XXIII

Международный Конгресс
Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ»

14-16 СЕНТЯБРЯ 2016 ГОДА г.МИНСК

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

Репозиторий ГрГМУ

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Министерство здравоохранения Российской Федерации
Национальная академия наук Беларуси
Ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ
Белорусская ассоциация хирургов
Белорусский Государственный медицинский университет
Белорусская Медицинская академия последипломного образования
РНПЦ трансплантации органов и тканей
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

XXIII Международный Конгресс Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ»
14 – 16 сентября 2016 года

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

г. Минск

Репозиторий ГрГМУ

пузырно-дуоденальных свища - 3. Патологии желчных протоков не было обнаружено в 55 (5,8%) случаях. Не удалось выполнить РХПГ из-за наличия парапапиллярных дивертикулов в 83 (8,8%) случаях.

Наблюдали 28 (2,96%) осложнений: кровотечение из зоны рассечения - в 9 случаях, развитие забрюшинной флегмоны - в 1, острый некротизирующий панкреатит - в 18. Транзиторное повышение уровня амилазы в крови в течение 3-5 дней с умеренным болевым синдромом было в 304 (32,2%) случаях. Умерло 6 (0,63%) пациентов. В 4 случаях причиной смерти явился тяжелый некротизирующий панкреатит.

Заключение. РХПГ остается высокоинформативным методом диагностики причин внепеченочного синдрома холестаза и эффективным методом его лечения. В неоперабельных случаях опухолей желчных протоков и поджелудочной железы эндоскопическое стентирование является одним из методов паллиативного лечения.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СУЖЕНИЙ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА

Смотрин С.М., Колоцей В.Н, Страпко В.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Стриктуры желчных протоков и их хирургическое лечение являются одной из сложных и актуальных проблем хирургической гепатологии. Нами проведен анализ результатов лечения 30 больных с доброкачественными сужениями гепатикохоледоха в возрасте от 32 до 65 лет. Из них у 16 пациентов рубцовые стриктуры возникли в результате повреждения желчевыводящих путей во время вмешательства на желчном пузыре. Стриктура типа 0 – была у 3 пациентов, типа +1 – у 4 пациентов и типа +2 у 9 пациентов. У 8 пациентов причиной сужения холедоха явился хронический панкреатит. При этом в 5 случаях в головке поджелудочной железы имелись кисты различной величины. Еще 6 пациентов были оперированы в связи со стенозом после ранее наложенного холедоходуоденоанастомоза. Для диагностики сужений гепатикохоледоха были использованы УЗИ, МРТ и КТ.

В предоперационном периоде проводили комплексное консервативное лечение, включающее антибактериальную и детоксикационную терапию. По техническим причинам все пациенты оперированы открытым хирургическим способом. Двоим пациентам со стриктурой типа 0 произведена бигепатикоентеростомия на выключенной по Ру петле тонкой кишки. Оставшимся 14 пациентам наложен гепатикоеюноанастомоз по Ру.

Пациентам с сужением дистальной части холедоха, вызванной кистозно-дегенеративными изменениями в головке поджелудочной железы, в 3 случаях произведена резекция поджелудочной железы по Бегеру, и дополнительно наложен

Репозиторий ГрГМУ

холедоходуоденоанастомоз по Флеркену, двоим пациентам выполнен панкреатоцистодуоденоанастомоз с холедоходуоденоанастомозом по Флеркену. Троим пациентам с индуративным процессом в головке поджелудочной железы выполнена холедоходуоденостомия по Флеркену.

5 больным со стенозом ХДА была произведена ревизия холедоходуоденоанастомоза после рассечения передней стенки двенадцатиперстной кишки в проекции ХДА. С целью разгрузки «слепого мешка» выполняли трансдуоденальную папиллосфинктеротомию, операцию завершали рехоледоходуоденостомией. Одному больному с диагностированным стенозом ХДА и протяженной стриктурой терминального отдела холедоха был наложен терминолатеральный холедоходуоденоанастомоз.

В послеоперационном периоде у 9 пациентов отмечено временное подтекание желчи по страховочным дренажам, которое не потребовало дополнительных вмешательств. Каркасные дренажи извлекались через 2 месяца после оперативного вмешательства. Летальных исходов не было. В течение 3 лет рестенозов не наблюдали.

Заключение. Лечение доброкачественных сужений гепатикохоледоха требует индивидуального подхода в выборе метода хирургической коррекции зоны сужения. Открытые хирургические вмешательства позволяют адекватно коррегировать доброкачественные сужения гепатикохоледоха.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Татаршаов М.Х., Дубаи М.Х., Гукемухов Р.Н.

ГБОУ ВПО Медицинский институт Северо-Кавказской государственной гуманитарно-технологической академии, Черкесск, Россия

Введение. Рубцовые стриктуры желчных протоков (РСЖП) наиболее тяжелое и опасное патологическое состояние среди всех доброкачественных заболеваний гепатобилиарной зоны. Гнойный холангит, холемический синдром, печеночно-почечная недостаточность, возникшая на почве холестаза у больных РСЖП обуславливает необходимость своевременного применения активных лечебных мероприятий.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с РСЖП путем выбора предварительных миниинвазивных и окончательных оптимальных оперативных вмешательств.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 81 больного с РСЖП, проходивших в период с 1990 по 2015 гг. лечение в нашей клинике. Возраст больных варьировал в прелелах от 32 до 81 года, женщин было 56 (69.1%), мужчин - 25 (30.9%). Диагноз РСЖП устанавливали с помощью ультразвукового исследования, МСКТ, методов прямого рентгенконтрастного исследования желчных протоков:фистулохолангиографии,

Репозиторий ГрГМУ