

**Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Министерство здравоохранения Челябинской области  
Ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ  
ГБОУ ВПО «Южно-Ураль  
ский государственный медицинский университет» Минздрава  
России  
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава  
России**



**МАТЕРИАЛЫ ПЛЕНУМА ПРАВЛЕНИЯ  
АССОЦИАЦИИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНЫХ  
ХИРУРГОВ СТРАН СНГ  
при участии Главных внештатных специалистов-  
хирургов регионов России**

**Челябинск  
14-15 апреля 2016 г.**

**Под редакцией:**

**профессора Вишневого В.А. (Москва),**

**профессора Гальперина Э.И. (Москва),**

**профессора Степановой Ю.А. (Москва),**

**профессора Волчегорского И.А. (Челябинск),**

**профессора Шестопалова С.С. (Челябинск)**

**МАТЕРИАЛЫ ПЛЕНУМА ПРАВЛЕНИЯ АССОЦИАЦИИ  
ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНЫХ ХИРУРГОВ СТРАН СНГ  
при участии Главных внештатных специалистов-хирургов  
регионов России**

## СОДЕРЖАНИЕ

Абрамов Е.И. Оптимизация предоперационной подготовки больных с опухолями билиопанкреатодуоденальной зоны, осложненными механической желтухой .....	12
Аскарлов П.А., Рахмонов К.Э., Давоатов С.С. Результаты лечения больных с желчеистечением после холецистэктомии .....	13
Ахаладзе Г.Г., Гребенкин Е.Н., Станоевич У.С., Гончаров С.В., Рагимов В.А. Лапароскопические вмешательства на печени .....	15
Ахтанин Е.А., Берелавичус С.В., Горин Д.С., Смирнов А.В., Калдаров А.Р., Кригер А.Г. Факторы риска и профилактика послеоперационного панкреатита после резекционных операций на поджелудочной железе .....	16
Балалыкин А.С. К истории первых лапароскопических операций в России: холецистэктомия .....	18
Балалыкин А.С., Бирюков А.Ю., Курдо С.А., Гвоздик В.В., Муцулов Х.С., Вербовский А.Н., Овсянников В.Н. Повреждения желчных протоков – бич операции лапароскопической холецистэктомии..	20
Бебуришвили А.Г., Зюбина Е.Н., Панин С.И. Осложнения малоинвазивных вмешательств у больных желчнокаменной болезнью .....	22
Беркинов У.Б., Хакимов М.Ш., Холматов Ш.Т., Каримов М.Р., Сахибов Д.П. Рейтинговый подход к выбору хирургической бригады при выполнении лапароскопической холецистэктомии .....	23
Велигоцкий Н.Н., Арутюнов С.Э., Скалий Н.Н., Маслов С.П. Современные аспекты диагностики и лечения осложненной желчнокаменной болезни	25
Власов А.П., Катков С.В., Григорьев А.Г., Болотских В.А., Муратова Т.А. Комплексный подход в предупреждении прогрессирования острого панкреатита .....	26
Ворончихин В.В., Волков А.Н., Арсютов В.П., Оленин В.В., Катайкин А.Н., Олигер А.А. Ятрогенные повреждения магистральных желчных протоков при лапароскопических операциях .....	28

Глухов А.А., Лейбельс В.Н., Боев С.Н., Лейбельс С.П., Андреев А.А. Ятрогенные повреждения желчевыводящих путей при лапароскопической холецистэктомии .....	29
Горский В.А., Агапов М.А. Меры предупреждения формирования троакарных грыж .....	31
Давлатов С.С. Усовершенствованный способ регенерации плазмы в лечении эндотоксикоза при гнойном холангите .....	32
Дарвин В.В., Краснов Е.А., Лысак М.М., Васильев В.В., Онищенко С.В. Профилактика и коррекция интраоперационных повреждений внепеченочных желчных протоков .....	34
Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б., Цвиркун В.В., Казаков И.В., Мелехина О.В., Ким П.П., Ванькович А.Н. Робот-ассистированное формирование гепатикоюноанастомоза при рубцовой стриктуре общего печеночного протока .....	36
Заривчацкий М.Ф., Каменских Е.Д., Мугатаров И.Н., Сметанин Д.В., Поспелов В.В. Применение лапароскопических технологий в лечении непаразитарных кист печени .....	37
Ибадильдин А.С., Човдурбаев А.Ж., Маруфов А.Я., Жуловчинов М.М. Диагностика и лечение эхинококкоза печени у лиц молодого возраста .....	39
Исаев Г.Б., Ахвердиев Б.Д. Хирургическая коррекция рефлюкс-эзофагита при лапароскопической холецистэктомии как один из методов профилактики постхолецистэктомического синдрома .....	40
Исмаилов Б.А., Садыков Р.А., Хайбулина З.Р., Алимов М.М. Сравнительная оценка гемостатической активности нового имплантата «Гепроцел» в условиях IN VITRO .....	41
Кабанов М.Ю., Яковлева Д.М., Семенцов К.В., Опенченко С.В., Здасюк С.О. Лечение пациентов с повреждением внепеченочных желчных протоков от классики к современности .....	42

Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Имамов А.А., Холматов Ш.Т., Сахибоев Д.П. Анализ осложнений лапароскопических вмешательств в хирургии желчнокаменной болезни .....	44
Касумьян С.А., Алибегов Р.А., Сергеев О.А., Сергеев А.В., Безалтынных А.А., Игнатъев С.В., Жвйтиашвили И.Д., Прохоренко Т.И., Акилов Ф.А. Результаты применения лапароскопических технологий в лечении пациентов желчнокаменной болезнью .....	47
Кислицин Д.П., Колмачевский Н.А., Добровольский А.А. Видеолапароскопические и робот-ассистированные вмешательства при заболеваниях печени, поджелудочной железы, селезенки и надпочечников .....	48
Коваленко Ю.А., Ефанов М.Г., Кожемякина В.В., Вишневский В.А. Опыт института хирургии им. А.В. Вишневского резекций печени при посттравматических стриктурах и повреждениях желчных протоков .....	50
Корымасов Е.А., Иванов С.А., Кричмар А.М., Цветков Б.Ю., Горбунов Ю.В., Богданов В.Е., Козлов М.Н. Повторные операции при деструктивном панкреатите после лапароскопии .....	51
Котельникова Л.П., Баженова О.В. Ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков при различных видах оперативных доступов .....	53
Коханенко Н.Ю., Артемьева Н.Н., Глебова А.В., Гурцкая Л.З. Хирургическое лечение «свежих» повреждениях желчных протоков, возникших при лапароскопической холецистэктомии .....	54
Кочмашев И.В., Шерстобитов В.Е., Мансуров Ю.В., Шушанов А.П., Чернышев С.Д., Прудков М.И. Наш опыт эндоваскулярной эмболизации при панкреатических кровотечениях .....	56
Красильников Д.М., Миргасимова Д.М., Малова И.И., Захарова А.В., Имамова А.М. Интра- и послеоперационные осложнения при лапароскопической холецистэктомии.....	57

Кригер А.Г., Ахтанин Е.А., Берелавичус С.В., Горин Д.С., Смирнов А.В., Калдаров А.Р. Экстирпация культи поджелудочной железы при внутрибрюшном аррозионном кровотечении, обусловленном послеоперационным панкреонекрозом .....	58
Кукош М.В., Трухалев В.А. Влияние психоэмоционального фактора на результаты обучения эндоскопической хирургии .....	59
Кулезнева Ю.В., Мелехина О.В., Ким П.П., Алиханов Р.Б., Ефанов М.Г. Возможности рентгенохирургии при доброкачественных стриктурах билиодигестивных анастомозов .....	61
Курбонов К.М., Махмадов Ф.И. Тактика лечения «свежих» повреждений желчных протоков во время лапароскопической холецистэктомии .....	62
Лупальцов В.И., Ягнюк А.И., Трофимова А.В. Ультразвуковое исследование в профилактике осложнений лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите .....	63
Лядов В.К., Коваленко З.А., Козырин И.А., Ильина О.В. Стандартизация техники выполнения лапароскопической ПДР как способ профилактики послеоперационных осложнений .....	65
Мальцева О.В., Гиберт Б.К., Бородин Н.А., Зайцев Е.Ю., Крючков И.М. Деструктивный панкреатит у лиц пожилого и старческого возраста .....	66
Махмадов Ф.И., Курбонов К.М. Сочетанные эндоскопические и видеолапароскопические вмешательства в коррекции осложнений лапароскопических холецистэктомий .....	68
Михайлова С.А., Гамза В.Н., Котельников О.А., Нусратов М.И., Мурасов М.Ф. Анализ результатов лечения деструктивного панкреатита .....	69
Михайлова С.А., Гамза В.Н., Котельников О.А., Нусратов М.И., Мурасов М.Ф. Маршрутизация больных в лечении механической желтухи неопухолевого генеза .....	70
Михайлова С.А., Дрожжилов М.А., Сарсенбаев Б.Х., Нусратов М.И., Кондратьева Т.Ф. Ятрогенные повреждения холедоха – цена ошибки .....	72

