



Министерство здравоохранения
Республики Беларусь
Белорусская Медицинская академия
последипломного образования
Белорусская ассоциация хирургов
Республиканский центр реконструктивной
хирургической гастроэнтерологии,
колопроктологии и лазерной хирургии



СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ

Республиканского научно-практического семинара
с международным участием

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАНКРЕАТОЛОГИИ



25 ноября 2011 г.
Минск, Беларусь

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Белорусская медицинская академия последипломного образования
Белорусская ассоциация хирургов
Республиканский центр реконструктивной хирургической
гастроэнтерологии, колопроктологии и лазерной хирургии

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
СЕМИНАР С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ
ПАНКРЕАТОЛОГИИ»**

25 ноября 2011 года
Минск, Беларусь

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ

Минск БелМАПО
2011

УДК 616.37-089

ББК 54.13

Р 43

Рекомендовано к печати советом БелМАПО от 12.10.2011 г., протокол №8

Главный редактор:

проф. Ю.Е.Демидчик

Редакционная коллегия:

Ю.М. Гаин, А.В. Воробей, И.Н. Гришин, С.И. Третьяк, Ю.Н. Орловский

Рецензенты:

Кондратенко Г.Г., д.м.н., профессор, зав. кафедрой хирургических болезней №1
УО «БГМУ»

Шмак А.И., А.М.Н., зав.отделом абдоминальной онкопатологии РНПЦ онкологии и мед.
радиологии им. Н.Н. Александрова

Р 43 **Республиканский** научно-практический семинар с международным участием
«Актуальные проблемы хирургической панкреатологии»: сборник тезисов/под
редакцией проф. Ю.Е. Демидчика - Минск: БелМАПО, 2011 – 90с.

ISBN 978-985-499-534-2

ISBN 978-985-499-534-2

© БелМАПО, 2011

продольных ПЕА без иссечения паренхимы головки поджелудочной железы в хирургическом лечении ХП. В 1-м наблюдении после выполнения операции Frey с транспанкреатической супрапапилярной холедохопластикой у пациента с ХП, осложненной механической желтухой, в послеоперационном периоде диагностирована стриктура холедохопластики, что потребовало выполнения дополнительного холедохоанастомоза. В 1 наблюдении выявлено редкое осложнение в отдаленном послеоперационном периоде (через 17 мес.) после операции Вегер (Бернский вариант) - несостоятельность ПЕА с формированием абсцесса в сальниковой сумке. С помощью ДБЭ изучено формирование ПЭА в сроки от 1 до 6 месяцев. Установлено, что формирование анастомоза завершается к 5-6 месяцу. При проведении динамической ДБЭ выполнены хирургические манипуляции: биопсия зоны анастомоза (п-3), лазерная литотрипсия остаточных конкрементов поджелудочной железы (п-2).

Заключение. В проведенном исследовании ДБЭ удалось выполнить в 92% наблюдений, при этом диагностировать специфические осложнения ПЕА: стриктуру и несостоятельность, а также ограниченные ишемические некрозы 12-перстной кишки после резекции головки ПЖ. Установлены закономерности формирования ПЭА. ДБЭ является новым малоинвазивным методом коррекции осложнений после наложения панкреатодигестивных анастомозов.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРЫХ НЕОСЛОЖНЕННЫХ КИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гарелик П.В., Довнар И.С., Дубровицк О.И., Мармыш Г.Г.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»
Гродно, Беларусь

Острый панкреатит, осложнившийся формированием кист поджелудочной железы (ПЖ) остается одной из наиболее сложных острых патологий в абдоминальной хирургии.

Актуальность проблемы лечения кист ПЖ обусловлена значительным увеличением количества больных и высокой частотой развития гнойно-некротических осложнений у этих пациентов. Известно, что формирование острых интрапанкреатических и/или перипанкреатических кист ПЖ наблюдается у 15-50 % случаев острого панкреатита. Хирургические аспекты лечения острых кист ПЖ не могут считаться респонсивными, так как окончательно не определены конкретные показания к выполнению малоинвазивных вмешательств под контролем УЗИ, не определена и не изучена их эффективность.

Цель. На основе анализа собственных результатов миниинвазивных технологий в лечении несложненных кист ПЖ определить их эффективность и значимость в комплексном лечении острого панкреатита.

