

# РЭЭКЦЫЯ ПАДСТРАЎНІКАВАЙ ЗАЛОЗЫ ПРЫ ВОСТРЫМ ПАНКРЭАТЫЦЕ Ў РАННІЯ ТЭРМІНЫ ЯК МЕТАД ВЫБАРУ

*Фамін А.А.*

*Гродзенскі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт, Беларусь*

*Кафедра хірургічных хваробаў №1*

*Навуковы кіраўнік - к.м.н., дац. Маслакова Н.Д.*

Востры панкреатыт да цяперашняга часу застаецца найбольш сур'ёзным захворваннем органаў брушной поласці. Колькасць пацыентаў з дыягназам “востры панкреатыт” штогод павялічваецца. У 80 % выпадкаў назіраецца адносна спрыяльнае цячэнне захворвання, аднак у астатніх развіваецца панкреанекроз і (альбо) някроз парапанкрэатычнай клятчаткі<sup>1</sup>.

Досвед многіх пакаленняў хірургаў дазволіў аддаць перавагу кансерватыўнаму лячэнню з выкананнем аператыўнага ўмяшальніцтва толькі ў фазе гнойных ускладненняў (III-IV стадыя). Аднак ёсць катэгорыя хворых, часцей маладога ўзросту, з маланкавым “фульмітантным” цячэннем захворвання, у якіх цягам першых дзён ад пачатку хваробы на фоне прагрэсуючага цыркуляторна-таксічнага шоку і развіцця поліарганнага знясілення наступае смерць<sup>2</sup>. Паводле інфармацыі розных аўтараў, лятальнасць пры вострым асэптычным дэструктыўным панкреатыце складае ад 7% да 22%, пры вострым інфікаваным дэструктыўным панкреатыце да 85%, а пры фульмітантным да 100%<sup>3</sup>. У такіх выпадках сваечасовая аперацыя з'яўляецца адзіным выйсцем, паколькі неабходна як мага раней ліквідаваць крыніцу эндатаксікоза – падстраўнікавую залозу з актываванымі ферментамі.

З 2001 па 2006 год у Вузлавой клінічнай бальніцы было праапэравана 10 хворых з дыягназам “Востры дэструктыўны панкреатыт”. У 7 выпадках востры панкреатыт быў ускладнены сярозна-гемарагічным перытанітам і ў 3 выпадках някрозам парапанкрэатычнай клятчаткі. Паказаннямі да аперацыі былі: адсутнасць эфекта ад кансерватыўнага лячэння і прагрэсуючая інтаксікацыя паводле шкалы “SABS”. Аператыўным доступам у 3 выпадках быў верхне-сярэдзінны, у 1 выпадку верхне-сярэдзінны, працягнуты ў левае падрабер'е, і ў 6 выпадках выкарыстоўваўся мэтад шырокага двухпадрэбернага папярэчнага доступу, што дазволіла ў поўнай ступені рэвізаваць усе участкі падстраўнікавай залозы. Пры рывізіі быў выяўлены татальны някроз падстраўнікавай залозы, а ў 3 выпадках някроз парапанкрэатычнай клятчаткі. У 7 выпадках назіраўся перытаніт, была выканана санацыя і дрэнаванне брушной поласці (у брушной поласці знаходзілася ад 500 да 2000 мл змесціва). Аб'ём аперацыяў: ва ўсіх выпадках аператыўнага ўмяшальніцтва была выканана рээкцыя цела і хваста падстраўнікавай залозы. У 1 выпадку была накладзена пятлявая ілеастама, у 2 выпадках выканана халіцэстэктамія (халанагенны панкреатыт), у 9 выпадках была выканана спленэктамія, у 3 выпадках было выканана шырокае дрэнаванне забрушынай клятчаткі справа і злева. Усе аперацыі завяршаліся марсупілізацыяй сальнікавай сумкі з далейшай праграмаванай санацыяй цягам 7-18 сутак. У пасляоперацыйным перыядзе ў пацыентаў назіралася павышэнне глікемічных паказчыкаў, якія карэгіраваліся медыкаментозна, з індывідуальным падыходам да кожнага хворага. У 1 выпадку назіраўся лятальны зыход у пацыента 26-ці год у выніку поліарганнага знясілення. Паводле нашых назіранняў, пацыентам патрабаваліся аперацыі татальнай рээкцыі падстраўнікавай залозы ўжо ў першы тыдзень ад пачатку захворвання, у той час, як яны былі выкананы ў перыяд ад 5 гадзін да 14 дзён ад пачатку захворвання.

