

Министерство здравоохранения Украины
Министерство здравоохранения Российской Федерации
Национальная академия медицинских наук Украины
Российская академия медицинских наук
Ассоциация хирургов-гепатологов стран СНГ
Донецкий национальный медицинский
университет им. М. Горького
Ужгородский национальный университет
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского»
Департамент здравоохранения Донецкой
областной государственной администрации
Ассоциация хирургов Украины
Ассоциация хирургов Донецкой области

XX Юбилейный Международный Конгресс
Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ

«Актуальные проблемы хирургической гепатологии»



МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

Донецк, 18–20 сентября 2013 года

Донецк
Издатель Заславский А.Ю.
2013

ОЛИФИРОВА О.С., ОМЕЛЬЧЕНКО В.А., БРЕГАДЗЕ Е.Ю., РУСАКОВ А.А., НИКИТИН С.П., ГОНЧАРУК Г.В.	
Возможности чреспожленных вмешательств в лечении механической желтухи неопухолевого генеза.....	127
ПЕЛЬЦ В.А., ЗАРУЦКАЯ Н.В., КРАСНОВ К.А., КРАСНОВ О.А.	
Этапное лечение неопухолевой механической желтухи	128
ПОГРЕБНЯКОВ В.Ю., ГОНЧАРОВ С.А., БЕРДИЦКИЙ А.А.	
Миниинвазивная транспеченочная литэкстракция при холангитиазе.....	129
РАСУЛОВ Н.А., КУРБОНОВ К.М., МУРОДОВ А.И., КАРИМИ Р.	
Послеоперационная желтуха	129
РАТЧИК В.М., БАБИЙ А.М., ОРЛОВСКИЙ Д.В., ШЕВЕЛЕВ В.В.	
Тактика хирургического лечения механической желтухи неопухолевого генеза панкреатогенного происхождения.....	130
РАЩИНСКИЙ С.М., ТРЕТЬЯК С.И., РАЩИНСКАЯ Н.Т., БАРАНОВ Е.В., БОЛЬШОВ А.В., ГРОМАК А.Ф., НЕВМЕРЖИЦКИЙ М.П.	
Резекционно-дренирующие операции в коррекции билиарных и дуоденальных осложнений хронического панкреатита	131
САВЧЕНКО А.В., КАСПЕРОВИЧ А.И., МАТОХ А.В., АВДЕЙ Е.Л., КОРОТКОВ С.В., РУММО О.О.	
Малоинвазивные хирургические методы лечения механической желтухи неопухолевого генеза	131
СИПЛИВЫЙ В.А., ЕВТУШЕНКО Д.В., ПЕТРЕНКО Г.Д., КОТОВЩИКОВ М.С., ДОЦЕНКО В.В.	
Хирургическое лечение обтурационной желтухи. Оценка методов с позиции качества жизни пациентов	132
СМИРНОВ Н.Л.	
Антибиотикопрофилактика и антибиотикотерапия в комплексном лечении обтурационной желтухи.....	133
СМИРНОВ Н.Л.	
Острый деструктивный холецистит как причина обтурационной желтухи	133
Хирургическая тактика при лечении обтурационной желтухи	134
СТЕЦЬ Н.М., НАСТАШЕНКО И.Л., МОЛНАР И.М., ШИНКАРИК Т.Н., ДОВБЕНКО О.В.	
Супрапапиллярная холедоходуоденостомия как метод миниинвазивного эндоскопического лечения обтурационной желтухи у пациентов пожилого возраста	135
СТУКАЛО А.А.	
Доброточные новообразования фатерова сосочка, стенозирующие терминальный отдел холедоха ..	135
ТЕРЕМОВ С.А., МУХИН А.С.	
О выборе способа завершения холедохотомии при доброточной патологии терминального отдела общего желчного протока	136
ТИМЕРБУЛАТОВ В.М., ГАРИПОВ Р.М., СИБАЕВ В.М., САГИТОВ Р.Б.	
Сочетание холелитиаза с неопухолевыми заболеваниями большого дуоденального сосочка	137
ТКАЧЕНКО А.И., ГРУБНИК В.В., ИЛЬЯШЕНКО В.В.	
Эффективность лапароскопических вмешательств у больных с резидуальными камнями желчных протоков	138
ТРЕТЬЯК С.И., РАЩИНСКИЙ С.М., РАЩИНСКАЯ Н.Т.	
Оценка результатов хирургического лечения билиарных осложнений хронического панкреатита	138
ФЕДОРОВСКИЙ В.В., ДРУЖИНИНА Е.Е.	
Результаты лечения больных с механической желтухой.....	139
ХАДЖИБАЕВ А.М., ХАКИМОВ М.Ш., ХАДЖИБАЕВ Ф.А., РАХМАНОВ С.У., ТИЛЕМИСОВ С.О.	
Малоинвазивное лечение механической желтухи доброкачественного генеза	140
ХАДЖИБАЕВ Ф.А., ХАШИМОВ М.А.	
Осложнения ретроградной панкреатохолангиографии и эндоскопической папиллосфинктеротомии	140
ХОЖИБОЕВ А.М., АЛТЫЕВ Б.К., БОЙНАЗАРОВ И.Х.	
Роль эндоскопической санации билиарного дерева при гнойном холангите	141
ХОРОНЬКО Ю.В., ЕРМОЛАЕВ А.Н., ХОРОНЬКО Е.Ю.	
Возможности повышения эффективности гепатико- холедохеюностомии при доброкачественных билиарных структурах	142
ХОТИНЯНУ В.Ф., ФЕРДОХЛЕБ А.Г., ХОТИНЯНУ А.В.	
Современные аспекты хирургического лечения ятрогенных структур внепеченочных желчных протоков....	143
ХОТИНЯНУ В.Ф., КАЗАК А.В., ХОТИНЯНУ А.В.	
Хирургическое лечение хронического панкреатита, осложненного механической желтухой.....	143



