



**СОВРЕМЕННЫЕ  
ТЕХНОЛОГИИ  
В МЕДИЦИНЕ**

Получено 19.02.2009г

УЗ "Брестская областная  
"больница"

3 1 1 8 9 3

СИГНАЛЬНЫЙ

61 (063)  
С 568

СИГНАЛЬНЫЙ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БРЕСТСКОГО ОБЛИСПОЛКОМА

## СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ

Материалы юбилейной научно-практической конференции,  
посвященной 65-летию Брестской областной больницы

г. Брест, 30 января 2009 года

Брест  
"Альтернатива"  
2009

РЕПОЗИТОРИЙ ГРГМУ

мии в комбинации с продольной панкреатоэюностомией (ПЦЕС+ПЕС) или панкреатоцистовирсунгоэюностомии (ПЦВЕС) с изолированной по Ру петлей. Наружное дренирование в данном случае противопоказано, т.к. образуется практически в 100% панкреатический свищ. Стабильная киста ПЖ может быть дренирована с помощью малоинвазивных и эндоскопических методик, при возможности удаления кисты хвоста ПЖ, следует производить радикальную операцию – дистальную резекцию поджелудочной железы с цистэктомией.

Таким образом, предложенный алгоритм с учетом связи кисты с протоковой системой поджелудочной железы и оттока панкреатического секрета в 12-перстную кишку, с учетом поражения самой протоковой системы, позволяет наиболее оптимально подойти к выбору способа и объема оперативного вмешательства при осложнениях хронического панкреатита кистами поджелудочной железы.

**ЖАНДАРОВ К.Н., САВИЦКИЙ С.Э., БЕЗМЕН И.А.,  
УШКЕВИЧ А.Л., КУХТА А.В., КАРПОВИЧ В.Е., МИХОВИЧ Т.И.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
г. Гродно

УЗ «Гродненская областная клиническая больница», г. Гродно

### ЭКОНОМНЫЕ РЕЗЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

В клинике хирургических болезней за период 2006–2007 гг. у 45 больных выполнено 51 органосохраняющая операция на поджелудочной железе при хроническом рецидивирующем панкреатите с поражением протоковой системы железы. При этом, все панкреатокишечные анастомозы накладывались с отключенной по Ру петлей тощей кишки.

При атрофических явлениях с локализацией кисты в хвосте ПЖ и подозрении на малигнизацию, выполнены дистальная резекция ПЖ (3) и дистальная гемипанкреатэктомия (2) с наложением проксимального продольного панкреатоэюноанастомоза (3). Послеоперационный период в 1 случае осложнился микронесостоятельностью панкреатоэюноанастомоза с образованием панкреатического свища, который самостоятельно закрылся в течение 1 месяца.

При псевдотуморозном процессе в головке ПЖ, склерокистозе или кальцинозе выполнены клиновидная резекция головки с продольной панкреатоэюностомией (2) и интрапаренхиматозная субтотальная резекция головки поджелудочной железы (5). При этом при наличии расширения главного панкреатического протока наложен продольный панкреатоэюноанастомоз (3), а при отсутствии признаков панкреати-

ческой гипертензии – изолированный панкреатоэюноанастомоз с головкой поджелудочной железы (2).

Для лучшего доступа к головчатой части главного панкреатического протока при вирсунголитотомии и улучшения дренажной функции протока в последующем через панкреатоэюноанастомоз при явлениях головчатого панкреатита, выполнена клиновидная резекция головки ПЖ в комплексе с продольной панкреатоэюностомией и панкреатоцистовирсунгоэюностомией (10). При явлениях отека с тотальным увеличением стромы поджелудочной железы клиновидную резекцию продолжали с головки продольно по краям рассеченного панкреатического протока на всю его длину, для улучшения его дренажной функции в последующем через анастомоз (2).

Когда имели место явления атрофии ПЖ, полное отсутствие стромы железы с прерыванием проходимости главного панкреатического протока на ограниченном участке тела ПЖ выполняли срединную резекцию поджелудочной железы с наложением дистального панкреатоэюноанастомоза (3).

При сочетании кист ПЖ, расположенных по задней и заднебоковым поверхностям поджелудочной железы в головке или теле ПЖ, с расширенным главным панкреатическим протоком, выполнили панкреатоцистовирсунгоэюностомию на изолированной по Ру петле тощей кишки (18). Из них 5 больных оперированы во время обострения хронического панкреатита по экстренным показаниям в связи с наличием панкреоферментативного перитонита. У 3 больных имел место послеоперационный панкреатит и у 1 больного микронесостоятельность панкреатоэюноанастомоза. Имевшиеся осложнения ликвидированы консервативными мероприятиями и не потребовали повторного оперативного вмешательства.

У больных с расширением главного панкреатического протока, атрофией и склерозом всей ПЖ, выполнена продольная панкреатоэюностомия с изолированной по Ру петлей тощей кишки (8), при наличии вирсунголитиаза производилась вирсунголитотомия (6). В послеоперационном периоде у 3 больных отмечены явления послеоперационного панкреатита, которые купированы консервативными мероприятиями.

При обследовании 36 больных в сроки 0,5–2 года с оценкой по шкале Visik, отличные и хорошие результаты выявлены у 88% оперированных больных, удовлетворительные – у 9% и неудовлетворительные – у 3%. 68% больных вернулись к работе по специальности.

