

гастродуоденальной артерии в позднем послеоперационном периоде, на 63 сутки от развившихся осложнений (несостоятельность панкреатоюноанастомоза, холангит).

Результаты. Высокое число панкреатодуоденальных резекций в структуре операций объясняется онкологической настроженностью, большими размерами головки поджелудочной железы с развитием хронической непроходимости двенадцатиперстной кишки. Большое число осложнений после операции Бегера может быть связано с этапом освоения методики и оставлением избыточной культи головки поджелудочной железы в области двенадцатиперстной кишки.

Заключение. По мере накопления опыта отмечается снижение количества осложнений и улучшение функциональных результатов в ближайшем послеоперационном периоде.

ПЕРВЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ХОЛАНГИОСКОПИИ

Майоров В. М., Дундаров З. А., Крот С. Я., Марочкин С. А.

Гомельская областная специализированная клиническая больница
Гомельский государственный медицинский университет,
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение. На фоне высокого роста заболеваемости желчнокаменной болезнью (ЖКБ) отмечается и увеличение числа пациентов с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой, и составляет, по данным ряда авторов, от 14 до 17%. Особую группу составляют пациенты с рецидивным или резидуальным холедохолитиазом, лечение которых – важнейшая задача в хирургии, так как это является показанием для повторных и сложных оперативных вмешательств. Важную роль в этом играет качество интраоперационной ревизии желчных путей с применением современных технологий. Резидуальные камни на сегодняшний день – наиболее частая причина повторных оперативных вмешательств по поводу так называемого постхолецистэктомического синдрома.

Цель работы: определить возможности интраоперационной холангиоскопии в диагностике и лечении патологии внепеченочных желчных путей.

Материалы и методы. В нашей клинике с июля 2017 г. осуществляется интраоперационная холангиоскопия (ИОХС) холедохоскопом фирмы “Olympus”. За указанный период произведены 54 исследования. Показания к ИОХС были следующими: гипербилирубинемия, дилатация желчных протоков (по данным ультразвукового исследования или компьютерной томографии), холедохолитиаз, наличие преходящих желтух в анамнезе. После выполненной минилапаротомии на достаточном протяжении выделяли супрадуоденальный отдел холедоха и выполняли продольную холедохотомию. Легко удаляемые камни извлекались. Дистальный конец холедохоскопа проводили в просвет общего желчного протока с установкой его по центру просвета. Все дальнейшие манипуляции по проведению эндоскопа в дистальные и проксимальные отделы желчных путей проводили под постоянным визуальным контролем. Особенностью данного эндоскопического исследования является необходимость постоянной ирригации протоков теплым изотоническим раствором хлорида натрия. Жидкость должна вытекать из протока с постоянной аспирацией электроотсосом. Эта методика позволяет избежать развития гипертензии в протоках, что важно при холангите и предотвращает затекание жидкости в протоки поджелудочной железы, способствуя возникновению панкреатита. При обнаружении в печеночных протоках конкрементов извлечение их проводилось катетером Фогарти, корзинкой Dormia либо вымыванием конкрементов напором водной струи. При выявлении опухолевых поражений выполнялась прицельная биопсия. Осмотр проксимальных отделов желчевыводящих путей проводим всегда после полной ревизии их дистальных отделов. Конец эндоскопа вводится по направлению к воротам печени, последовательно осматривается общий печеночный проток, место слияния левого и правого печеночных протоков. Удастся исследовать сегментарные протоки второго-третьего порядка. При осмотре

внутрипеченочных протоков не требуется промывания их изотонической жидкостью, поскольку стенки протоков фиксированы к печени и просвет их зияет.

Результаты и обсуждение. В 27 (4,9%) случаях в терминальном отделе холедоха отмечены видеоэндоскопические признаки фибринозного холангита с эрозиями разной формы, без нарушения проходимости Фатерова соска. Изменения в холедохе были расценены как последствия транзиторного холедохолитиаза, приведшие к ограниченным эрозивным изменениям слизистой в области длительного контакта слизистой оболочки с камнем. В 31% случае холедохоскоп диаметром 5 мм после извлечения конкрементов свободно проведен через фатеров сосок в 12-перстную кишку, что позволило исключить необходимость последующей инструментальной ревизии проходимости холедоха. При проведении холангиоскопии нами диагностированы: холедохолитиаз в 37,8% случаев, стеноз БСД – в 14,8%, опухолевые поражения желчных протоков – 4,2%, разные формы холангита в 63,7% случаев и в 3,2% случаях изменений со стороны желчных протоков не выявлено. В одном случае после выполнения холедохотомии у пациента с интермиттирующей желтухой эндоскопически и гистологически верифицирована муцинозная аденокарцинома внепеченочных желчных протоков с инвазией правого долевого протока, выполнена правосторонняя гемигепатэктомия с последующим клиническим выздоровлением.

Выводы:

1. ИОХС – высокоэффективный метод диагностики патологических изменений в дистальных отделах билиарного тракта, приводящих к развитию механической желтухи, позволяет выработать тактику оперативного лечения, а также предоставляет возможность удаления желчных конкрементов с помощью эндоскопических инструментов под постоянным визуальным контролем.

2. Внедрение в широкую практику хирургических стационаров интраоперационной холедохоскопии позволяет значительно расширить возможности хирургического лечения пациентов с ЖКБ, осложненной механической желтухой, за счет

повышения достоверности диагностики и устранения причин блокировки желчевыводящих путей. Выполнение интраоперационной холедохоскопии до основных этапов реконструктивной операции позволяет конкретизировать диагноз и выбрать оптимальный объем хирургического вмешательства.

3. В отличие от других способов диагностики, холедохоскопия позволяет детально обследовать не только холедох, но и проксимальные отделы гепатобилиарной системы, выявлять внутripеченочный холелитиаз, оценивать состояние слизистой протоков, выраженность холангита, при необходимости дает возможность взятия биопсии, а также позволяет использовать ее не только с диагностической, но и лечебной целью.

ПЕРФОРАЦИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ С ВЫПАДЕНИЕМ КОНКРЕМЕНТОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Меламед В. Д., Прокопчик Н. И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Введение. Перфорация желчного пузыря на том или ином этапе лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), по данным зарубежных авторов, происходит достаточно часто, варьируя от 8 до 40%, может сопровождаться выпадением конкрементов в брюшную полость. Перфорация желчного пузыря чаще возникает при отделении желчного пузыря от печени, когда имеются рубцовые изменения соединительнотканной прослойки между этими органами, при воспалительных и склеротических изменениях в зоне гепатодуоденальной связки, при извлечении желчного пузыря из брюшной полости и т. д. Через образованные дефекты происходит выход конкрементов в брюшную полость и излитие желчи. Удаление излившейся желчи с последующей тщательной санацией брюшной полости нивелирует это осложнение. В отношении выпавших конкрементов в доступной нам иностранной литературе (данных