



Ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ

- ♦ Министерство здравоохранения Российской Федерации
- ♦ Ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ
- ♦ ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий имени академика А.М. Гранова» Минздрава России
- ♦ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского Минздрава России
- ♦ ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»
 - ♦ Министерства обороны Российской Федерации
- ♦ Благотворительный фонд поддержки науки в области современных медицинских технологий «Фонд Анатолия Михайловича Гранова»

МАТЕРИАЛЫ

XXVI МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА АССОЦИАЦИИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНЫХ ХИРУРГОВ СТРАН СНГ

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ»

18-20 сентября 2019 г.

Санкт-Петербург



PHILIPS





Ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ

- ♦ Министерство здравоохранения Российской Федерации
- ♦ Ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ
- ♦ ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий имени академика А.М. Гранова» Минздрава России
- ♦ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского Минздрава России
- ♦ ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»
 - ♦ Министерства обороны Российской Федерации
- ♦ Благотворительный фонд поддержки науки в области современных медицинских технологий «Фонд Анатолия Михайловича Гранова»

МАТЕРИАЛЫ

XXVI МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА АССОЦИАЦИИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНЫХ ХИРУРГОВ СТРАН СНГ «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ»

18-20 сентября 2019 г.
Санкт-Петербург

МАТЕРИАЛЫ

XXVI МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА АССОЦИАЦИИ
ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНЫХ ХИРУРГОВ СТРАН СНГ
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ
ХИРУРГИИ»

18-20 сентября 2019 г.
Санкт-Петербург

СОДЕРЖАНИЕ

I. Новое в хирургической гепатологии и панкреатологии	4
II. Хирургическое лечение рецидивных опухолей после резекций печени (повторные резекции, локальная деструкция, методы интервенционной радиологии)	50
III. Тотальная дуоденопанкреатэктомия и осложнения панкреатодуоденальных резекций	55
IV. Нестандартные показания к ортотопической трансплантации печени	65
V. Работы секции молодых учёных (в возрасте до 35 лет): Проблемы диагностики и хирургического лечения заболеваний печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы»	69
VI. Разное	86

Первая пересадка печени выполнена в клинике госпитальной хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в ноябре 2016 г. С тех пор количество выполненных трансплантаций прогрессивно увеличивается: 2017 г. – 4, 2018 г. – 5, 2019 г. – 7 операций.

Цель исследования: проанализировать результаты трансплантации печени в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова за 3 года.

Материалы и методы. Лист ожидания трансплантации печени ежегодно увеличивается на 15 – 20%, и в настоящее время составляет 67 больных. Из них мужчины – 67,2%, женщины – 32,8%. Средний возраст больных составляет 46,7±9,4 года. По группе крови пациенты распределились: 0(I) – 37,3%, A(II) – 31,4%, B(III) – 17,9%, AB(IV) – 13,4%. На текущий момент выполнено 16 трансплантаций печени. Показанием к пересадке явились цирроз в исходе вирусного гепатита С – 50%, вирусного гепатита В – 6,3%, аутоиммунного гепатита – 12,5%, неустановленной этиологии – 25%, гепатокарцинома на фоне цирроза – 6,3%. Степень печеночной недостаточности по шкале Child-Pugh в среднем составила 9,5±2,5 балла, по шкале MELD 17,7±3,4 балла. Большинство пациентов имели рецидивирующие кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода в анамнезе, которые купированы эндоскопическим лигированием. В 2 случаях с целью лечения и профилактики кровотечений портального генеза ранее выполнен дистальный спленоренальный анастомоз, еще в 2 наблюдениях – TIPS. Отечно-асцитический синдром различной степени тяжести имел место в 87,5% наблюдений.

Результаты. В большинстве случаев (87,5%) кавакавальный анастомоз выполнялся по методике piggy-back, 2 пациентам по типу бок-в-бок. Артериальный и желчный анастомозы выполнялись в типичных вариантах. Интраоперационных осложнений и послеоперационной летальности не наблюдалось. В двух наблюдениях в позднем послеоперационном периоде развилась несостоятельность билиарного анастомоза, что потребовало выполнение реконструктивных вмешательств. Еще в двух наблюдениях отмечено развитие синдрома обкрадывания селезеночной артерией, что явилось показанием к ее эмболизации спиралями типа Gianturco. В отдаленном периоде билиарная стриктура диагностирована в 2 наблюдениях, купирована эндоскопическим эндобилиарным стентированием. Стеноз артериального анастомоза развился в двух наблюдениях и разрешен баллонной ангиопластикой с установкой стент-графта. Общая выживаемость после трансплантации печени составила: 1-летняя – 93,8%, 3-летняя – 81,2%.

