

раннего кормления пострадавших естественным путем.

В послеоперационном периоде умерли 2 пациента. Причиной смерти были гнойный медиастинит, пневмония, сепсис, прогрессирующая полиорганная недостаточность, профузное арозивное кровотечение.

Заключение

1. При подозрении на повреждение пищевода необходимо выполнить необходимый алгоритм обследования для своевременной диагностики перфорации.

2. Операция выполняется по срочным показаниям после интенсивной подготовки. Объём операции включает санацию и активное дренирование околопищеводной клетчатки по одной из предложенных методик, отключение пищеводной трубки из пассажа, стентирование пищевода, питательную гастро- или еюностому.

ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

*Воробей А.В.^{1,2}, Гришин И.Н.^{1,2}, Шулейко А.Ч.^{1,2},
Бутра Ю.В.^{2,3}, Лурье В.Н.^{1,2}, Орловский Ю.Н.^{1,2},
Вижинис Ю.И.^{1,2}*

ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»¹,

Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии и лазерной хирургии (РЦ РХГ, КП и ЛХ)²,

УЗ «Минская областная клиническая больница»³,

Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с хроническим панкреатитом (ХП).

Материалы и методы. В период 2010–2012 гг. выполнено 66 резекционно-дренирующих операций у пациентов с хроническим панкреатитом. Из них 48 (72,3%) были повторными, 24 (36,4%) пациента оперированы два и более раз. Все эти пациенты имели панкреатическую гипертензию, в 48,5% – билиар-

ную, в 51,5% – портальную; в 22,7% – явления дуоденальной непроходимости. У 92,4% больных явления билиарной и портальной гипертензии, дуоденальной непроходимости сочетались. У 90,9% пациентов выявлены конкременты в протоковой системе поджелудочной железы (ПЖ). Резекцию паренхимы головки и тела ПЖ выполняли рандомизированно: традиционно с использованием моно- и биполярной коагуляции с дополнительным лигированием ветвей панкреатодуоденальных артерий ($n=31$) и с применением высокоэнергетического трехволнового лазера МУЛ ($n=28$) производства Республики Беларусь. В аппарате МУЛ применена лазерная система, позволяющая осуществлять работу на трех различных длинах волн (1,06 нкм, 1,32 нкм, 1,44 нкм), генерируемых одним генератором с выходной средней мощностью до 100 Вт с возможностью их быстрого переключения. Данные свойства аппарата обуславливают возможность его широкого применения практически во всех разделах хирургии. При выполнении резекции ПЖ, как правило, использовали лазерное излучение с длиной волны 1,32 мкм и мощностью 36–45 Вт в режиме резания и коагуляции.

Результаты. Использование лазерного иссечения головки ПЖ при выполнении резекционно-дренирующих операций позволило обеспечить стойкий, надежный гемостаз, уменьшить объем кровопотери при выполнении резекции головки ПЖ (189 ± 38 мл) по сравнению с техникой гемостаза с использованием электрокоагуляции (311 ± 41 мл). При этом не требовалось дополнительного лигирования сосудов или прошивания ткани железы. Одним из специфических свойств лазерного излучения является вапоризация (высушивание) обрабатываемых тканей. В предложенном варианте лазерного иссечения головки ПЖ происходило уплотнение ткани железы по краю резекции, что облегчало формирование ПЕА, повышало его герметичность и сокращало время выполнения резекции (42 ± 12 мин.) по сравнению с традиционной техникой (55 ± 16 мин.). Проведено сравнение результатов электрокоагуляционного и лазерного методов дуоденосохраняющих резекций головки ПЖ.

Таблица 1 – Рандомизированное сравнение результатов электрокоагуляционного и лазерного методов резекции поджелудочной железы

Способ резекции ПЖ	Электро- коагуляционный	Лазерный	Всего
Количество операций	31	28	59
Время резекции, мин	55±16	42±12	51±14
Кровопотеря, мл	311±41	89±28	204±34
Гемостаз	Требуется дополни- тельное лигирование	Полный	
Коагуляционный струп	Грубый, глубокий	Нежный, по- верхностный	
Послеоперационные осложнения	9 (29,0%)	3 (10,7%) p<0,05	12 (20,3%)
Ограниченный некроз ДПК	3	-	3 (5,1%)
Стриктура холедохо- пластики	1	-	1 (1,7%)
Послеоперационные кро- вотечения их ложа ПЖ	3	-	3 (5,1%)
Панкреатическая фис- тула	-	1	1 (1,7%)
Несостоятельность ПЕА	1	-	1(1,7%)
Ишемический оментит	1	-	1 (1,7%)
Инфицирование после- операционной раны	-	1	1 (1,7%)
Перфорация ДПК	-	1	1 (1,7%)
Релапаратомии	5	1	6 (10,2%)

Послеоперационные осложнения при электрохирургической технике резекции ПЖ развились в достоверно большем количестве случаев (31,9%), чем при лазерной технологии резекции ПЖ (11,5%). $p<0,05$. Особенно важным представляется то обстоятельство, что при лазерных резекциях ПЖ не было случаев желудочно-кишечных послеоперационных кровотечений и несостоятельств ПЕА.

Заключение. Лазерная резекция паренхимы поджелудочной железы при ХП является перспективной технологией в хирургии хронического панкреатита. Лазерные резекции ПЖ достоверно

снижают уровень послеоперационных осложнений в хирургии хронического панкреатита за счет:

а) полный гемостаз без дополнительного лигирования или клипирования, что сокращает время операции, уменьшает объем кровопотери;

б) образующийся нежный струп на поверхности ПЖ, эффект лазерной кавитации и литотрипсии способствуют отхождению после операции в просвет ПЕА мелких конкрементов их tributaryducts (протоков 2-3 порядка);

в) уплотнение ткани ПЖ после лазерной резекции, что повышает надежность продольного ПЕА.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

*Воробей А.В.^{1,2}, Гришин И.Н.^{1,2}, Шулейко А.Ч.^{1,2}, Бутра Ю.В.^{2,3},
Лурье В.Н.^{1,2}, Орловский Ю.Н.^{1,2}, Вижинис Ю.И.^{1,2}*

ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»¹,

Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии и лазерной хирургии (РЦ РХГ, КП и ЛХ)²,

УЗ «Минская областная клиническая больница»³,

Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с хроническим панкреатитом (ХП).

Материалы и методы. С 1990 по 2011 годы в РЦРХГ, КП и ЛХ оперировано 495 пациентов с ХП. У них выполнены 37 резекционных операций (ПДР – 13, дистальная резекция – 22, в т.ч. 4 – с дистальным панкреатоеюноанастомозом, центральная резекция – 2), 66 резекционно-дренирующих операций (операция Frey – 7, Бернская модификация операции Beger – 59, в т.ч. с продольной панкреатовирсунгоеюностомией – 26, V-образным иссечением тела поджелудочной железы (ПЖ) по Izbicki – 5, вирсунгэктомией – 5. При этом в 25 случаях выполнена супрапапиллярная холедопанкреатостомия (ХПС). Произведено 262 дрени-