

онной летальности не отмечено.

Заключение. Оптимальным вариантом резекционно-дренирующих операций при хроническом панкреатите после ранее выполненных хирургических вмешательств на поджелудочной железе является Бернский вариант операции Veger с транспанкреатической супрапапиллярной холедохопластикой и продольной панкреатовирсунготомией или V-образным иссечением тела поджелудочной железы по Izbicki с панкреатикоеюностомией на петле по Ру. Лазерная резекция паренхимы поджелудочной железы при ХП является перспективной технологией в хирургии хронического панкреатита. Рентгенэндоваскулярные вмешательства являются операциями выбора при формировании ложных аневризм артерий зоны поджелудочной железы.

ДВУХБАЛЛОННАЯ ЭНТЕРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ПЕЙТЦА–ЕГЕРСА

*Воробей А.В.^{1,2}, Лагодич Н.А., Александров С.В.,
Денисова Л.П., Тихон В.К., Высоцкий Ф.М.*

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»,

Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Синдром Пейтца–Егерса – аутосомно-доминантно наследуемое заболевание, характеризующееся полипозом желудочно-кишечного тракта в ассоциации с меланиновой пигментацией на коже и слизистых оболочках. Несмотря на достаточно редкую встречаемость, данный синдром имеет важное социальное значение по ряду факторов. Во-первых, больные с синдромом Пейтца–Егерса страдают злокачественными опухолями органов пищеварения и репродуктивной системы, по данным разных авторов, в 9,9 раза чаще, чем в целом в популяции. Во-вторых, клиническое течение данного синдрома связано с риском

развития тонкокишечных инвагинаций, требующих экстренных оперативных вмешательств, в ряде случаев неоднократных лапаротомий с резекцией значительного участка тонкой кишки. Это приводит к выраженному спаечному процессу брюшной полости и некорригируемому синдрому нарушения кишечного пищеварения и всасывания, развитию тяжелой трофологической недостаточности, и, как следствие, инвалидизации пациента. Своевременная дооперационная диагностика поможет избежать подобного рода осложнений. Прорывом в диагностике и лечении эпителиальных новообразований тонкой кишки стало внедрение в клиническую практику двухбаллонной энтероскопии (ДБЭ).

Цель исследования. Анализ собственных первых результатов проведения диагностической и лечебной ДБЭ у пациентов с синдромом Пейтца–Егерса.

Материалы и методы. В Республиканском центре реконструктивной хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии и лазерной хирургии (РЦРХГ, КП и ЛХ) на базе УЗ «Минская областная клиническая больница» с марта 2009 г. по июль 2012 г. выполнено 224 ДБЭ-исследования у 169 пациентов. Из них с синдромом Пейтца–Егерса ДБЭ выполнена у 5 пациентов – 2 женщин и 3 мужчин в возрасте от 16 до 42 лет (средний возраст – 29 ± 12 лет). Ранее оперативные вмешательства по экстренным показаниям по поводу инвагинационной тонкокишечной непроходимости проведены у 4 пациентов с синдромом Пейтца–Егерса (из них 2 больных оперированы дважды).

Показания к применению ДБЭ были следующие: наличие полипов в верхних и нижних отделах ЖКТ, неоднократные эндоскопические полипэктомии верхних и нижних отделов ЖКТ в анамнезе, перенесенные лапаротомии по поводу инвагинационной кишечной непроходимости, вызванной полипом тонкой кишки. Для выполнения двухбаллонной энтероскопии применяли стандартную видеоэндоскопическую систему фирмы Fujinon (Япония), состоящую из видеоэнтероскопа EN-450P5 с инструментальным каналом 2,2 мм, внешней трубки с дистальным баллоном на конце, а также инсуффлятора.

Результаты. В нашем наблюдении синдром Пейтца–Егерса выявлен у 5 пациентов на основании следующих признаков: наличие характерной меланиновой пигментации, гистологически

подтверждённых полипов Пейтца–Егерса и семейного анамнеза – 2 пациента; наличие меланиновой пигментации и более 2-х гистологически подтверждённых полипов – 3 пациента. Малигнизация гамартomatного полипа в зоне дуоденоюнального изгиба наступила у 1 пациентки. Полипы толстой кишки отмечались у всех 5 пациентов, в желудке – у 4.

Эндоскопическая полипэктомия выполнена у всех 5 пациентов. В первую очередь удаляли полипы размером 1,0 см в диаметре и более. Наиболее крупное образование составляло 6,0 см в диаметре. В одном случае потребовалась этапная полипэктомия. У 3 пациентов достичь полной санации тонкой кишки через ДБЭ не удалось. Открытая интраоперационная энтероскопия с полипэктомией выполнена в 2 случаях. У 1 пациентки при выраженном спаечном процессе брюшной полости, обусловленном неоднократными лапаротомиями, ДБЭ-полипэктомия осуществлена под контролем лапароскопа после выполнения лапароскопического висцеролиза. Клинически значимое кровотечение из ложа удалённого полипа тощей кишки встретилось у 1 пациентки в первые сутки после исследования – остановлено эндоскопически.

Выводы:

1. Двухбаллонная энтероскопия является высокоинформативным лечебно-диагностическим методом исследования тонкой кишки, позволяющим проводить диагностику эпителиальных новообразований в ранней стадии до развития осложнений, корректно и дифференцированно определять дальнейшую лечебную тактику.

2. Эндоскопическая полипэктомия через ДБЭ позволит избежать необходимости повторных экстренных операций с резекцией тонкой кишки и развитием синдрома укороченной тонкой кишки.

3. Лапароскопически ассистированная ДБЭ-полипэктомия является малоинвазивным и относительно безопасным способом лечения полипозов тонкой кишки при выраженном спаечном процессе брюшной полости вследствие ранее перенесенных хирургических операций.

Литературные ссылки

1. Calva D, James R. Howe. Hamartomatous polyposis Syndromes. Surg Clin North Am. – 2008; 88: 4: 784–785.

2. Kopacova M, Tacheci I, Rejchrt S et al. Peutz-Jeghers syndrome:

Diagnostic and therapeutic approach. World J Gastroenterol. – 2009; 15:43.

3. Gammon A, Jaspersen K, Kohlmann W et al. Hamartomatous polyposis Syndromes. Best Pract Res ClinGastroenterol. – 2009; 23:2: 219–231.

СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА

*Воробей А.В.^{1,2}, Лурье В.Н.^{1,2}, Вижинис Е.И.^{1,2},
Шулейко А.Ч.^{1,2}, Орловский Ю.Н.^{1,2}, Карпович Д.И.,
Жих О.Д., Аскальдович Е., Коростелев Д.Ю.*

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

Введение. Сосудистые осложнения ОНП включают: венозные тромбозы портальных, селезеночных и брыжеечных сосудов, диффузные кровотечения из варикозно расширенных вен, ишемические некрозы с образованием инфаркта селезенки и некроза желудка, тонкой и толстой кишок, аррозии сосудов с образованием ложных аневризм (ЛА). Наиболее опасным является образование ложных аневризм висцеральных сосудов, вовлеченных в некротический процесс. По данным разных авторов [1–6], частота их возникновения колеблется от 1,3 до 10%. Самой частой причиной возникновения аневризм является аррозия сосудов псевдокист (жидкостных скоплений) поджелудочной железы. Считается, что развитие постнекротических кист осложняет течение хронического панкреатита у 21% больных [7]. По нашим данным, жидкостные скопления у пациентов с ОНП встречаются в 86%. Развитие кровотечения в постнекротическую кисту является грозным осложнением и сопровождается летальностью до 80% [8]. По