Муаззамов Б.Б.	
Тактика ведения больных и способы коррекции осложнений при лапароскопических операциях на желчевыводящих путях .....	73
Муцуров Х.С.	
Эндоскопическая хирургия осложненных обструкций желчевыводящей системы .....	74
Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Сайдазимов Е.М., Хакимов Ю.У.	
Осложнения и хирургическая тактика при лапароскопической холецистэктомии .....	76
Нартайлаков М.А., Самоходов С.Ю., Салимгареев И.З., Мустафин А.Х.	
Течение послеоперационного периода у пациентов с непаразитарным кистозным поражением печени .....	77
Оловянный В.Е.	
Повреждения внепеченочных желчных путей при лапароскопической холецистэктомии архангельской области .....	79
Панченков Д.Н., Алексанян Г.Б., Ахматова Н.К., Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б., Иванов Ю.В., Астахов Д.А.	
Операционный стресс после лапароскопических и открытых резекций печени: что более значимо – доступ или объем? .....	80
Пархисенко Ю.А., Воронцов А.К., Киселев Е.В.	
Анализ учета осложнений при выполнении лапароскопических оперативных вмешательств на желчных протоках и желчном пузыре .....	82
Пархисенко Ю.А., Жданов А.И., Пархисенко В.Ю., Музальков В.А., Каширский А.Г., Чернышова Н.В., Калашник Р.С.	
Анализ результатов лапароскопических холецистэктомий, тактических подходов при остром холецистите и осложнениях .....	84
Погосян Г.А., Айдемиров А.Н., Вафин А.З., Мнацаканян Э.Г., Машурова Е.В.	
Осложнения хирургического лечения троденного повреждения и стриктуры желчевыводящих протоков .....	85
Поршенников И.А., Быков А.Ю., Павлик В.Н., Карташов А.С., Щёкина Е.Е., Коробейникова М.А., Юшина Е.Г., Юданов А.В.	
Билиарные реконструкции и билиарные осложнения при трансплантации печени .....	87



Прудков М.И., Орлов О.Г., Кобернюк А.В. Повреждения и стриктуры желчных протоков .....	88
Ризаев К.С., Алтыев Б.К., Баймурадов Ш.Э. Лапароскопические вмешательства в лечении острого панкреатита .....	90
Румянцев В.Б., Лобаков А.И., Захаров Ю.И., Морохотов В.А., Сидоренко А.Б. Хирургическое лечение эхинококкоза печени .....	91
Садыков Р.А., Исмаилов Б.А., Алимов М.М. Возможности применения аппликационных гемостатиков в лапароскопической хирургии .....	93
Самарцев В.А., Гаврилов В.А., Попова М.В. Особенности холецистэктомии из единого лапароскопического доступа .....	94
Самарцев В.А., Ложкина Н.В., Белов В.К., Дьяченко М.И. Эндоскопическая хирургия резидуального холедохолитиаза .....	96
Самарцев В.А., Осокин А.С., Гаврилов В.А., Сидоренко А.Ю. Лапароскопические вмешательства в диагностике и лечении интраабдоминальных осложнений после операций на желчных путях и поджелудочной железе .....	97
Старостин С.А., Щелкин А.А., Шевелёв Е.Ю., Байрамов Э.Т. Опыт выполнения лапароскопической холецистэктомии в ГБУЗ НСО ГКБСМП № 2 г. Новосибирск .....	98
Степанова Ю.А., Андрейцева О.И., Ионкин Д.А., Шуракова А.Б., Королева А.А., Вишневецкий В.А. Динамический мониторинг состояния пациентов, перенесших оперативные вмешательства по поводу кистозной трансформации желчных протоков .....	99
Стяжкина С.Н., Леднева А.В., Ситников В.А., Климентов М.Н., Порываева Е.Л., Коробейников В.И., Рылова Н.В. Причины развития вентральных грыж после лапароскопических холецистэктомий и операций из минидоступа .....	101
Тарасов А.Н., Шестопапов С.С., Лаврентьев О.В., Ефремов А.П., Захаров В.О., Семинов В.О., Базанов А.В., Абдрашитов Р.Р. Характеристика осложнений лапароскопических операций .....	102

