

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

растворяли в 200 мл 0,9% физиологического раствора. Через 3—4 часа после введения фотосенсибилизатора проводили сеанс внутрисосудистой фотодинамической терапии. Чрескожно чреспеченочно к месту локализации опухоли подвели гибкий световод 600 нМк и выполняли сеанс ФДТ, параметры лазерного облучения $P=130$ мВт, $E=150$ Дж. Время экспозиции 1 поля составляет 2,5 – 4 мин, в ходе проводимой терапии была выполнена экспозиция 8 полей.

На фоне проведенного лечения в течение 14 дней у пациента отмечали положительную динамику в виде уменьшения размеров опухоли на 9 мм по окружности.

Через 2 месяца отмечено прогрессирование заболевания в сторону левого долевого протока. Снова проведен курс ФДТ, обработано 12 зон. При контрольном исследовании опухоль уменьшилась на 15 мм от первоначального размера.

Через 8 месяцев отмечена стабилизация опухоли без последующего роста. Учитывая эти данные можно говорить о положительном влиянии ФДТ на опухолевую ткань.

НОВАЯ ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКАЯ ОБЛАСТЬ РАСПОЛОЖЕНИЯ ПУЗЫРНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ЕЕ ОТХОЖДЕНИИ ОТ ДОПОЛНЯЮЩЕЙ АРТЕРИИ К ПРАВОЙ ДОЛЕ ПЕЧЕНИ

Белоус П.В., Ващенко В.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Цель исследования: изучение топографии пузырной артерии при ее отхождении от дополняющей артерии к правой доле печени.

Материалы и методы. Для достижения данной цели было произведено исследование 278 препаратов артериального и протокового русла печени человека обоего пола в возрасте от 20 до 80 лет, из которых 95 макропрепаратов, 150 ангиограмм, полученных при помощи МСКТ, 30 рентгенограмм, 3 корозионных препарата.

Результаты. Наличие дополняющего артериального сосуда к правой доле печени, в процессе нашего исследования, определено в 70 случаях (25,2%). Таким образом, практически у каждого четвертого пациента возможно наличие дополняющего артериального сосуда, участвующего в кровоснабжении правой доли печени.

В проведенном исследовании было обнаружено, что в 243 случаях (87,4%) источником дополняющей артерии к правой доле печени являлась верхняя брыжеечная артерия. В оставшихся 35 случаях (12,6%) дополняющая артерия исходила из иных источников (желудочно-двенадцатиперстная артерия, пузырная артерия).

Особенно важно учитывать возможное наличие дополняющей артерии к правой доле печени при операциях по удалению желчного пузыря, когда возникает необходимость

клипирования и пересечения пузырной артерии, зачастую имеющей исток именно из дополняющей артерии, кровоснабжающей правую долю печени. В наших исследованиях, в 24,1%, т.е. в каждом четвертом случае, пузырная артерия имела место отхождения и топографию, отличающуюся от классического ее расположения в области треугольника Кало. Среди этих вариантов начала пузырной артерии наибольшее количество (17,5%) принадлежит к варианту, при котором пузырная артерия отходила именно от дополняющей артерии, идущей к правой доле печени. Этот факт является принципиально важным, поскольку в таких случаях пузырная артерия вовсе отсутствует в треугольнике Кало, а проецируется на противоположной стороне от пузырного протока, в области, которая названа нами как «альтернативный треугольник». Границами этого треугольника являются пузырный проток, дополняющая артерия к правой доле печени, а также условная линия соединяющая место впадения дополняющей артерии в правую долю печени и точку начала пузырного протока.

Заключение. Особенности топографии пузырной артерии могут быть связаны с отхождением последней от дополняющей артерии к правой доле печени и проявляться ее нахождением в «альтернативном треугольнике».

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНЫХ РЕЖИМОВ ИЗОЛИРОВАННОЙ ПЕРФУЗИИ ПЕЧЕНИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Беляев А.М.¹, Соловьёв И.А.², Гафтон Г.И.¹, Сенчик К.Ю.¹, Васильченко М.В.², Суров Д.А.², Лихачев Е.А.², Хомчук И.А.², Киреева Г.С.¹

¹ФГБУ «Научно-исследовательский институт онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

²ФГБОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: определение оптимальных режимов изолированной перфузии печени на экспериментальной модели. В качестве экспериментального животного выбрана свинья, работа выполнена на пяти здоровых животных весом до 60 кг. Время перфузии составляло 45 мин. На модели печени свиньи отработаны различные технические аспекты процедуры, в том числе определены: оптимальное давление перфузионной жидкости в различных частях контура, скорость перфузии, содержание кислорода. На экспериментальной модели разработана и апробирована установка для изолированной перфузии печени, которая включает роликовый насос, силиконовые магистрали, оксигенатор, водяную баню, сосудистые канюли и датчики. В результате проведённых исследований определены оптимальные значения давления перфузата: в общей печёночной артерии (мм рт. ст.) – 40-60; в портальной вене 15-22. Определены значение pO_2 (мм рт.ст.): в венозной крови более 26, в артериальной