

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



КУЛЕЗНЕВА Ю.В., ИЗРАИЛОВ Р.Е., КИРИЛЛОВА М.С., СМЕРНОВ Е.А. Антеградные вмешательства при рубцовых стриктурах и ятрогенных повреждениях желчных протоков: когда и как?	112
КУЛИЕВ С.А., ВОРОТЫНЦЕВ А.С. Дифференцированный подход в лечении осложненных форм желчнокаменной болезни у пациентов старших возрастных групп	113
КУЛЬЧИЕВ А.А., ХЕСТАНОВ А.К., ТИГИЕВ С.В., МОРОЗОВ А.А., КАРСАНОВ А.М., ТИБИЛОВ А.М. Лечение малоинвазивными методами острого калькулезного холецистита и холедохолитиаза у лиц пожилого и старческого возраста	113
КУРБОНОВ К.М., ДАМИНОВА Н.М., МАХМАДОВ Ф.И., РАСУЛОВ Н.А. Особенности транспеченочного дренирования при лечении холестазов	114
КУРМАНСЕИТОВА Л.И. Механическая желтуха неопухолевого генеза, чрескожные методы лечения	114
КУРБОНОВ К.М., РАСУЛОВ Н.А., МУРОДОВ А.И., КАРИМИ Р. Хирургическая тактика при механической желтухе доброкачественного генеза	115
ЛЕВЧЕНКО Н.В., ХРЯЧКОВ В.В., ШАВАЛИЕВ Р.Р. Интраоперационное дробление камней в желчных протоках гольмиевым лазером	115
ЛЕВЧЕНКО Н.В., ХРЯЧКОВ В.В., ШАВАЛИЕВ Р.Р. Интраоперационный способ антеградного рассечения БДС лазером	116
ЛУПАЛЬЦОВ В.И., СИПЛИВЫЙ В.А., КОТОВЩИКОВ М.С., ВОРОЩУК Р.С. Выбор метода хирургической коррекции синдрома механической желтухи неопухолевого генеза	117
МАЙСТРЕНКО Н.А., РОМАЩЕНКО П.Н., СТРУКОВ Е.Ю. Синдром механической желтухи доброкачественного генеза: оптимизация диагностических и лечебных подходов	118
МАКАРОВ В.И., СТЕГНИЙ К.В., ЮДИН С.В., КОРОЛЕВ Д.Н., ШУМЕЙКО В.М., ДМИТРИЕВ О.Н., ЩЕПЕТИЛЬНИКОВА О.И., КОРОЛЕВ А.Н. Диагностическая тактика ведения пациентов с механической желтухой	118
МАХМАДОВ Ф.И., КУРБОНОВ К.М., НУРОВ З.Х., ГУЛАХМАДОВ А.Д., СОБИРОВ А.ДЖ. Возможности определения критериев тяжести неопухолевых механических желтух	119
МАХМАДОВ Ф.И., КУРБОНОВ К.М., НУРОВ З.Х., ГУЛАХМАДОВ А.Д., СОБИРОВ А.ДЖ. Методы эндоскопической декомпрессии желчевыводящих путей в зависимости от причины механической желтухи	119
МЕДЖИДОВ Р.Т., АБДУРАШИДОВ Г.А., АБДУЛЛАЕВА А.З., МАМЕДОВА Э.П. Вопросы диагностики и лечения проксимальных неопухолевых обструкций билиарного тракта	120
МИРОНОВ В.И., ОСТАПИШИН В.Д., БАШЛЫКОВ Д.В. Хирургическая тактика при осложненных формах желчнокаменной болезни	121
МУГАТАРОВ И.Н., КАМЕНСКИХ Е.Д., БЫКОВ А.В., ЗАРИВЧАЦКИЙ М.Ф. Выбор метода декомпрессии билиарного тракта при механической желтухе неопухолевого генеза	121
НАЗЫРОВ Ф.Г., АКБАРОВ М.М., САЙДАЗИМОВ Е.М., НИШАНОВ М.Ш., РИСКОВ А.А. Хирургические вмешательства при ятрогенных повреждениях внепеченочных желчных путей и наружных желчных свищах	122
НИЧИТАЙЛО М.Е., ГОДЛЕВСКИЙ А.И., САВОЛЮК С.И. Выбор оптимальной тактики хирургического лечения осложненных форм неопухолевой обтурационной желтухи	123
НИЧИТАЙЛО М.Е., ГОДЛЕВСКИЙ А.И., САВОЛЮК С.И. Прогнозирование и оценка отдаленных результатов хирургической коррекции неопухолевой обтурационной желтухи	124
НИЧИТАЙЛО М.Е., ГОДЛЕВСКИЙ А.И., САВОЛЮК С.И. Прогностическая шкала предоперационной оценки риска развития послеоперационных осложнений у больных с неопухолевой обтурационной желтухой	124
НИЧИТАЙЛО М.Е., ГОДЛЕВСКИЙ А.И., САВОЛЮК С.И. Профиль послеоперационной безопасности методов билиарной декомпрессии для больных с осложненной неопухолевой обтурационной желтухой	125
НИЧИТАЙЛО М.Е., ОГОРОДНИК П.В., ДЕЙНИЧЕНКО А.Г. Рациональная хирургическая тактика при осложненном холедохолитиазе	126
НУРОВ З.Х., МАХМАДОВ Ф.И., КУРБОНОВ К.М., ГУЛАХМАДОВ А.Д., СОБИРОВ А.ДЖ. Современный подход к выбору хирургической тактики неопухолевых механических желтух	126

нялась контрольная дуоденоскопия. На данный момент осложнений, связанных с проведением антеградной лазерной папиллотомии, не выявлено.