Такім чынам, органазахоўваючыя аперацыі, якія выкарыстоўваюцца пры лячэнні вострага панкреатыту, ствараюць толькі ілюзорны станоўчы вынік, паколькі пасля іх выканання застаюцца невялікія ачагі някроза падстраўнікавай залозы, якія з'яўляюцца

ачагамі таксеміі. Татальная рэзекцыя падстраўнікавай залозы, нягледзячы на рызыку і складанасць тэхнікі выканання, прыводзіць да ліквідацыі таксеміі, звязанай з усмоктваннем у кроў і лімфу актыўных ферментаў і прадуктаў распаду залозы, такім чынам папярэджае развіццё ўскладненняў, характэрных для панкреатыту, тым самым скарачае колькасць лятальных выпадкаў.

Літаратура:

1. “Декабрьские чтения по неотложной хирургии”. - т.4. Мінск, 1999 г.
2. “Острый панкреатит”. Толстой А.А., 1997 г. СПб.
3. “Патогенетические подходы к диагностике и лечению ОП”. Хирургия №5, 2007 г.

## **КАРЭКЦЫЯ ПОСТВАГАТАМІЧНАГА ГАСТРАСТАЗА**

**Фамін А.А., Макарыч В.В.**

*Гродзенскі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт, Беларусь*

*Кафедра хірургічных хваробаў №1*

*Навуковы кіраўнік – к.м.н., дац. Маслакова Н.Д.*

Вагатамія ў хірургіі язвеннай хваробы прайшла складаны шлях станаўлення і на сёняшні дзень прызнаецца далёка не ўсімі хірургамі. У апошнія гады аптымальным варыянтам прынята пашыраная селектыўна-праксимальная вагатамія ў спалучэнні з дрэнуючай страўнік аперацыяй. Аднак, паводле дадзеных А.І. Нячая і сааўтараў, вынікі ствалавой і праксимальнай вагатаміі ў многім ідэнтычныя. Атанія страўніка пасля ствалавой вагатаміі ў большай альбо меншай ступені можа развіцца нават пры адэкватным дрэніраванні. Зайцаў В.Т. з сааўтарамі назіралі парушэнні маторна-эвакуаторнай функцыі страўніка пасля вагатаміі ў 23% пацыентаў, у 4,2% - цяжкія формы гастрастаза. Значна часцей атанія страўніка ўзнікае ў хворых, апераваных па паводу стэноза, у якіх ужо да аперацыі меліся парушэнні маторна-эвакуаторнай функцыі страўніка.

У перыяд з 2002 па 2007 год у ваенна-медыцынскім цэнтры г. Гродна было праапэравана 18 хворых з язвеннай хваробай 12-пальцавай кішкі: 11 – па экстраннай хірургіі (8 – перфарацыя, 3 – крывацёк, з іх крывацёк + перфарацыя назіраліся ў 1 пацыента, крывацёк + стэноз – 1, перфарацыя + стэноз – 1), 7 у планавым парадку. Узрост хворых ад 25 да 46 год. У большасці выпадкаў язва выяўлена на прыэдняй сценцы 12-пальцавай кішкі (66,7%). Ва ўсіх выпадках зроблена ствалавая вагатамія. З дрэніруючай страўнік аперацыяй паводле Фінэя ў 17 выпадках, у 1 выпадку – паводле Гейнэке-Мікуліча (пацыент 41 год - язвы 12-пальцавай кішкі ўскладненыя крывацёкам і перфарацыяй). Ва ўсіх хворых назіраўся поствагатамічны сіндром у выглядзе гастрастаза рознай ступені цяжкасці. У 1 выпадку пасля ствалавой вагатаміі і піларапластыкі паводле Фінэя на фоне працяглага субкампенсаванага стэноза цягам некалькіх тыдняў захоўваліся з’явы выражанага гастрастаза і анастамазіта. З мэтай прафілактыкі з першых сутак пацыентам аспіравалі страўнікавае змесціва, выкарыстоўвалі бензагексоній і цэрукал, унутрывеннае ўвядзенне поліённага раствораў, соляў калію, хларыдаў, праводзілася пераліванне бялковых гідралізатаў і плазмы. Дадаткова выкарыстоўвалася электрастымуляцыя страўніка. Гэта дазваляла цягам 10-12 дзён аднавіць тонус страўніка, яго перыстальтычную актыўнасць і пазбавіцца эвакуаторных парушэнняў. У 72,2% хворых пры кантрольнай фібрагастраскапіі быў выяўлены ацёк склізістай 12-пальцавай кішкі ў вобласці піларапластыкі, што пагаршала клініку гастрастаза. У гэтых выпадках да базавага лячэння дадавалі аспірацыю страўніка 2–3 разы ў суткі з прамываннем гіпертанічным раствором, пасля чаго уводзілі ў страўнік лекавую змесь наступнага складу: