

– 2. Сроки, прошедшие после первой операции, колебались от 1 месяца до 5 лет.

Результаты и обсуждение. Во всех случаях показаниями к оперативному вмешательству послужило прогрессирование патологического процесса в ПЖ с рецидивом болевого синдрома, носящего интенсивный характер; диспепсическими явлениями; развитием осложнений (вирсунгоррагия – 2, сдавление воротной вены с развитием асцита – 1, сдавление 12-перстной кишки – 5). Всем этим пациентам были выполнены проксимальные резекции ПЖ: пилоросохраняющая ПДР – 6, дуоденумсохраняющая резекция головки ПЖ – 21. В послеоперационном периоде осложнения, потребовавшие релапаротомии, развились у 2 пациентов. Летальных исходов не было.

Отдаленные результаты в сроки от 6 месяцев до 3 лет прослежены у всех этих пациентов. Положительный эффект операции и увеличение массы тела отметили все пациенты. Практически полное исчезновение болей отмечено у 21(78%) чел., периодически возникающие тупые боли, не требующие специального лечения – у 6 (22%).

Выводы. Основным показанием к повторным хирургическим вмешательствам у пациентов с ХП после различных операций внутреннего дренирования является прогрессирующий характер заболевания, проявляющийся рецидивом интенсивного болевого синдрома и развитием разного рода осложнений.

РЕЗЕКЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ СВИЩЕЙ

Дундаров З. А., Майоров В. М., Батюк В. М., Зыблев С. Л.,
Адамович Д. М., Анджум Вакар

УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Республика Беларусь

В последние годы отмечается существенный рост числа пациентов с наружными и внутренними панкреатическими

свищами (ПС). Этот рост связан с увеличением числа деструктивных форм острого панкреатита и травматических повреждений ПЖ, широким внедрением пункционно-дренажных методов лечения кистозных образований ПЖ. Неполные ПС закрываются самостоятельно под воздействием консервативной терапии. При полных ПС требуется хирургическое лечение. Операции, выполняемые по поводу ПС, составляют около 5% от общего количества хирургических вмешательств на ПЖ.

На ПЖ свищ чаще всего открывается в корпокаудальном отделе, реже в области перешейка и головки. Наиболее часто применяемые в настоящее время операции при ПС имеют ряд недостатков. Дистальная резекция ПЖ часто имеет неудовлетворительный функциональный результат: примерно у 60% пациентов осложняется инсулярной недостаточностью и обычно сопровождается спленэктомией. Иссечение свища с панкреатоеюностомией, фистулоэнтеростомией в большинстве случаев имеют неудовлетворительные отдаленные результаты.

Цель: изучить результаты лечения пациентов с полными ПС.

Материал и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 35 пациентов с ПС. Мужчин было 29 (83%), женщин 6 (17%). Средний возраст составил $45,6 \pm 3,7$ года. С наружными ПС было 27 (77%) чел., с внутренними – 8 (панкреатогенный асцит – 6, панкреатогенный гидроторакс – 2). Диагностический алгоритм, помимо клинических и лабораторных данных, включал УЗИ, КТ, фистулографию.

Результаты и обсуждение. Все эти пациенты оперированы после предварительной консервативной терапии не менее 3-х месяцев. Локализация истока свищевого хода была следующей: головка ПЖ – 2 (5,7%), область перешейка – 5 (14,3%), корпокаудальный отдел – 28 (80%). Были выполнены операции: резекция головки ПЖ по Бегеру – 2; медиальная резекция ПЖ со свищом – 21, с панкреатогастростомией дистальной культи у 7 чел., панкреатоеюностомией – у 14 (проксимальный конец ПЖ ушивали); дистальная резекция ПЖ – 12. Дистальную резекцию ПЖ выполняли при локализации свища в хвостовой части ПЖ.

Следует отметить, что резекции ПЖ у данной категории пациентов отличались повышенной технической сложностью, особенно на этапе мобилизации железы, что связано с наличием массивного, плотного спаечного процесса и выраженного хронического парапанкреатита. По этим причинам при дистальной резекции ПЖ селезенку удалось сохранить лишь в 4-х случаях. Летальных исходов и релапаротомий не было. Дополнительное дренирование жидкостных образований под УЗ наведением выполнено у 4-х пациентов.

Выводы. Радикальная операция при наличии ПС – резекция ПЖ. Условием адекватного выполнения операции является правильный выбор места пересечения железы для того, чтобы была удалена вся та ее часть, которая дренируется свищем при дистальной его локализации (дистальная резекция), или выполнена резекция рубцово-измененных участков ПЖ, несущих свищ, и в которых имеется полная обструкция Вирсунгова протока (медиальная резекция), с панкреатодигестивным анастомозом дистальной культи ПЖ. Выполнение медиальных резекций ПЖ при ПС предпочтительнее в силу лучших функциональных результатов.

МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Дундаров З. А., Майоров В. М., Зыблев С. Л., Батюк В. И.,
Лин В. В., Адамович Д. М., Анджум Вакар

УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Республики Беларусь

Основными критическими факторами, влияющими на развитие осложнений и смертность после операций при наличии ЦП, являются: тяжесть печеночной недостаточности и выраженность осложнений портальной гипертензии (ПГ). Летальность при абдоминальном хирургическом вмешательстве при наличии ЦП функционального класса «А» по Child-Pugh – 5-10%; класса «В» – 20-40%; класса «С» – 70-80%. ПГ приводит не только к развитию асцита и кровотечений из ВРВПиЖ, но и