

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 свищом 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

лежит в основе сложных нарушений кровообращения, характерных для ЦП. Развивается спланхическое полнокровие вследствие вазодилатации и внутриорганного венозного застоя, что снижает эффективный объем циркулирующей крови, способствует артериальной гипотонии, развитию функциональной недостаточности практически всех органов.

Цель: изучить результаты лечения механической желтухи (МЖ) у пациентов с циррозом печени (ЦП).

Материал и методы. Изучены результаты лечения 27 пациентов с сочетанием ЦП и МЖ. У 21 пациента МЖ развилась на фоне уже имеющегося ЦП, у 6 – с рубцовыми стриктурами внепеченочных желчных протоков (ВЖП) – развился билиарный ЦП. Алгоритм обследования включал клинические, лабораторные данные, УЗИ, ФГДС, КТ, МРТ. Мужчин было 12, женщин 15. Средний возраст составил $57,3 \pm 4,1$ года. Функциональный класс ЦП по Child-Pugh: «А» – 13 чел., «В» – 9, «С» – 5.

Результаты и обсуждение. Дифференциальная диагностика МЖ и печеночного холестаза представляла определенные трудности из-за общности многих клинических и лабораторных проявлений, часто возникающих трудностей трактовки данных УЗИ. Чувствительность УЗИ составила 81,5%. У 18,5% пациентов расширения желчных протоков не выявлено вследствие их ригидности. Наиболее информативными оказались МРТ-холангиография (96,2%) и ЭРХПГ. Холедохолитиаз выявлен у 16 (59,3%) чел., стриктура БДС – у 3 (11,1%), рубцовая стриктура ВЖП – у 6 (22,2%), хронический панкреатит (ХП) – у 2 (7,4%). Клинические признаки холангиогенной инфекции отмечены у 22 (81,5%). Билиарный сепсис констатировали у 7 (26%) пациентов. Эта группа отличалась тяжелым течением заболевания, быстрым ухудшением общего состояния, признаками синдрома системной воспалительной реакции (ССВР). В клинической картине преобладали симптомы, составляющие пентаду Reynolds.

Медикаментозная терапия включала антибактериальную, спазмолитическую, гепатотропную, инфузионную терапию. Несмотря на проводимую терапию, у 17 (63%) пациентов

отмечено увеличение степени печеночной недостаточности, что проявлялось нарастанием признаков цитолиза, снижением уровня альбумина и протромбина, геморрагическим синдромом, энцефалопатией. В связи с этим стремились к максимально раннему выполнению декомпрессионных вмешательств. ЭПСТ выполнена 19 пациентам, которая оказалась эффективной у 17 (89,5%), в 3-х (15,8%) случаях осложнилась массивным кровотечением. В 2-х случаях у пациентов с ХП выполнена холецистостомия под УЗ контролем.

Несмотря на декомпрессию ЖП, у всех пациентов отмечен затяжной характер холестаза, в 8 случаях (29,6%) наблюдался рост уровня билирубина. Имело место позднее купирование явлений холангита. Умерли 5 (18,5%) пациентов с функциональным классом «С» ЦП по Child-Pugh от прогрессирующей печеночной недостаточности. Остальные пациенты оперированы. Холецистэктомия (ХЭ) у пациентов с ЦП выполняли по методике В. О. Pribram во избежание массивных кровотечений из ложа желчного пузыря. Выполнены операции: ХЭ + наружное дренирование – 11, ХЭ+ХДА – 3; иссечение рубцовых тканей ВЖП с гепатикоеюностомией по Ру – 6; операция Бегера – 2.

Заключение. Тяжесть пациентов с МЖ на фоне ЦП обусловлена наличием двух тяжелых конкурирующих заболеваний, протекающих с явлениями тяжелой эндогенной интоксикации и взаимоотягощающим прогрессивным ухудшением функционального состояния печени и гомеостаза в целом. Это приводит к затяжному характеру холестаза, более частому развитию инфекционных осложнений и печеночной недостаточности, кровотечениям различного генеза, высокой летальности. На исходы заболевания оказывает влияние функциональный класс ЦП. Комплексная медикаментозная терапия с максимально ранним малоинвазивным декомпрессионным вмешательством может улучшить результаты лечения этой категории пациентов.

При выполнении ХЭ могут возникать серьезные проблемы, связанные с наличием расширенных коллатеральных вен вокруг ЖП и гепатодуоденальной связки, в подпаянном к ЖП и

поверхности печени большом сальнике, в околопупочной области, повреждение которых сопровождается массивным кровотечением. При комбинации холедохолитиаза или стриктуры ВЖП с портальной гипертензией наличие выраженных венозных коллатералей существенно усложняет диссекцию элементов печеночно-двенадцатиперстной связки и может стать причиной кровопотери, опасной для жизни.

РЕФЛЮКС-ХОЛАНГИТ ПОСЛЕ ХОЛЕДОХОДУОДЕНОСТОМИИ

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

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

Холедоходуоденостомия относится к числу распространенных операций в билиарной хирургии, составляя около 77,5% от общего числа билиодигестивных анастомозов. Холедоходуоденальный анастомоз (ХДА) достаточно прост в исполнении и удобен для хирурга, имеет неплохие функциональные результаты. Вместе с тем, ХДА не лишен определенных недостатков, которые могут обуславливать серьезные осложнения. К таким осложнениям относится рефлюкс-холангит, который отмечается у 8,4-22,4% пациентов, перенесших эту операцию.

Холангит, возникающий после формирования ХДА, бывает двух типов: 1) обтурационный, возникающий вследствие стриктуры анастомоза; 2) необтурационный, возникающий при достаточной ширине анастомоза и свободной проходимости ХДА, как следствие дуоденального рефлюкса и инфицирования ЖВП.

После наложения ХДА ликвидируется автономность желчевыводящей системы, БДС прекращает выполнять свою запирательную функцию, создаются условия для рефлюкса дуоденального содержимого в желчные протоки. Кроме того, происходит выключение из желчеоттока дистального отдела