

ДВУХБАЛЛОННАЯ ЭНТЕРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ РЕЗЕКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Воробей А. В., Шулейко А. Ч., Орловский Ю. Н.,
Вижинис Е. И., Макки М. Ю.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
Минск, Беларусь*

Введение. В настоящее время отмечается неуклонный рост уровня заболеваемости хроническим панкреатитом. При хирургическом лечении этой патологии широкое распространение получили резекционно-дренирующие операции с использованием панкреатикоюноанастомозов (ПЕА) на петле по Ру. Данные операции имеют свои специфические осложнения, диагностика которых представляет серьезные трудности. Кроме того, остается много недостаточно изученных проблем, касающихся длительности и адекватности функционирования наложенных ПЕА. С появлением двухбаллонной энтероскопии (ДБЭ) возникают новые возможности для визуальной оценки функционирования панкреатодигестивного соустья, использования малоинвазивных эндоскопических вмешательств в коррекции возникших осложнений.

Цель исследования: оценить роль ДБЭ для диагностики и коррекции осложнений со стороны ПЕА после резекционно-дренирующих операций на ПЖ.

Материал и методы. В нашей клинике впервые в мире, начиная с 2010 г., 26 пациентам в возрасте 30-65 лет с подозрением на патологию в зоне ПЕА на петле по Ру был проведен трансоральный (антеградный) осмотр полости соустья двухбаллонным энтероскопом (Fujinon, Япония). Осмотры выполнены в сроки 3-24 месяца после плановых первичных операций по поводу осложнений ХП. Ранее пациентам были выполнены дренирующие (n-7), резекционно-дренирующие операции (n-17) и панкреатодуоденальные резекции (2 наблюдения) по поводу ХП. Производили визуальный осмотр зоны ПЕА, биопсию из стенки петли тощей кишки и поджелудочной железы, а также выполняли по показаниям малоинвазивные вмешательства в зоне ПЕА.

Результаты. Осмотреть зону ПЕА удалось у 19 (73%) из 26 пациентов. Среднее время ДБЭ-осмотра петли тощей кишки и панкреатодигестивного анастомоза составило 85 ± 14 мин. При осмотре установлено, что в 7 наблюдениях анастомоз функционировал адекватно с выделением панкреатического содержимого, диаметр его был 1-3 мм.

В 12 наблюдениях выявлена послеоперационная патология ПЕА. Выполнено 12 малоинвазивных ДБЭ-операций в зоне ПЕА. По результатам ДБЭ-осмотров в 4 наблюдениях выставлены показания к повторным «открытым» операциям (табл.).

Таблица 1 – Структура патологии ПЕА и характер малоинвазивных ДБЭ-вмешательств

Характеристика					
патологии ПЕА	n (абс)	ДБЭ-манипуляций в зоне ПЕА	n (абс)	повторных «открытых» операций	n (абс)
Стриктура ПЕА после операции Partington	2	Биопсия зоны ПЕА	5	Операция Bern	2
Стриктура ХПС после операции Frey	1	Лазерная вапоризация стриктуры	1	Гепатикоеюноанастомоз	1
Несостоятельность ПЕА после операции Bern	1	Биопсия зоны ПЕА	1	Дренирование абсцесса	1
Остаточные конкременты в области ПЕА	6	Лазерная литотрипсия.	2		
		Механическая литотрипсия	1		
Остатки шовного материала	2	Удаление шовного материала	2		
Всего	12	Всего	12	Всего	4

Заключение. ДБЭ позволяет осмотреть зону ПЕА, которая до настоящего времени была недоступна для визуализации традиционными эндоскопами. В проведенном исследовании ДБЭ-осмотр ПЕА выполнен в 73% наблюдений, выявлены специфические осложнения ПЕА, включая стриктуру и несостоятельность. ДБЭ является перспективным направлением в малоинвазивной коррекции осложнений после плановых операций по поводу ХП с формированием ПЕА. При возобновлении болевого синдрома после традиционных операций на ПЖ в протокол обследования целесообразно включать, кроме КТ и МРТ-исследований, ДБЭ-осмотр петли по Ру и полости ПЕА.

ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО НАРУЖНОГО ГЕМОРОИДАЛЬНОГО ТРОМБОЗА

Гаин М. Ю., Шахрай С. В., Гаин Ю. М.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
Минск, Беларусь*

Введение. Возникающие боли и выраженный местный дискомфорт у пациентов с острым тромбозом наружных геморроидальных узлов в значительной степени влияют на физическую, социальную и часто психическую сферу человека, ограничивают его трудоспособность [1, 3, 4, 5, 6]. Поэтому разработка и внедрение эффективных методик лечения острого геморроидального тромбоза – важная, с экономической и социальной точки зрения, задача хирурга амбулаторной практики [1, 2].