Тимербулатов В.М., Сагитов Р.Б., Гарипов Р.М., Тимербулатов Ш.В. Предоперационное планирование - главный этап в выборе хирургического вмешательства .....	104
Тимербулатов М.В., Сендерович Е.И., Зиганшин Т.М., Рахимов Р.Р. Лапароскопические операции в лечении острого панкреатита тяжелой степени .....	106
Устинов Г.Г., Шойхет Я.Н., Инговатова Г.М. Анализ интраоперационных повреждение внепеченочных желчных путей .....	108
Федоровский В.В. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите .....	109
Хаджибаев А.М., Алиджанов Ф.Б., Хаджибаев Ф.А., Махамадаминов А.Г. Особенности диагностики и хирургической тактики при холецисто-билиарных свищах..	111
Хаджибаев А.М., Алтыев Б.К., Хаджибаев Ф.А., Шукуров Б.И., Мирзакулов А.Г. Лапароскопия в диагностике и лечении внутрибрюшных осложнений после операций на желчевыводящих путях .....	112
Хаджибаев А.М., Хаджибаев Ф.А., Хашимов М.А., Тилемисов С.О. Миниинвазивные вмешательства в лечении повреждений и доброкачественных стриктур внепеченочных желчных протоков .....	114
Хаджибаев Ф.А., Баймурадов Ш.Э., Хашимов М.А., Эшмурадов А.Б. Осложнения эндоскопических чреспапиллярных вмешательств при лечении механической желтухи неопухолевого генеза .....	115
Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Асраров А.А., Холматов Ш.Т., Каримов М.Р. Способ лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите .....	117
Хатьков И.Е., Цвиркун В.В., Израилов Р.Е., Алиханов Р.Б., Андрианов А.В., Тютюнник П.С., Хисамов А.А. Лапароскопические вмешательства у пациентов с хроническим панкреатитом: особенности послеоперационного периода .....	118
Чевокин А.Ю., Гальперин Э.И. Хирургическое лечение «свежих» повреждений магистральных желчных протоков .....	119
Шамсиев А.М., Рахманов К.Э., Шамсиев Ж.А., Курбаниязов З.Б. Влияние химиотерапии на профилактику рецидива эхинококкоза печени .....	120

Шаповальянц С.Г., Будзинский С.А., Федоров Е.Д. Возможности транспапиллярных эндоскопических вмешательств в лечении «свежих» повреждений желчных протоков .....	123
Шестопалов С.С., Сарсенбаев Б.Х., Дорофеева Т.Е., Халилов Э.М., Иралимов А.Г. Хирургическая тактика при повреждениях и рубцовых стриктурах желчных протоков после холецистэктомии .....	124
Штофин С.Г., Сыдыгалиев Н.А.,Иванян К.Г. Непосредственные и отдаленные результаты постоянного стентирования желчных путей и билиодигестивных анастомозов при их рубцовых поражениях с использованием сверхэластичных стентов из никелида титана .....	126
Шуркалин Б.К., Кригер А.Г., Горский В.А., Фаллер А.П., Ованесян Э.Р. Осложнения лапароскопической холецистэктомии .....	128
Юрченко В.В., Сеницын А., Ныжник Л.М., Кузнецов Г.Л. Взаимное усиление эффекта при комбинированном воздействии механического агента и лазера с целью фрагментации конкрементов желчных протоков (результаты первых испытаний IN VITRO) .....	129

# ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ, ОСЛОЖНЕННЫМИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Абрамов Е.И.

ГБОУ ВПО Южно-уральский государственный медицинский университет, Челябинск,  
Россия

**Цель исследования:** оптимизация предоперационной подготовки больных с механической желтухой злокачественного генеза.

**Материалы и методы.** В период с 2009 по 2012 гг. в Челябинской областной клинической больнице проведено лечение 186 пациентов с механической желтухой злокачественного генеза. Лица трудоспособного возраста составили 67 (36%) человек. Среди заболевших отмечено незначительное преобладание женщин (94; 50,5%). На момент поступления 19 (10,2%) пациентов находились в тяжелом состоянии. По нозологическим формам больных распределили следующим образом: рак головки поджелудочной железы – 114, опухоль Клатскина – 21, рак общего желчного протока – 16, рак БДС – 13, рак желчного пузыря и метастатическое поражение печени - по 11 случаев. Операции выполнены 106 (57%) пациентам. В 84 (79,2% от всех оперированных) случаях применяли двухэтапную тактику хирургического лечения. Виды выполненных оперативных вмешательств: гепатикоеюностомия – 34, холецистоэнтероанастомоз – 25, панкреатодуоденальная резекция – 18, реканализация опухоли на сменном транспеченочном дренаже – 6, обходной гастроэнтероанастомоз – 1. В 22 (20,8%) случаях была применена одноэтапная тактика хирургического лечения. При этом выполняли следующие оперативные вмешательства: холецистоэнтероанастомоз – 8, гепатикоеюноанастомоз – 5, реканализация опухоли на сменных транспеченочных дренажах (СТПД) – 5, панкреатодуоденальная резекция – 1, гастроэнтеростомия и холецистостомия - 1, дренирование печеночных протоков после разобщение пузырно-ободочных свищей - 1, эксплоративная лапаротомия - 1. Оценивали уровень трансаминаз печени, уровень общего билирубина крови, уровень протеинемии, показатели азотистого обмена непосредственно перед оперативным вмешательством. Достоверность результатов оценивали с помощью U-теста Манна-Уитни при  $p \leq 0,05$ . Статистическая обработка выполнена с помощью пакета IBM SPSS Statistics v21.