турой дистального отдела холедоха — 66 (26 %); изолированная стриктура дистального отдела холедоха — 29 (11,4 %) случаев. В 9 случаях (3,5 %) причиной механической желтухи оказался первичносклерозирующий холангит с поражением как вне-, так и внутрипеченочных желчных протоков; в 3 случаях — рубцовая стриктура ХДА с камнями в долевых и сегментарных желчных протоках; в 2 случаях — стриктура гепатикоэнтероанастомоза; в 1 случае — болезнь Кароли. В 7,5 % исследований (19 пациентов) патологии не было обнаружено, у 19 пациентов (7,5 %) выполнить контрастирование желчевыводящих протоков не удалось.

Всем пациентам с холедохолитиазом, а также со стриктурой дистального отдела холедоха выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с извлечением камней из холедоха и устраниением стриктуры его дистального отдела. В 8 случаях (3 %) удалить камни из холедоха не удалось. Причинами явились большие размеры конкрементов, множественный холедохолитиаз больших размеров, протяженная стриктура дистального отдела холедоха. У 2 из этих пациентов после ЭПСТ было выполнено эндоскопическое стентирование холедоха для разрешения явлений механической желтухи как первый этап перед полостной операцией. При стриктуре ХДА выполнялась эндоскопическая лазерная фотовапоризация рубцовых тканей ХДА, а затем, после формирования анастомоза достаточных размеров, производилось извлечение камней из желчевыводящих протоков. При стриктуре гепатикоэнтероанастомоза выполнена эндоскопическая баллонная дилатация. При первично склерозирующем холангите при поражении внепеченочных желчных протоков в 5 случаях выполнена баллонная дилатация и поставлены стенты выше суженных отделов.

Заключение. РПХГ является высоконформативным методом диагностики причин механической желтухи; процедура оказалась успешной в 92,5 % случаев. Оперативные малоинвазивные эндоскопические методы лечения (ЭПСТ, холедохолитэкстракция, баллонная пластика, стентирование, лазерная фотовапоризация) позволили в 97 % случаев разрешить механическую желтуху неопухолевого генеза и явились окончательными методами лечения у данной категории пациентов.

Хирургическое лечение обтурационной желтухи. Оценка методов с позиции качества жизни пациентов

СИПЛИВЫЙ В.А., ЕВТУШЕНКО Д.В., ПЕТРЕНКО Г.Д., КОТОВЩИКОВ М.С., ДОЦЕНКО В.В.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Актуальность. Лечение обтурационной желтухи остается одной из актуальных проблем билиарной хирургии. Продолжается внедрение индивидуализированного подхода к выбору способа оперативного лечения. Оценка применяемых методов восстановления желчетока возможна на основании изучения качества жизни пациентов в отдаленные сроки.

Цель исследования: оценка методов восстановления желчетока при обтурационной желтухе с позиции качества жизни пациентов в отдаленные сроки.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения и качества жизни в отдаленные сроки 328 больных с обтурационной желтухой. Мужчин было 105 (32,04 %), женщин 223 (67,98 %). Возраст больных колебался от 15 до 83 лет. В зависимости от метода восстановления желчетока больные были разделены на три группы. Первую группу составили 112 больных, которым выполнена холецистэктомия с наложением холедоходуоденоанастомоза, вторую — 84 больных, которым выполнена холецистэктомия, трансдуоденальная папиллосфинктеропластика, третью — 132 пациента, которым выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия с последующей лапароскопической холецистэктомией.

Результаты. В послеоперационном периоде осложнения возникли у 51 (15,5 %) больного. Умерло 5 (1,52 %) больных, что обусловлено общим тяжелым состоянием больных при госпитализации в стационар, наличием выраженной сопутствующей патологии. Наиболее частым осложнением было развитие послеоперационного панкреатита, который наблюдался у 21 (25,0 %) больного второй группы, 10 (8,9 %) — первой и 9 (6,71 %) больных третьей группы.

При изучении качества жизни пациентов в отдаленные сроки установлено, что пациенты третьей группы в значительно меньшей степени отмечали ограничение физических нагрузок, считали себя практически здоровыми при оценке общего состояния здоровья. Болевой синдром был менее выражен. Достоверных отличий по показателям физического компонента качества жизни между пациентами 1-й и 2-й групп в отдаленном периоде не установлено. В 3-й группе достоверно большее количество респондентов чувствовали себя бодрыми, полными сил при анализе показателей жизнеспособности, которые характеризуют субъективную оценку настроения. Существенных различий при исследовании психоэмоциональной сферы между пациентами 1-й и 2-й групп не обнаружено.

Выводы. Оптимальным методом хирургического лечения больных с холедохолитиазом являются эндоскопические вмешательства с последующей лапароскопической холецистэктомией. При невозможности выполнения эндоскопических вмешательств выбор метода восстановления желчетока должен осуществляться с учетом прогнозирования возможных осложнений и качества жизни больных после операции.