Проведение антеградной папиллотомии при интраоперационной холедохоскопии позволяет при наличии холецистохоледохолитиаза одновременно выполнять холецистэктомия и лазерную литотрипсию. Парапапиллярные дивертикулы не являются препятствием для проведения папиллотомии описанным способом. Использование импульсного лазерного излучения под визуальным контролем в режиме реального времени позволяет значительно снизить риск таких осложнений, как кровотечение и перфорация. Достигается малая травматичность операции, что приводит к сокращению периода реабилитации и к хорошему косметическому эффекту.

Заключение. Считаю, что данный способ является перспективным для одномоментного лечения больных с холецистохоледохолитиазом и стенозом большого дуоденального сосочка.

Выбор метода хирургической коррекции синдрома механической желтухи неопухолевого генеза

ЛУПАЛЬЦОВ В.И., СИПЛИВЫЙ В.А., КОТОВЩИКОВ М.С., ВОРОЩУК Р.С.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Вследствие увеличения количества заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны отмечается повышение частоты обтурационного холестаза. Несмотря на прогресс в современной хирургии гепатобилиарной зоны вопросы выбора рациональной хирургической тактики лечения синдрома механической желтухи и ее осложненных форм не всегда удовлетворительны. И если при внедрении миниинвазивных вмешательств вопрос хирургической коррекции холецистохоледохолитиаза большинством хирургических коллективов решен в пользу двухэтапного лечения, то при других причинах возникновения синдрома механической желтухи вопросы его коррекции требуют своего разрешения.

Цель исследования: изучить эффективность эндоскопической папиллосфинктеротомии при синдроме механической желтухи с определением показаний к ее выполнению.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 104 больных с обтурационным холестазом, обусловленным холецистохоледохолитиазом, стенозом большого дуоденального сосочка (БДС), папиллитом и билиарным панкреатитом. Средний возраст больных $58,9 \pm 1,5$ года. Гипербилирубинемия отмечена у всех анализируемых больных, средний показатель общего билирубина составлял свыше 100 мкмоль/л.

Причинами обтурационного холестаза у 86 больных был холецистохоледохолитиаз, у 11 — заболевания большого дуоденального сосочка (папиллит, рубцовая стриктура), у 3 — синдром Мирризи, у 4 — склерозирующий холангит. Наиболее частыми осложнениями механической желтухи при поступлении больных в стационар были холангит, печеночно-почечная недостаточность, энцефалопатия. Одним из наиболее опасных осложнений механической желтухи считаем билиарный панкреатит, выявленный нами у 7 больных. Причиной его развития является ущемленный в большом сосочке двенадцатиперстной кишки (БСДПК) камень.

Всем пациентам проводили стандартное общеклиническое обследование с обязательным выполнением УЗИ, ФЭГДС с осмотром БСДПК. Комплекс клинико-лабораторной диагностики был направлен на изучение предоперационного состояния жизненно важных органов и систем организма больного, коррекцию их расстройств и в первую очередь функционального состояния печени, учитывая ее первостепенное поражение при длительной холемии.

Результаты. Основой лечения больных с синдромом механической желтухи, обусловленной холецистохоледохолитиазом, являлось восстановление желчеоттока. При выборе двухэтапного метода оперативного лечения холецистохоледохолитиаза руководствовались прежде всего необходимостью раннего выполнения декомпрессии желчных путей с компенсацией осложнений, обусловленных холемией. С этой целью 101 больному выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с литоэкстракцией. После устранения внутривисцеральной гипертензии переходили ко второму этапу — устранению причинного фактора холедохолитиаза. В зависимости от выбора способа оперативного лечения на втором этапе больные распределились следующим образом: лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 29 больных, холецистэктомия традиционным способом — у 32 больных. Выполненная ЭПСТ позволила значительно облегчить подготовку пациентов к выполнению второго этапа оперативного лечения.

Наиболее частыми осложнениями, с которыми нам пришлось встретиться, были острый послеоперационный панкреатит, развившийся у 8 (7,9 %) пациентов, у 6 больных отмечено кровотечение из БСДПК при его расхождении, наружный желчный свищ возник у 1 больного и у 1 — подпеченочный абсцесс. Умерла одна больная от прогрессирующей печеночно-почечной недостаточности.

Выводы. Выбор метода лапароскопической холецистэктомии у больных с синдромом механической желтухи должен сочетать в себе на первом этапе антеградную папиллосфинктеротомию, расширяющую возможности миниинвазивных вмешательств у больных не только с холецистохоледохолитиазом, но и другими причинными факторами.