы. М.: Медпрактика, 2003. 232 с.
6. Кубышкин В.А., Вишневский В.А., Айрапетян А.Т. и др. Дифференциальная диагностика рака поджелудочной железы // *Хирургия*. 2000. № 3. С. 45–50.
7. Мирошников Б.И., Белый Г.А. Рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки // *Вестн. хирургии*. 2002. № 3. С. 34–39.
8. Патютко Ю.И., Котельников А.Г., Абгарян М.Г. Современное хирургическое и комбинированное лечение больных экзокринным раком головки поджелудочной железы и органов периапулярной зоны // *Практическая онкология*. 2004. Т. 5, № 2. С. 94–107.
9. Патютко Ю.И., Котельников А.Г., Косырев В.Ю. и др. Современные данные о возможностях хирургического лечения больных раком поджелудочной железы и периапулярной зоны // *Современная онкология*. 2000. Т. 2, № 1. С. 12–15.
10. Ярема И.В., Попов Ю.П., Филиппов С.Ю. и др. Хирургическая тактика при онкологических заболеваниях органов панкреатобилиарной зоны, осложненных механической желтухой // *Вестник хирургии*. 2003. № 3. С. 27–30.
11. Sencer S.F., Fremgen A., Menck H.R. et al. Pancreatic cancer: a report of treatment and survival trends for 100,313 patients diagnosed from 1985–1995, using the National Cancer database // *J. Am. Coll. Surg.* 1999. Vol. 89. P. 1–7.
12. Suzuki Y., Fujino Y., Fanioka Y. Factors influencing hepaticojanostomy leak following pancreaticoduodenal resection: importance of anastomosis leak test // *Hepatogastroenterology*. 2003. Vol. 50, No. 49. P. 254–257.
13. Traverso L.W. What are the problems associated with the surgical treatment of patients with pancreatic cancer? // *J. Hep. Bil. Pancr. Surg.* 1998. Vol. 5. P. 138–142.

Поступила в редакцию 18.12.2012.

ANALYZING RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF TUMOURS OF PATIENTS WITH TUMOURS IN PANCREATODUODENAL AREA

I.V. Shulga¹, V.A. Matsak², A.N. Vishnevskaya²

¹ Primorsky Krai Regional Clinical Hospital No. 1 (57 Aleutskaya St. Vladivostok 690091 Russian Federation), Pacific State Medical University (2 Ostryakova Av. Vladivostok 690950 Russian Federation)

Summary – The paper analyses results of surgical treatment of 112 patients with tumours in pancreatoduodenal area. The tumour most often concentrated in the head of pancreas. When admitted to hospital, 101 patients had obstructive jaundice. The radical surgery – pancreatoduodenal resection – had been proved feasible in 23 case follow-ups. The other patients underwent salvaging procedures. 39 patients had complications. The overall mortality was 11.6%, 8.7% – after pancreatoduodenal resection.

Key words: pancreatoduodenal resection, salvaging procedures, complications.

Pacific Medical Journal, 2013, No. 3, p. 32–34.