Материал и методы. В период с 2002 г. по сентябрь 2011 г. в клинике общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет» на базе УЗ «Городская клиническая больница № 4 г.Гродно» находилось на лечении 279 больных с острым панкреатитом, осложнившимся формированием кист поджелудочной железы.

Пункционно-дренажный метод и пункции применены у 97 пациентов с кистами ПЖ. Больные были в возрасте от 17 до 95 лет, мужчин – 68 (70,1 %), женщин – 29 (29,9 %). При этом применяли стандартный набор для пункционно-дренирующих операций.

Острые ранние псевдокисты и жидкостные скопления служили показанием к пункционно-дренирующим вмешательствам под контролем УЗИ. Считаем, этот метод операций выбора, при несложненных кистах ПЖ. Преимущества метода заключаются в том, что он позволяет пунктировать, дренировать жидкостные образования наиболее коротким доступом, контролировать прохождение инструмента не только через брюшную полость, но и через паренхиматозный или полый орган. Операции выполняются через минидоступ и проводятся под местной анестезией.

Результаты и обсуждения. Исходя из проведенного анализа установлено, что из 97 больных острым панкреатитом с кистами ПЖ этапные чрескожные аспирационные санации под УЗ-контролем выполнены у 39 (40,2 %) больных. Проводился ежедневный контроль объема кист и исследования амилазы в содержимом кисты, бактериологический посев и цитологическое исследование. Однократные пункции были эффективными у 48 (48,7 %), у 20 (51,3 %) пациентов для купирования воспалительного процесса проводили повторные пункции (от 2 до 4 санаций). Пункционно-дренажный метод применен у 58 (59,8 %) пациентов с кистами больших размеров (8-12 см), при этом пункция дополнялась дренированием полости кисты. Эвакуировалось, в среднем, около 600-800 мл содержимого, в большинстве случаев серозно-геморрагического экссудата. После эвакуации содержимого в полость кисты и/или парапанкреатически вводили раствор антибиотика, предварительно полость промывалась антисептиками. Использовали дренажную трубку из одноразовой стерильной системы для внутривенных инфузий. Дистальный отдел трубки прошивался лигатурой и оба конца лигатуры выводились через просвет трубки в проксимальный отдел таким образом, чтобы обеспечить изгиб дистального отдела. Данное оперативное вмешательство производилось у 45 пациентов через желудочно-ободочную связку, через левую долю печени - у 6 и через обе стенки желудка - у 7 пациентов. Эффективность проведенного исследования оценивали по уменьшению размеров кисты при контрольном УЗИ, характеру и количеству отделяемого из кисты. Дренажная трубка удалялась на 8-14 сутки при остаточных размерах кист до 3-4 см. Осложнения наблюдали у 1 больного, потребовалась лапаротомия в связи с кровотечением из полости кисты, развившемся на 7 сутки после дренирования. Летальных исходов не было.

Выводы. Дифференцированный подход к лечению острого панкреатита, осложненного формированием кист ПЖ, позволяет улучшить результаты лечения этой тяжелой патологии.

Активное применение малоинвазивных методов лечения кист ПЖ, направленное на купирование эндотоксикоза и предотвращение развития нагноения кист ПЖ, позволяет значительно снизить количество открытых оперативных вмешательств и уменьшить летальность.

КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ

Гришин И.Н.

Белорусская медицинская академия последипломного образования
Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии,
колопроктологии и лазерной хирургии (РЦ РХГ, КПи ЛХ)
Минск, Беларусь

Кисты поджелудочной железы (ПЖ) подразделяются на истинные и ложные. Цель сообщения определить зависимость клинического течения от локализации и объёма киста в связи с возникшими осложнениями, а отсюда обоснования адекватного консервативного и хирургического лечения.

Материал и методы исследования. В основу работы положен клинический опыт наблюдения 282 больных, которые проходили лечение в хирургической клинике БелМАПО на базе Минской областной клинической больницы с 1973 года. Истинные грыжи наблюдались в редких случаях. Вирсунголитиаз нами отнесен к одной из форм ретенционных кист ПЖ по своей этиологии и патогенезу развития.

Кроме общеклинических методов широко использовались ангиография (селективная, суперселективная, а в некоторых случаях и супер-суперселективная), УЗИ, КТ, МРКТ, биопсия, пункционные методы морфологического исследования.

