

Гаврилик Б.Л.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ КИСТ ХОЛЕДОХА

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

*Актуальность.* Кистозная трансформация внепеченочных желчных ходов, как врожденная патология, довольно редкое заболевание. Хотя впервые данную патологию описал Fater еще в 1723 году, к 1970 г. в мировой литературе приведено всего 450 случаев больных кистами общего желчного протока. Встречаются кисты гепатикохоледоха преимущественно у девочек и молодых женщин. В этиологическом плане предпочтение отдают мнению, что ретенционное расширение холедоха обусловлено наличием врожденного стеноза фатерова соска. Диагностика кист холедоха представляет определенные трудности. Больных беспокоят периодически боли в правом подреберье, ремитирующего характера желтуха. Иногда можно пропальпировать эластической консистенции опухоль в правом подреберье, которая способна менять степень напряжения и размеры. В постановке диагноза помогают ультразвуковое исследование, компьютерная томография, холангиография. Лучшие отдаленные результаты хирургического лечения кистозной трансформации внепеченочных желчных ходов врожденного генеза получены при наложении цистодигестивного анастомоза между кистой и тощей или двенадцатиперстной кишкой.

*Цель* – поделиться опытом успешного хирургического лечения кисты гепатикохоледоха у молодой женщины путем наложения антирефлюксного цистодуоденоанастомоза в модификации Финстерера.

*Результаты.* Приводим собственное наблюдение хирургического лечения врожденной кисты гепатикохоледоха у больной С., 32 года, жительницы г. Гродно. Больная поступила в хирургическое отделение скорой медицинской помощи г. Гродно 21.02.2011г. с жалобами на периодические приступообразные боли в правом подреберье и эпигастрии, рвоту, горечь во рту, изредка иктеричность склер. Указанные жалобы беспокоили с подросткового возраста. Последние годы приступы болей участились. На высоте приступа возникала рвота, отмечался озноб. Во время обследования в амбулаторных условиях при ультразвуковом исследовании от 31.01.2011г. и 16.02.2011г. выявлены мелкие конкременты в просвете желчного пузыря и киста холедоха до 5 см в диаметре. Со стороны общего и биохимического анализа крови особых отклонений от нормы не наблюдалось. Билирубин крови от 14.02.2011г. – 12,4 мкмоль\л, мочевины – 3,4 ммоль\л, креатинин – 78 мкмоль\л, АсАТ – 40 ед\л, АлАТ – 33 ед\л, глюкоза – 4,3 ммоль\л, амилаза – 68 ед\л. Общий анализ мочи от 04.02.2011г. – без особенностей. При поступлении в стационар болей в животе нет, живот при пальпации мягкий, слегка болезненный в правом подреберье, кистозное образование пальпаторно не определяется.

С диагнозом киста холедоха, хронический калькулезный холецистит 22.02.2011г. больная оперирована (опер. – доц. Гаврилик Б.Л.). Доступом в правом подреберье вскрыта брюшная полость. При ревизии желчный пузырь 70x52x40 мм, в шеечной части фиксирован адгезивным перипроцессом к кистозному образованию. После висцеролиза выявлено, что пузырный проток впадает в крупную кисту гепатикохоледоха 80x60 мм, грушевидной формы, заканчивающуюся конусовидно на уровне ретродуоденальной части холедоха. Произведена холецистэктомия от шейки. Культия пузырного протока перевязана дважды. Киста гепатикохоледоха пунктирована, получена темная желчь. Передняя стенка кисты продольно иссечена двумя овальными разрезами, после чего наложен цистодуоденоанастомоз двухрядным узловым капроновым швом в модификации Финстерера таким образом, что линии внутреннего и наружного швов располагались на некотором расстоянии друг от друга. Данная методика позволила уменьшить диаметр холедоха на уровне кисты и создать створки-клапаны, препятствующие в последующем рефлюксу дуоденального содержимого в просвет желчных путей. Диаметр сформированного анастомоза равнялся 25–30 мм.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением. На 11-е сутки выписана из стационара на амбулаторное лечение. Рекомендовано соблюдение диеты, нахождение в вертикальном положении после приема пищи в течение нескольких часов, исключение тяжелой физической нагрузки.

Осмотрена через два месяца. Соблюдает режим. Эпизодов желтухи, озноба и приступов болей в животе не отмечает. Постепенно расширяет диету, выполняет работу в учреждении в прежнем объеме. Рекомендовано контрольное ультразвуковое исследование билиарной системы.

*Заключение.* Таким образом, приведенное наблюдение свидетельствует о том, что наиболее эффективным в плане хирургического лечения врожденной кистозной трансформации гепатикохоледоха является наложение цистодигестивного анастомоза. Модификация анастомоза Финстерера с созданием внутренних клапанов в зоне анастомоза способствует уменьшению рефлюкса дуоденального содержимого в билиарную систему.

**Gavrilik B.L.**

## **SURGICAL TREATMENT OF CONGENITAL CHOLEDOCHUS CYSTS**

**Grodno State Medical University, Grodno, Belarus**

In the study the results of successful surgical treatment of patient with congenital choledochus cyst are presented. The technique of antireflux cystoduodenal anastomosis is described.

**Гарелик П.В., Могилевец Э.В., Мармыш Г.Г.**

## **ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ПРИ СИНДРОМЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

**УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь**

*Актуальность.* При циррозе печени основными факторами, обуславливающими прогноз течения заболевания и наступления летальных исходов, являются функциональная печеночная недостаточность, а также в не меньшей мере кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, что обуславливает актуальность разработки и применения комплексного лечения и профилактики данного осложнения. Приоритетным направлением остается трансплантация печени, в то же время широко обсуждаются в современной литературе вопросы, посвященные увеличению продолжительности жизни данных пациентов, так как многие из них не дожидаются трансплантации. На решение этой проблемы направлены поиск и использование новых методик, как изолированных, так и в комбинации.

*Цель.* Оценка результатов использования методов профилактики и лечения (как малоинвазивных, так и традиционных) кровотечений из ВРВ пищевода и кардиального отдела желудка (клиника общей хирургии, Городской центр гастродуоденальных кровотечений, 4-я городская клиническая больница г. Гродно).

*Материалы и методы.* Проведена статистическая обработка данных за период май 2002 г.–декабрь 2010 г. 14,7% из госпитализированных пациентов (3415 больных с ГДК) составили пациенты (417) с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка. Возрастно-половой состав был следующим: мужчины – 289 (69,3%), женщины – 128 (31%), возраст – 18-69 лет.

*Результаты.* Подавляющее большинство пациентов были госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии – 362 (86,5%) больных, в отделение хирургии – 55 (13,2%). Следует отметить низкую эффективность использования профилактических консервативных методик с применением лекарственных препаратов ( $\beta$ -блокаторы, нитраты и т.д.). В клинике с 2005 г. успешно используется склерозирование варикозно расширенных