

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

были панкреатогенный шок и инфекционные осложнения. Частота осложнений в обеих группах была одинакова – около 70%. Инфицирование панкреонекроза было самым частым осложнением и развилось в обеих группах (38% в основной и 37% в контрольной). Панкреатогенный шок, приведший к летальному исходу в ранний период заболевания, развился у 3 (17,6%) пациентов контрольной группы и ни у одного пациента основной. Остальные осложнения (тромбоз вен портальной системы, аррозивные кровотечения, некрозы абдоминальных органов) были единичными в обеих группах. Оперативное лечение проведено у 83-84% пациентов в обеих группах. В основной группе выполнено меньше вмешательств в пересчете на одного пациента по сравнению с контрольной – 1,7 и 2,3 соответственно. Сроки госпитализации в основной группе (медиана 77 дней) были значительно выше, чем в контрольной (медиана 24 дня), что связано с отсутствием в основной группе летальности в ранний период заболевания. Количество дней лечения в реанимационном отделении было несколько меньше при применении метода (медиана 11 и 13 дней в основной и контрольной группах).

Выводы. Продленная регионарная артериальная инфузия не влияет на частоту возникновения гнойных осложнений, но предотвращает развитие панкреатогенного шока в раннюю стадию заболевания, что приводит к значительному уменьшению летальности, а также снижает потребность в операциях, выполненных на одного пациента.

ДЕТАЛИЗАЦИЯ ГРАНИЦ V-VIII СЕГМЕНТОВ ПЕЧЕНИ ЧЕЛОВЕКА

Белоус П.В., Ващенко В.В., Дудинский А.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Цель исследования: детализация границ V-VIII сегментов печени человека.

Материалы и методы. Исследовали 135 препаратов печени человека обоего пола в возрасте от 20 до 80 лет (105 макропрепаратов, 30 рентгенограмм).

Результаты. Изучая вопрос сегментарного строения печени у взрослого человека (в исследовании мы придерживались классификации Куино) мы пришли к следующей детализации границ V-VIII сегментов печени: V сегмент печени располагается в ее правой доле. Его границы на висцеральной поверхности: левая – правая продольная борозда, правая – условная линия, соединяющая точку пересечения правой продольной борозды и правый верхний латеральный край ворот печени, с местом перехода нижней границы печени в верхнюю, передняя – нижний край печени. На диафрагмальной поверхности: левая граница – условная линия, соединяющая правый край нижней полой вены и середину желчного пузыря; задняя – горизонтальная линия, соединяющая середину правой границы IV сегмента и

верхнюю границу печени справа; передняя – нижний край органа; правая – общая граница с VI сегментом.

VI сегмент на висцеральной поверхности печени имеет треугольную форму и прилежит к V и VII сегментам. Его границы: левая - условная линия, соединяющая точку пересечения правой продольной борозды и правый верхний латеральный край ворот печени, с местом перехода нижней границы печени в верхнюю; задняя – горизонтальная линия, соединяющая нижний правый латеральный край ворот печени и точку на верхней границе печени справа. На диафрагмальной поверхности: задняя граница V и VI сегментов общая, левая граница является единой для VI и VII сегментов. Она начинается от правого края верхней полой вены идет параллельно верхней границе печени справа, отступя от нее медиально (кнутри) на 1-2 см. VII сегмент печени на висцеральной поверхности имеет следующие границы: передняя (общая с VI сегментом) - горизонтальная линия, соединяющая нижний правый латеральный край ворот печени и точку на верхней границе печени справа; левая (общая с I сегментом) - задняя часть правой продольной борозды; задняя – задний край печени. На диафрагмальной поверхности его передняя граница общая с VI и V сегментами, а левая – с VIII и V сегментами печени.

VIII сегмент проецируется в верхних отделах правой доли печени. Снизу он граничит с V, VI и VII сегментами, а слева с IV сегментом. На диафрагмальной поверхности этот сегмент доходит до нижнего края, но при этом не выходит на висцеральную поверхность печени. Сзади его граница также доходит до заднего края печени, но также не выходит на висцеральную поверхность.

Заключение. Детализация границ V-VIII сегментов печени позволит снизить риск осложнений при проведении резекции печени из-за снижения крово- и желчеистечения.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГРАНИЦ I-IV СЕГМЕНТОВ ПЕЧЕНИ ЧЕЛОВЕКА

Белоус П.В., Ващенко В.В., Дудинский А.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Цель исследования: детализация границ I-IV сегментов печени человека.

Материалы и методы. Для достижения данной цели было произведено исследование 135 препаратов печени человека обоего пола в возрасте от 20 до 80 лет (105 макропрепаратов, 30 рентгенограмм).

Результаты. Изучая вопрос сегментарного строения печени у взрослого человека (в исследовании мы придерживались классификации Куино) мы пришли к следующей детализации границ I-IV сегментов печени: I сегмент печени соответствует хвостатой доле органа и проецируется на висцеральную его поверхность. Его передняя граница – ворота