

XXIII

Международный Конгресс
Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ



«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ»



14-16
СЕНТЯБРЯ
2016 ГОДА
г.МИНСК

МАТЕРИАЛЫ
КОНГРЕССА

*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

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ВЫСОКИХ СТРИКТУРАХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Батвинков Н.И., Могилевец Э.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Хирургические вмешательства при рубцовых стриктурах проксимальных сегментов желчных протоков до сих пор продолжают оставаться наиболее сложной проблемой гепатобилиарной хирургии. Причиной их развития является механическая травма и коагуляционный фактор при лапароскопических вмешательствах (15). Послеоперационная летальность у этой категории пациентов варьирует в пределах от 4 до 19%.

Под наблюдением находилось 54 пациента с высокими структурами желчных протоков (III-V типы по Bismuth). Среди них женщин было 30, мужчин – 24, возраст которых колебался от 18 до 87 лет. Стриктуры общего печеночного протока с сохранением конfluence выявлены в 36 случаях, с поражением конfluence – в 7. У остальных пациентов имели место стриктуры долевых и сегментарных протоков. У 37 пациентов отмечалась различной степени выраженности механическая желтуха. С целью уточнения уровня и протяженности рубцовых стриктур желчных протоков применяли комплексную диагностическую программу (УЗИ, КТ, МРТ, ЭРХПГ, чрескожную чреспеченочную холангиографию).

Имеются сообщения о применении эндоскопических методов для коррекции рубцовых стриктур желчных протоков. Однако основной операцией в этих случаях является формирование билиодигестивных анастомозов. В связи с рубцовой трансформацией тканей печеночно-двенадцатиперстной связки нередко возникали сложности с дифференцировкой желчных протоков. Эту задачу мы решали путем препаровки тканей в области ворот печени, ориентируясь по круглой связке и квадратной доли печени, что позволяло во всех случаях визуализировать супрастенотическое расширение проксимального отдела общего печеночного протока и долевых. Подтверждением указанного анатомического образования являлось получение желчи при его пункции. Формирование билиодигестивных анастомозов в зоне ворот печени имеет свои особенности и технические сложности, особенно при вовлечении в рубцовый процесс долевых и сегментарных желчных протоков. В этих случаях печеночные протоки выделялись проксимальнее рубцово-измененных тканей с выполнением фенестрации IV сегмента печени. С целью увеличения диаметра анастомоза производилось рассечение левого долевого протока по Нерр-Coinaud, реже – правого. Транспеченочные дренажи использовались в случаях невозможности полноценного удаления рубцово-измененных тканей, узком билиодигестивном анастомозе, стриктурах долевых и сегментарных протоков, при вторичном склерозирующем холангите, формирующимся билиарном циррозе печени. У большинства пациентов (37) билиодигестивное соустье формировалось с использованием

тощей кишки и реже (17) с этой целью применялась двенадцатиперстная кишка. Бигепатикоэнтероанастомоз по Ру наложен в 7 случаях. Формирование билиодигестивных соустьей производим узловым однорядным швом с соблюдением принципа прецизионности.

Послеоперационные осложнения встретились у 8 пациентов с одним летальным исходом. Хорошие и удовлетворительные результаты отмечены в 88,3% наблюдений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМИ СТРИКТУРАМИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Бебуришвили А.Г., Зюбина Е.Н., Шарашкина Л.В., Строганова Е.П.

**ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград,
Россия**

Цель исследования: изучить ближайшие и отдаленные результаты применения оптимизированного подхода в лечении высоких рубцовых стриктур желчных протоков.

Материалы и методы. Клиника факультетской хирургии ВолГМУ располагает опытом лечения 185 больных с рубцовыми стриктурами желчевыводящих протоков. Всего выполнено 198 реконструктивных операций, из них 47 с использованием сменного транспеченочного дренажа (СТД). Рецидив стриктуры наблюдали у 6,1% (n = 12) пациентов. Средний возраст больных - 52,2 года. Мужчин - 18,4% (n = 34), женщин - 81,6% (n = 151). Большую часть пациентов составили женщины трудоспособного возраста (82,6%). Отдаленные результаты после реконструктивных операций оценены у 142 больных. Методом анкетирования общим (SF-36) и специальным опросником исследовано качество жизни у 125 больных, перенесших различные операции при высоких стриктурах желчных путей.

Результаты. Ранние послеоперационные общехирургические осложнения (со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем) отмечены у 6,02% (n = 12) пациентов. Основную группу составили больные со специфическими осложнениями (желчные и желчно-геморрагические затеки, гемобилия, синдром недренируемой доли, абсцессы брюшной полости, несостоятельность анастомоза, нагноение раны) - 22,2% (n = 44) наблюдений. Летальность составила 11,6% (n = 23).

При обследовании пациентов в сроки от 2 до 10 лет после реконструктивных операций, отличные и хорошие результаты получены у 66,9% (n = 95) больных, удовлетворительные у 24,7% (n = 34), неудовлетворительные результаты у 8,4% (n = 12) больных.

Отмечено достоверное снижение уровня специфического качества жизни у пациентов с имеющимися каркасным дренажем в первые два года после операции, в то время как уровень общего качества жизни практически не отличался от качества жизни пациентов с гепатикоэнтероанастомозом (ГЭА) без дренажа. Достоверно ниже психологический