

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСЕВДОКИСТ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Дундаров З.А., Адамович Д.М., Майоров В.М., Бондаренко О.Е.*

*У «Гомельская областная специализированная клиническая больница»,  
УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель*

**Введение.** Одним из частых осложнений острого и хронического панкреатита, травм поджелудочной железы (ПЖ) является образование псевдокист. Чаще всего они локализуются в теле и хвосте ПЖ, реже - в головке. Вместе с тем, кистозные образования головки ПЖ протекают тяжелее, чаще имеют осложненное течение, труднее поддаются лечению. Постоянное или прогрессирующее давление увеличивающейся ложной кисты приводит к развитию фиброзной ткани в головке ПЖ и развитию так называемого «головчатого» панкреатита. При псевдокистах головки ПЖ происходит нарушение экскреторной функции ПЖ, развиваются явления дуоденостаза, механическая желтуха, портальная гипертензия. Все это обуславливает сложность лечения этой категории больных.

**Цель.** изучить результаты хирургического лечения осложнений псевдокист головки ПЖ.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находился 51 больной со сформированными кистозными образованиями головки ПЖ. Мужчин было 40 (78,4%), женщин 11 (22,6%). Интраперитонеальное расположение псевдокист выявлено в 18 (35,3%) случаях, интрапаренхиматозное расположение (учитывались псевдокисты  $\geq 3$  см в диаметре) – в 14 (27,5%) и ретропанкреатическое в 19(37,2%).

Клиническая картина псевдокист головки ПЖ характеризовалась полиморфизмом, обусловленным их локализацией, размерами, характером возникающих осложнений. Диагностика включала общеклинические, лабораторные и специальные методы исследования: рентгенологические, УЗИ, ФГДС, КТ.

**Результаты и обсуждение.** Различные осложнения отмечены у 35 (68,6%) больных: сдавление дистального отдела холедоха с развитием механической желтухи (МЖ) – 9 (17,6%) случаев; сдавление двенадцатиперстной кишки (ДПК) – 7 (13,7%); кровотечение в просвет кисты – 11 (21,6%), из них у 7 в просвет желудка или ДПК; сдавление воротной вены с развитием панкреатогенной портальной гипертензии (ППГ) – 6(11,7%); нагноение кисты – 2 (4%). При этом установлено, что из 33 больных с интрапаренхиматозным и ретропанкреатическим расположением псевдокист осложнения развились у 27 – 81,8% (МЖ – 9, ПГ – 6, сдавление ДПК – 5, кровотечение – 7). При интраперитонеальном расположении псевдокист осложнения развились у 8 (44%) из 18 больных (сдавление ДПК – 2, кровотечение – 4, нагноение – 2).

Все наблюдаемые пациенты были оперированы. В 4 (7,8%) случаях выполнена пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция (у больных с кровотечением в просвет ДПК); в 24 (47%) – дуоденосохраняющая резекция головки ПЖ по Бегеру; в 10 (19,7%) – операция Фрея; в 13 (25,5%) – цистоеюностомия на выключенной петле по Ру. Летальных исходов не было.

**Выводы.** На выбор метода операции решающее влияние оказывали: локализация и размеры кистозного образования, развившиеся осложнения. Проксимальные резекции ПЖ выполняли при интрапаренхиматозной и ретропанкреатической локализации псевдокист, а также при кровотечениях в просвет кисты или ЖКТ. В остальных случаях выполняли панкреатоцистоеюностомию с локальной резекцией головки ПЖ по Фрею, или цистоеюностомию по Ру при кистозных образованиях > 6 см. Дифференцированный подход к хирургическому лечению пациентов с псевдокистами головки ПЖ позволяет улучшить результаты лечения таких больных.