

диаметр превышал 5 см, при этом объем резекции печеночной ткани колебался от 1 до 4 сегментов. В последние годы при резекции печени используется лапаротомия или лапароскопический доступ. Летальных исходов или опасных для жизни осложнений у оперированных пациентов не было.

Выводы:

1. Благодаря внедрению современной медицинской аппаратуры в медицинскую практику расширились возможности диагностики очаговых образований печени, которые требуют хирургического вмешательства.

2. В зависимости от характера заболевания возможны малоинвазивные вмешательства, а также резекция печени, что, однако, требует соответствующего оснащения хирургических стационаров и наличия высококвалифицированных кадров.

Литература:

1. Ахаладзе, Г. Г. Гнойный холангит и холангиогенные абсцессы печени / Г. Г. Ахаладзе // 80 лекций по хирургии / под общ. ред. В. С. Савельева. – М., Литтера, 2008. – С. 410-418.

2. Ахмедов, С. М. Резекция печени при эхинококкозе / С. М. Ахмедов // Аннал. хир. гепатологии, 2008. – Т. 13. – № 3. – С. 207-208.

3. Бойко, В. В. Газоструйная диссекция паренхимы печени. Клинико-экспериментальное исследование / В. В. Бойко, Д. И. Скорый, А.В. Малоштан, А. М. Тищенко, Т. В. Козлова, А. А. Малоштан, И. В. Гусак // Аннал. хир. гепатологии, 2011. – Т. 16. – № 2. – С. 52-57.

4. Веронский, Г. И. Радикальные операции при эхинококкозе печени / Г. И. Веронский // Аннал. хир. гепатологии, 2005. – Т.10. – № 2. – С. 55.

5. Ветшев, П. С. Эхинококкоз: основы диагностики и роль миниинвазивных технологий (обзор литературы) / П.С. Ветшев, Г. Х. Мусаев, А. С. Фитьянова // Аннал. хир. гепатологии, 2015. – Т. 20. – № 3. – С. 47-53.

6. Летуновский, Н. А. Клинико-морфологические наблюдения висцерального актиномикоза / Н. А. Летуновский, Н. А. Лазаревич, О. Н. Мироненко // Журнал ГрГМУ, 2003. – № 4.

ХИРУРГИЯ СОЧЕТАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

¹Белюк К. С., ²Жандаров К. Н., ¹Могилевец Э. В., ²Камарец А. М.,
²Гаврон И. В., ²Кухта А. В., ¹Макалович Я. И., ¹Жук И. Т.

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Гродненская областная клиническая больница»,
Гродно, Республика Беларусь

Введение. Частота хронического панкреатита и его осложнений неуклонно растет, что ставит проблему лечения данной патологии в число актуальных и значимых [1].

Клиническая картина характеризуется постоянной или рецидивирующей интенсивной болью, а также разного рода осложнениями со стороны как самой железы, так и окружающих ее органов [1, 2].

В связи с ростом частоты осложненных форм желчнокаменной болезни и хронического панкреатита, а также анатомической общностью выводящих протоков печени и поджелудочной железы наблюдается рост сочетанных заболеваний, а именно хронического панкреатита, осложненного протяженной стриктурой терминального отдела общего желчного протока и механической желтухой. Поэтому возникает необходимость разработки наиболее эффективных способов лечения сочетанной патологии.

Цель: улучшение результатов хирургического лечения пациентов с хроническим панкреатитом, осложненным протоковой гипертензией в сочетании с кистой головки поджелудочной железы и протяженной стриктурой интрапанкреатической части общего желчного протока.

Материалы и методы. На базе УЗ «Гродненская областная клиническая больница» за период 2006-2016 гг. по поводу хронического панкреатита и его осложнений выполнено 140 операций, из них: продольная панкреатоюностомия по Ру выполнена в 23 случаях; панкреатоцистостомия по Ру – в 34 случаях; дистальная резекция поджелудочной железы произведена 4-м пациентам; гемипанкреатэктомия (дистальная) – 3 операции; клиновидная резекция головки и продольная клиновидная резекция тела и хвоста поджелудочной железы – в 36 случаях, операция Izbicki – 3 пациентам; срединная резекция – 3 операции; интрапаренхиматозная резекция головки поджелудочной железы – 16 пациентам; холедохопанкреатоюностомия – 12 операций; холедохоцистопанкреатоюностомия выполнена – 4 пациентам; холедохоцистодуоденостомия по разработанной в клинике методике выполнена одному пациенту; торакоскопическая спланхниксимпатэктомия – 1 операция.

Наибольшие проблемы имеются в хирургическом лечении осложненного хронического панкреатита у тех из пациентов, у которых хронический рецидивирующий панкреатит с протоковой гипертензией сочетается с протяженной стриктурой терминального отдела общего желчного протока и механической желтухой. Результаты оперативного лечения 17 таких пациентов более подробно представляются в данной работе.

Возраст пациентов составил 50 ± 8 лет. Распределение по полу: 15 мужчин, 2 женщины.

На дооперационном этапе всем им проводились общеклинические методы исследования по стандартным методикам в клинической лаборатории УЗ «Гродненская областная клиническая больница». Лабораторные исследования: полный развернутый анализ крови; общий анализ мочи с определением диастазы; биохимический анализ крови, включающий показатели билирубина, трансаминаз, щелочной фосфатазы, амилазы крови, общего белка, глюкозы крови, мочевины; группу крови и коагулограмму.

