

РУБЦОВЫЕ СТРИКТУРЫ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПОСЛЕ ПРОКСИМАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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

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

Резекционные и резекционно-дренирующие операции получают все большее распространение в хирургии поджелудочной железы (ПЖ). Они достаточно надежно устраняют основные патологические синдромы хронического панкреатита. Вместе с тем отмечено появление в отдаленном периоде осложнений, отсутствовавших до операции. К числу таких осложнений относится механическая желтуха (МЖ).

Цель: изучить результаты лечения пациентов с МЖ, развившейся после резекционных операций на головке ПЖ.

Материал и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 14 пациентов с МЖ, развившейся после проксимальных резекций головки ПЖ. Средний возраст составил $47,6 \pm 3,5$ года. Первоначально были выполнены следующие операции: резекция головки ПЖ по Бегеру – 5, «Бернский вариант» резекции головки ПЖ – 7, операция Фрея – 2.

Результаты и обсуждение. Ретроспективный анализ выявил следующее. У всех 5 пациентов, перенесших дуоденумсохраняющую резекцию головки ПЖ, в послеоперационном периоде отмечалось желчеистечение. Оно появлялось на 2-3 сутки после операции и, по-видимому, было обусловлено интраоперационным «малым» повреждением или электрокоагуляционным некрозом стенки холедоха. К 4-6 неделе желчеистечение прекращалось самостоятельно. В сроки от 3 до 6 месяцев после операции появлялась желтуха, интенсивность которой постепенно нарастала.

У пациентов, которым была выполнена «Бернская модификация» резекции головки ПЖ, в 2 случаях был сформирован холедохопанкреатоеюноанастомоз по типу «open

door», у 5 пациентов билиодигестивных анастомозов не было. Желтуха развилась в сроки от 1 до 8 месяцев. Развитие МЖ у этих пациентов, и у перенесших операцию Фрея, связываем с развивающимся рубцово-склерозирующим процессом в оставшейся части головки ПЖ и сдавлением дистального отдела холедоха. Нельзя исключать и повреждений стенки холедоха.

Всем пациентам были сформированы билиодигестивные анастомозы: холедоходуоденостомия – 5, гепатикоеюностомия – 9.

Выводы. У пациентов, перенесших дуоденумсохраняющую проксимальную резекцию или резекционно-дренирующую операцию на головке ПЖ, имеется угроза развития МЖ в отдаленном послеоперационном периоде. Вероятность возрастает при таких осложнениях раннего послеоперационного периода, как желчеистечение, послеоперационный панкреатит. У этой категории пациентов требуется проведение диспансерного наблюдения после хирургического лечения для своевременной коррекции развившихся осложнений.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПСЕВДОКИСТ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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

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

Одним из частых осложнений острого и хронического панкреатита, травм поджелудочной железы (ПЖ) является образование псевдокист. Чаще всего они локализуются в теле и хвосте ПЖ, реже – в головке. Вместе с тем кистозные образования головки ПЖ протекают тяжелее, чаще имеют осложненное течение, труднее поддаются лечению. Постоянное или прогрессирующее давление увеличивающейся ложной кисты приводит к развитию фиброзной ткани в головке ПЖ и развитию так называемого «головчатого» панкреатита. При псевдокистах головки ПЖ происходит нарушение экскреторной функции ПЖ, развиваются явления дуоденостаза, механическая желтуха,