Следовательно, принимая во внимание результаты хирургического лечения хронического панкреатита с расширением главного панкреатического протока, нужно отметить, что наиболее адекватным оперативным вмешательством в настоящее время при наличии данной патологии является продольная панкреатоэюностомия по Ру в комбинации

с экономными резекциями различных отделов поджелудочной железы, которые должны выполняться по строгим показаниям, индивидуально для каждого больного.

**ЖАНДАРОВ К.Н., САВИЦКИЙ С.Э., БЕЛЮК К.С., РУСИН И.В.,  
УШКЕВИЧ А.Л., МИХОВИЧ Т.И.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
г. Гродно

УЗ «Гродненская областная клиническая больница», г. Гродно

### ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

За период 2002–2007 гг. проанализированы экономические затраты на лечение 319 больных с осложнениями желчнокаменной болезни (ЖКБ). Всего на лечение 319 больных затрачено 240,9 млн. бел. руб. В среднем на каждого больного затрачено 9,5 млн. На одноэтапное лечение в среднем на каждого больного затрачено 7,9+3,1 млн., на двухэтапное 12,2+0,56 млн. и на лечение случаев неудачного проведения открытых оперативных вмешательств и также при неудаче ЭПСТ – 14,0+1,6 млн.

Общая стоимость проведения только эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) составила 28,8 млн. и в среднем на каждого больного 1,1 млн. Довольно высокая стоимость лечения с применением только ЭПСТ, в сравнении с проведением ЭПСТ+ЛХЭ, без второго этапа коррекции осложнений ЖКБ, обусловлена применением ЭПСТ у тяжелого контингента больных со сложной сопутствующей патологией и, естественно, с длительным наблюдением в стационаре этих больных после ЭПСТ.

В настоящее время нет единого мнения в вопросе, как поступать с больным после проведения ЭПСТ, выписать домой до ликвидации отека в области рассеянного БДС или оставлять в стационаре на 4–7 дней и потом сразу же производить ЛХЭ? С клинической точки зрения, лучше после проведения ЭПСТ на первом этапе оставлять больного в клинике на 5–7 дней до уменьшения отека рассеянного БДС и ликвидации желчной гипертензии. И после этого производить ЛХЭ. С экономической точки зрения, анализируя данные стоимости по годам, нужно согласиться, что стоимость лечения больных ЭПСТ+ЛХЭ без выписки из стационара практически в 2 раза меньше, чем аналогично ЭПСТ+ЛХЭ с выпиской из стационара.

Это, по всей видимости, обусловлено двухразовой госпитализацией, обследованием и подготовкой к оперативному лечению. В данном случае наиболее приемлемый двухэтапный вариант лечения ЭПСТ+ЛХЭ без выписки из стационара считается более приемлемый и с экономической точки зрения.

Одним из стандартов разработанного в клинике алгоритма одноэтапного лечения осложненных ЖКБ являются операции с применением антеградной папиллосфинктеротомии. При сравнительной характеристике одноэтапного лечения с применением АПСФТ во время открытого оперативного вмешательства и двухэтапного с применением на I этапе ЭПСТ и на II – открытого оперативного вмешательства выявлено, что стоимость одноэтапного лечения значительно ниже 2,5+0,8, чем сравнимого двухэтапного 4,9+2,3.

«Золотым» стандартом чисто эндоскопического лечения осложненной ЖКБ конечно же является ЭПСТ на первом этапе и ЛХЭ – вторым этапом. Однако при показаниях к открытому оперативному вмешательству, по данным литературы, в клиническом аспекте нет единого мнения о преимуществах одноэтапного или двухэтапного открытого оперативного лечения в комбинации с эндоскопическими методами. В связи с разработкой новых интраоперационных методов папиллосфинктеротомии и «глухого» прецизионного шва общего желчного протока (ОЖП), мнение большинства склоняется к проведению одноэтапного хирургического лечения, обладающего рядом преимуществ перед двухэтапными методиками. Как же эта проблема выглядит в экономическом аспекте? Проанализировав экономические затраты при проведении обоих методик пришли к выводу, что экономическая эффективность одноэтапных методов комплексного лечения осложнений ЖКБ значительно выше, чем двухэтапных методик.

Следовательно, как в клиническом, так и в экономическом плане «золотым» стандартом лечения осложнений ЖКБ остается по-прежнему двухэтапное эндоскопическое вмешательство ЭПСТ+ЛХЭ. При невозможности его выполнения экономически более выгодным является применение комбинации открытых и эндоскопических методов, а именно: холецистэктомия + холедохолитотомия + антеградная папиллосфинктеротомия + глухой прецизионный шов общего желчного протока.

**ЖАНДАРОВ К.Н., САВИЦКИЙ С.Э., БЕЛЮК К.С., РУСИН И.В.,  
ЧЕРНИЙ А.В., УШКЕВИЧ А.Л., МИХОВИЧ Т.И., БУРАК Е.В.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
г. Гродно

УЗ «Гродненская областная клиническая больница», г. Гродно

### ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

За период 2002–2007 гг. в Гродненской областной клинической больнице г. Гродно было прооперировано 319 больных с различны-