Средний уровень общего билирубина на дооперационном этапе составил 40 [16;128] мкмоль/л, амилазы 209 [74; 473] Ед/л, АСТ 85 [36; 157] Ед, АЛТ 75[40;179] Ед.

Наряду с лабораторными исследованиями выполнялись инструментальные методы диагностики. Всем пациентам на дооперационном этапе было выполнено УЗИ и МРТ органов брюшной полости.

По данным МРТ, средний размер головки поджелудочной железы составил 41 ± 10 мм, максимальный размер – 61 мм, минимальный – 27 мм. Расширение главного панкреатического протока составило 8 ± 3 мм (min 4 мм; max 13,5 мм). У 10 (67%) пациентов наряду с панкреатической гипертензией установлено наличие кистозных образований головки поджелудочной железы. Кроме того, у всех пациентов выявлено наличие протяженной стриктуры интрапанкреатической части общего желчного протока с престенотическим его расширением (до 17 ± 5 мм).

Оперативные вмешательства выполнены по разработанным в клинике методикам. 13 пациентам произведено одномоментное внутреннее дренирование общего желчного протока и протоковой системы поджелудочной железы (патент РБ № 15800 от 16.06.2009): производилась субтотальная интрапаренхиматозная клиновидная резекция головки поджелудочной железы, продольная вирсунготомия длиной до 6-12 см и клиновидная резекция тела и хвоста поджелудочной железы. Выполнялась холецистэктомия. На металлическом зонде Долиотти, введенном через культю пузырного протока в престенотической части холедоха, выполнялось вскрытие его в просвет полости, образованной после субтотальной клиновидной резекции головки поджелудочной железы, и накладывались швы (дексон 3\0) для герметизации наложенного холедохопанкреатического сообщения от забрюшинной клетчатки. Троице пациентам с наличием кисты головки поджелудочной железы в дополнение к этому выполнена холедохоцистопанкреатостомия. В последующем через культю пузырного протока вводился дренаж (типа Холстеда-Пиковского) в сформированное холедохопанкреатическое (12 пациентов) и холедохоцистопанкреатическое (3 пациента) соустье и приступали к следующему этапу операции – наложению продольного панкреатоюноанастомоза (12 пациентов) и панкреатоцистоюноанастомоза (3 пациента) по РУ.

Одному пациенту с кистой головки поджелудочной железы без расширения главного панкреатического протока сформирован холедохоцистодуоденоанастомоз по разработанной в клинике методике. Выполнялась лапаротомия, холецистэктомия, дуоденотомия. Через заднюю стенку 12-перстной кишки вскрыта киста головки поджелудочной железы (по «типу» Юраша) и сформирован цистодуоденоанастомоз. Интраоперационно установлено наличие протяженной стриктуры терминального отдела холедоха, вовлеченного в склеротический процесс в области головки поджелудочной железы. На металлическом буже Долиотти, введенном в культю пузырного протока, через сформированный цистодуодено-

анастомоз выполнена холедохоцистостомия длиной около 1,5 см с наложением швов между общим желчным протоком и стенкой кисты поджелудочной железы монофиламентной рассасывающейся нитью (4/0). Холедох и сформированный холедохоцистодуоденоанастомоз через пузырный проток дренирован до нижнегоризонтальной ветви 12-перстной кишки (последняя ушита двухрядным швом).

Результаты и обсуждение. Во время операций осложнений не было. В послеоперационном периоде осложнение в виде микронесостоятельности панкреатоеюноанастомоза, купированное консервативными мероприятиями (благодаря его дренированию), отмечено у 1 пациента. Все пациенты выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии. Рецидива болевого синдрома и желтухи не выявлено при сроках наблюдения до 5 лет.

Выводы. Таким образом, применение резекционно-дренирующих органосохраняющих операций на поджелудочной железе при гипертензионно-протоковом типе хронического панкреатита, осложненного протяженной стриктурой терминального отдела общего желчного протока в сочетании с одномоментным внутренним дренированием холедоха, панкреатической системы и кист поджелудочной железы, позволяет адекватно купировать панкреатическую и билиарную гипертензию и улучшить результаты лечения данной патологии.

Литература:

1. Альперович, Б. И. Лечение кист и свищей поджелудочной железы / Б. И. Альперович, В. Ф. Цхай, Г. Н. Хабас // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2000. – Т. 5, № 1. – С. 70-76.

2. Данилов, М. В. Хирургия поджелудочной железы: руководство для врачей / М. В. Данилов, В. Д. Федоров. – М.: Медицина, 1995. – 512 с.

ГАНГРЕНА ФУРНЬЕ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

¹Бордаков В. Н., ¹Дуб И. Д., ¹Доронин М. В.,

²Курленко Р. Н., ¹Немчанинов С. С.

¹Государственное учреждение «432 ордена Красной Звезды Главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь»

²Государственное учреждение «Центральная военно-врачебная комиссия Вооруженных Сил Республики Беларусь»

Минск, Беларусь

Введение. Гангрена Фурнье – чрезвычайно опасное для жизни инфекционное заболевание мягких тканей наружных половых органов, характеризующееся быстро прогрессирующим некрозом поверхностной фасции и прилегающих тканей, приводящее к развитию системной эндо-