Результаты. Установлено, что развитие ложных кист связано с перенесенными деструктивными процессами в ПЖ и это явление является благоприятным для исходов. Оно указывает на высокую эффективность консервативного лечения. Хорошие исходы хирургического лечения кист близки к 95%, а лечение деструктивных форм острого панкреатита только в 77%. Таким образом, образование кист ПЖ при панкреатите следует рассматривать их не как осложнение, а как благоприятный этап лечения. Локализация и объём кист обуславливают клиническое течение, а иногда и характер осложнения. Так, формирование кист головки (58-20,5%) очень часто приводит к развитию стеноза пилорoduodenального канала, блокированию желчевыводящих путей, а иногда к сочетанию той и другой патологии. При локализации кист в перешейке и теле (152-53,7%), – наиболее частая локализация, деформируется весь живот и всегда имеется угроза разрыва кисты. При локализации в хвосте ПЖ (45-16,0%) очень часто развивается портальная гипертензия. Вирсунголитиаз (27-9,6%) всегда характеризуется болевым синдромом. Селективная ангиография всегда уточняет

локализацию кисты ПЖ своим смещением питающих ПЖ кровеносных сосудов. Но самое главное позволяет дифференцировать кисту от развивающейся аневризмы артерии. Аневризма всегда склонна к разрыву. Если разрыв происходит в кисту образуется своеобразный комплекс – киста-аневризма. При прорыве аневризмы в полый орган или в вирсунгов проток, в свободную брюшную полость развиваются все признаки массивного кровотечения угрожающего жизни больного. Осложнения кист ПЖ наблюдались у 156 больных (53,3%). Они были следующие: нагноение кист- у 44 больных (15,6%), вскрытие кисты в брюшную полость – 25 (8,7%), кровотечение – 32 (11,3%), ложные аневризмы – 9 (3,1%), цистолевральные свищи – 4 (1,4%), механическая желтуха – 10 (3,6%), портальная гипертензия – 2 (0,7%), трансформация кисты рак-16 (5,6%), острая кишечная непроходимость – 1 (0,4%), стеноз пилорoduodenального канала-3 (1,6%). Очень редко ложные кисты ПЖ излечиваются без хирургического вмешательства. Признаком излечения является уменьшение величины кисты. Малоинвазивным методом хирургического лечения несложненных кист ПЖ служит управляемое контролируемое наружное пункционное дренирование кисты. Однако почти в 50-60% наступает рецидив кисты. Наиболее эффективным является внутреннее дренирование кисты отключенной петлей тонкой кишки по Ру в модификации И.Н.Гришина. На неё можно анастомозировать несколько кист, вызывающих тот или иной патологический симптомокомплекс (вирсунголитиаз, механическую желтуху, или стенирование пилорoduodenального канала). При нагноении кист или их вскрытии в брюшную полость выбором метода лечения является тампонирование и наружное дренирование кисты. При сочетании перфорации и возникшем кровотечении тугое тампонирование является первичной мерой спасения больных. Всем им показана неотложная ангиография. В случае отсутствия аневризм тампонирование обязано быть длительным. Тампоны подтягиваются не ранее чем на 12-14 суток. К этому сроку наступает их ослизнение и появляются грануляции в ране. Рецидив кровотечения косвенно указывает на наличие аневризматической полости. В настоящее время большое внимание уделяется ангиографической эмболизации, применяя коаксиальную, поддерживающую и анкерную методики установления различных микроспиралей. Такая методика применяется в клинике с 1977 года. Не всегда удаётся произвести эмболизацию, особенно при больших кистах. Тогда приходится применять открытые методики, особенно при вирсунголитиазе и вскрывшейся проток аневризмы. Локализация аневризм-кист может быть самой различной и захватывать в основном селезеночную артерию и её ветви, общую и собственную печеночную артерии, ветвей верхней брыжечной артерии. При возникшем кровотечении устье кровотокающих артерий после использования приема сдавления железы пальцами кисти или использования приёма Pringle ушивается обязательно двумя кистетными швами. Перспективным является введение в устье тонкого световода лазерного аппарата МУЛ-1, или других типов аппаратов. Естественно, что выявление аневризм артерий до их разрывов является серьёзной профилактикой кровотечения после их ликвидации. Особенно это касается