Заключение. Трансплантация при терминальной стадии заболевания печени является эффективным и единственным радикальным методом лечения. В настоящее время пересадка печени в условиях Военно-медицинской академии постепенно перешла из разряда уникальных операций в разряд стандартных хирургических вмешательств. Дальнейшее развитие программы трансплантации печени будет способствовать прогрессивному внедрению новых методик и хирургических технологий, развитию смежных специальностей и расширению спектра научных исследований.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К СНИЖЕНИЮ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИИ

Лупальцов В.И., Скалий Н.Н.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Актуальность. В последние десятилетия в диагностике и лечении заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны во всем мире получила широкое распространение эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ). Вместе с тем ее выполнение нередко сопровождается специфическими осложнениями, приводящими к летальным исходам. Одним из таких осложнений является острый панкреатит (ОП), возникающий по данным различных авторов, у 15,7 – 18,5% (Ничитайло М.Е., Пидмурняк А.А., и соавт., 2011 и др.; Будзинский С. А. и соавт., 2015), на долю которого приходится до 40% всех летальных исходов.

Цель исследования: разработка методики манометрического контроля в протоках поджелудочной железы для снижения частоты развития острого панкреатита.

Материалы и методы. Проведен анализ 250 пациентов, которым выполнялась ЭРПХГ по поводу осложненной формы желчекаменной болезни и нарушения проходимости терминального отдела холедоха. Для профилактики ОП при выполнении ЭРПХГ, наряду с другими профилактическими ме-

роприятными, контролировали уровень давления в протоках поджелудочной железы (ПЖ) и терминальном отделе холедоха, как одного из этиологических факторов развития ОП. Учитывая это нами разработано устройство для контроля уровня давления в протоковой системе и катетере, которое осуществляется с помощью датчика MPX 5010 DP фирмы Motorola. Полученные данные о внутрипротоковом давлении по беспроводному интерфейсу Bluetooth передаются на ПК, где интерпретируются во время выполнения процедуры. На мониторе, по графическому изображению оценивался тип кривой: «платообразный» тип характеризовали как норму, при котором давление в протоковой системе не повышалось; при «колоколообразном» типе кривой ситуацию трактовали как повышение давления в протоковой системе ПЖ, что являлось показанием к проведению экстренной профилактики ОП.

Результаты. Критерием оценки клинической эффективности предлагаемой методики явился тип кривой, получаемый при манометрическом контроле при выполнении ЭРПХГ. Внедрение вышеприведенного технического устройства позволяет снизить возникновение ОП при выполнении ЭРПХГ. Анализ полученных нами результатов показал, что повышение давления в протоковой системе ПЖ и билиарного тракта возникало у 20,3% пациентов, о чём свидетельствовал «колоколообразный» тип кривой и что послужило сигналом для назначения противопанкреатической терапии. Острый панкреатит в легкой форме развился только у 6,7% обследованных, что было подтверждено клиническими признаками ОП, повышением амилалитической активности в моче и крови, а также данными УЗИ. Назначенная целенаправленно в полном объеме противопанкреатическая терапия позволила купировать ОП и предотвратить неблагоприятные исходы.

Выводы. Манометрическое исследование давления в терминальном отделе холедоха и панкреатическом протоке является эффективным методом в профилактике развития острого панкреатита при выполнении ЭРПХГ.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ СИНХРОННЫХ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Майстренко Н.А., Манихас Г.М., Сазонов А.А.

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Колоректальный рак (КРР) занимает лидирующие позиции по заболеваемости и смертности в общей структуре онкологической патологии, при этом основной причиной высокой летальности остается отдаленное метастазирование в печень, которое выявляется у 20-30% больных уже на момент постановки первичного диагноза. Выполнение резекции печени в радикальном объеме позволяет рассчитывать на существенный прирост показателей выживаемости даже у этой категории пациентов. Однако хирургическое лечение больных с метастазами в печени сопряжено со значительными трудностями, особенно, когда речь идет о лицах пожилого и старческого возраста с отягощенным общесоматическим статусом. Одним из дискуссионных вопросов остается возможность выполнения комбинированных операций, подразумевающих удаление первичной опухоли одновременно с резекцией печени.

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность одномоментных комбинированных операций у пациентов старших возрастных групп с синхронными метастазами КРР в печени.

Материалы и методы. Комбинированные операции в объеме полной циторедукции были выполнены 42 пациентам с резектабельными синхронными метастазами КРР в печени. 20 из них были старше 60 лет и составили основную группу. Контрольная группа была сформирована из 22 пациентов молодого и среднего возраста. Методика выполнения вмешательств, равно как и их объем не отличались между исследуемыми группами. Так, во всех случаях первым этапом производили удаление первичной опухоли толстой кишки. Обширные резекции печени были выполнены у 30% больных основной группы и у 32% в контрольной. С целью редукции кровопотери применяли прием Прингла, при этом длительность пережатия гепатодуоденальной связки не превышала 35 мин.

Результаты. Послеоперационной летальности удалось избежать в обеих группах. Средний объем интраоперационной кровопотери составил в основной группе 800 ± 100 мл и в контрольной - 750 ± 100 мл. Развитие осложнений было отмечено у 45% пациентов гериатрического профиля и у 32% больных моложе 60 лет. При этом частота осложнений III и IV группы по шкале Clavien-Dindo в анализируе-