

50% паренхимы ПЖ тяжелое течение и полиорганная недостаточность развиваются достоверно чаще ($p < 0,05$).

- Локализация, глубина некроза и наличие жизнеспособной паренхимы ПЖ дистальнее зоны некроза в совокупности могут служить предикторами распространенного парапанкреатита, тяжести течения некротизирующего панкреатита и развития полиорганной недостаточности, а также свидетельствовать о высокой вероятности разгерметизации главного панкреатического протока.
-

Ладутько И.М., Фелькина Е.А., Домаренок Е.П., Пищуленок А.Г., Седун В.В., Шумовецкий В.В.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь
Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Минск, Беларусь

ПСЕВДОКИСТА ХВОСТА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЕННАЯ НЕКРОЗОМ БОЛЬШОЙ КРИВИЗНЫ ЖЕЛУДКА

Введение. Одной из проблем абдоминальной хирургии является разработка эффективных методов хирургического лечения хронического панкреатита (ХП) и его осложнений. Одним из грозных осложнений ХП является вовлечение в патологический процесс соседних органов с некрозом стенки, развитием внутренних свищей и образованием внутрибрюшных абсцессов. Особую опасность для жизни пациента представляют наружные свищи желудка, развившиеся на фоне прогрессирования ХП. Операции по их ликвидации относятся к числу сложных, требующих высокой квалификации хирурга. В литературе имеются лишь единичные случаи успешного лечения пациента с ХП, осложнившимся несформированным свищем дна и тела желудка, потребовавшим многократных оперативных вмешательств.

Цель. Проанализировать результаты лечения пациента с осложнениями хронического панкреатита и оценить эффективность выполненных хирургических вмешательств.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения пациента 49 лет с ХП, находившегося на лечении в хирургических отделениях УЗ «ГК БСМП» г. Минска в 2021г.

Результаты и обсуждение. Пациент страдает ХП в течение 5 лет, по поводу чего неоднократно лечился в различных стационарах города. Два года назад выполнялось дренирование кисты под УЗИ наведением. В течение недели беспокоят боли в животе, повышение температуры до 38°C. Был доставлен в приемный покой одной из больниц города с подозрением на COVID 19 инфекцию, где после обследования и исключения последней, переведен в УЗ «ГК БСМП» с диагнозом: образование желудка с пенетрацией? Обострение ХП?

Общее состояние средней тяжести. Температура тела 37,8 °С. Пульс 80 уд/мин., ритмичный, АД 125/80 мм. рт. ст. Язык сухой обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. Перитонеальных симптомов нет. ЭГДС: желудок ограниченно расправляется воздухом, в его просвете большое количество содержимого с желчью. По большой кривизне ткани инфильтрированы, складки не определяются, в области н/3 тела имеется перфоративное отверстие? Заключение: образование желудка с перфорацией? КТ: Поджелудочная железа (ПЖ): головка 25 мм, тело 13 мм, хвост 14 мм, в области тела определяются мелкие кальцинаты. Вдоль брюшной стенки слева определяется ограниченное неоднородное жидкостное скопление размером 206x148x78 мм с множественными пузырьками воздуха в структуре, сообщающееся с полостью желудка в области дна, большой кривизны в верхней и средней трети тела. Стенка желудка неравномерной толщины, в зоне деструкции резко истончена. В антральном отделе определяется дефект стенки с пузырьками воздуха размером 19x36x25 мм. сообщающийся с его полостью, Заключение: ХП, псевдокиста хвоста ПЖ. КТ-картина перфорации желудка с ограниченными сообщающимися полостями. Поперечная лапаротомия-1. В левом поддиафрагмальном пространстве инфильтрат, при разделении вскрылся абсцесс около 2,5 литров зловонного содержимого с желчью. Выявлен дефект большой кривизны желудка от дна до пилорического отдела около 25 см в длину. Селезенка дряблая, с наложениями фибрина. ПЖ плотная, в хвосте оболочки кисты с некротическими тканями. Большой сальник инфильтрирован, с некрозами. Резекция большой кривизны желудка по типу рукавной и хвоста ПЖ с фрагментами кисты, спленэктомия. Диагноз: ХП, обострение, псевдокиста хвоста ПЖ, осложненная некрозом большой кривизны желудка и селезенки, вскрывшийся абсцесс парапанкреатического, левых поддиафрагмального и параколярного пространств. На 5 сутки нагноение послеоперационной раны, на 8 сутки подкожная эвентрация. Рана ведется как лапаростома. На 20 сутки определяется дефект в пилорическом отделе в н/3 резецированного желудка до 2 мм с подтеканием желудочного содержимого. Операция 2: ушивание несостоятельности с дополнительной герметизацией пластинами Тахокомба и Биоклеем. На 25 сутки на передней стенке желудка определяется свищ до 0,4 см. Голод, парентеральное питание. ЭГДС: желудок деформирован, на передней стенке имеется 2 свищевых хода, выходящие в рану. В нисходящий отдел 12 п.к. установлен зонд для питания. На 28 сутки учитывая неэффективность проводимого консервативного лечения выполнена операция 3: ушивание неполных наружных свищей желудка и проведение ПВХ зонда для питания в тощую кишку. В дальнейшем продолжает местную терапию, парентеральное и энтеральное питание через зонд (1,5 мес). Выписан на амбулаторное лечение на 64 сутки в удовлетворительном состоянии. Через 6 месяцев свищ функционирует, скудное желудочное отделяемое появляется через 30 мин. после приема жидкой пищи; через 10 мес – раз в пару дней отхождение газов; отделяемого практически нет; еще через 20 месяцев – свищ закрылся.

Вывод. Внутренние и наружные свищи желудочно-кишечного тракта при ХП требуют неординарных подходов, многократных оперативных вмешательств и длительного стационарного лечения.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
Комитет по здравоохранению Мингорисполкома
Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница»
Белорусский государственный медицинский университет

**ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
И МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ
ПОДХОД – СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ
В ОКАЗАНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ**

**Материалы научно-практической конференции,
посвященной 40-летию
УЗ «10-я городская клиническая больница»**

(Минск, 22 мая 2025 года)

Минск
«Профессиональные издания»
2025