

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,

портальная гипертензия. Все это обуславливает сложность лечения данной категории пациентов.

**Цель:** изучить результаты хирургического лечения осложнений псевдокист головки ПЖ.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находился 51 пациент со сформированными кистозными образованиями головки ПЖ. Мужчин было 40 (78,4%), женщин 11 (22,6%). Интраперитонеальное расположение псевдокист выявлено в 18 (35,3%) случаях, интрапаренхиматозное расположение (учитывались псевдокисты  $\geq 3$  см в диаметре) – в 14 (27,5%) и ретропанкреатическое – в 19 (37,2%).

Клиническая картина псевдокист головки ПЖ характеризовалась полиморфизмом, обусловленным их локализацией, размерами, характером возникающих осложнений. Диагностика включала общеклинические, лабораторные и специальные методы исследования: рентгенологические, УЗИ, ФГДС, КТ.

**Результаты.** Различные осложнения отмечены у 35 (68,6%) пациентов: сдавление дистального отдела холедоха с развитием механической желтухи (МЖ) – 9 (17,6%) случаев; сдавление двенадцатиперстной кишки (ДПК) – 7 (13,7%); кровотечение в просвет кисты – 11 (21,6%), из них у 7 в просвет желудка или ДПК; сдавление воротной вены с развитием панкреатогенной портальной гипертензии (ППГ) – 6 (11,7%); нагноение кисты – 2 (4%). При этом установлено, что из 33 пациентов с интрапаренхиматозным и ретропанкреатическим расположением псевдокист осложнения развились у 27 – 81,8% (МЖ – 9, ППГ – 6, сдавление ДПК – 5, кровотечение – 7). При интраперитонеальном расположении псевдокист осложнения развились у 8 (44%) из 18 пациентов (сдавление ДПК – 2, кровотечение – 4, нагноение – 2).

Все наблюдаемые пациенты были оперированы. В 4 (7,8%) случаях выполнена пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция (у пациентов с кровотечением в просвет ДПК); в 24 (47%) – дуоденосохраняющая резекция головки ПЖ по Бегеру; в 10 (19,7%) – операция Фрея; в 13 (25,5%) – цистоеюностомия на выключенной петле по Ру. Летальных исходов не было.

**Заключение.** На выбор метода операции решающее влияние оказывали: локализация и размеры кистозного образования, развившиеся осложнения. Проксимальные резекции ПЖ выполняли при интрапаренхиматозной и ретропанкреатической локализации псевдокист, а также при кровотечениях в просвет кисты или ЖКТ. В остальных случаях выполняли панкреатоцистоеюностомию с локальной резекцией головки ПЖ по Фрею, или цистоеюностомию по Ру при кистозных образованиях >6 см. Дифференцированный подход к хирургическому лечению пациентов с псевдокистами головки ПЖ позволяет улучшить результаты их лечения.

## **ХОЛАНГИОГЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ**

Дундаров З. А., Майоров В. М., Адамович Д. М., Зыблев С. Л.,  
Берещенко В. В.

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

Рубцовые стриктуры внепеченочных желчных протоков (ВЖП) более чем в 90% случаев имеют ятрогенный характер и обычно образуются после «малых» повреждений во время операции. При «больших» повреждениях ВЖП формируют билиодигестивный (БДА) или билиобилиарный анастомоз, стриктура которого развивается в 20-25% случаев, достигая при высоких повреждениях 50-70% (Гальперин Э. И., 2010 г.). На фоне нарушения проходимости ВЖП развивается гнойный холангит, который отмечается чаще при частичном нарушении проходимости ЖП, нежели при полном (Ахаладзе Г. Г., 2009).

**Цель:** изучить результаты лечения гнойных билиарных осложнений у пациентов с рубцовыми стриктурами ВЖП.

**Материал и методы.** За период 2000-2015 гг. оперированы 62 таких пациента. Преобладали женщины – 49 (79%). Средний возраст составил 57,2±3,6 года. Стриктуры ВЖП отмечены у 38 (61,3%); стриктуры БДА – у 24 (гепатикодуоденостомия – 6, гепатикоеюностомия – 18). По классификации Н. Bismuth