**Результаты.** В 85% (90 операций) случаях оперативное пособие проводилось на фоне билирубинемии ниже 149 мкмоль/л, при этом 78 (86,7%) пациентам проводили предварительную декомпрессию билиарного тракта, а в 12 (13,3%) случаях больные поступили в клинику с допустимым уровнем общего билирубина крови. В данной группе отмечено 28,9% осложнений и 1 летальный исход, причем уровень осложнений сопоставим у

пациентов с разгрузкой билиарного тракта и без нее.(29,5% и 25%). В остальных 16 случаях операция проводилась на фоне гипербилирубинемии более 150 мкмоль/л, здесь отмечено 9 (56,3%) осложнений и 4 (25%) летальных исхода. Также отмечено, что проведение операции на фоне гипопроотеинемии (общий белок менее 60 г/л), ведет к резкому увеличению уровня летальности - 11,8% против 3,4% при нормальном уровне белка крови. При сравнении пациентов оперированных на фоне явлений почечной недостаточности и без нее выявлено увеличение летальности более чем в 10 раз - 25% и 2,1% соответственно. Причем уровень послеоперационных осложнений не изменяется (33,3% и 33%).

**Заключение.** Статистически установлено ( $p \leq 0,05$ ), что проведение операции на фоне гипербилирубинемии ниже 149 мкмоль/л сопровождается гораздо меньшим уровнем послеоперационных осложнений и летальности, в то же время не имеет значения, достигнут данный показатель путем предварительной декомпрессии или пациент поступил в клинику в таком состоянии. Также установлено, что проведение хирургического вмешательства на фоне гипопроотеинемии и явлений почечной недостаточности недопустимо, так как ведет к резкому увеличению летальности в послеоперационном периоде. В таких случаях в предоперационном периоде следует проводить обязательную нутритивную поддержку больных, в том числе парентеральное введение белковых препаратов и купирование явлений почечной недостаточности.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЕМ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

**Аскарлов П.А., Рахмонов К.Э., Давоатов С.С.**

**Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан**

Проанализированы результаты хирургического лечения 2247 больных, перенесших холецистэктомию в клинике СамМИ в период 2005 - 2015 гг., из них лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) произведена 1047 больным; минилапаротомную холецистэктомию (МХЭ) перенесли 896 пациентов; открытую холецистэктомию (ОХЭ) - 304 больных. С целью выявления желчеистечения использовали следующие методы исследования: УЗИ, КТ, фистулография, ЭРПХГ, лапароскопия. Для оценки тяжести желчеистечения использовали модифицированную классификацию L. Morgenstern (2006).

Желчеистечение в раннем послеоперационном периоде отмечали у 52 (2,31%) больных. У 22 больных отмечали наружное желчеистечение по дренажу брюшной полости, желчеистечение в брюшную полость - у 30. Повреждения желчных протоков были разделены на «малые» и «большие». Длительность желчеистечения колебалась от 1 до 16

суток. Дебит желчи также варьировал в широких пределах: от 30 до 900 мл/сут. У 7 пациентов источником желчеистечения были дополнительные протоки ложа желчного пузыря. Несостоятельность культи пузырного протока была обнаружена у 15 больных. В 14 случаях – ятрогенное повреждение МЖП (пристеночное краевое ранение, пересечение и иссечение холедоха). Таким образом, источник желчеистечения был диагностирован у 36 (69,23%) пациентов. У остальных 16 (30,67%) ввиду неосложненного течения желчеистечения и его быстрого прекращения на фоне проводимой консервативной терапии (12 больных) и дренирования билом под контролем УЗИ (4 больных) причины и источник желчеистечения не выявлены. Причинами желчеистечения у 6 больных явились трудности обработки культи пузырного протока, холедохолитиаз – у 5 больных, стеноз БДС – 2 больных, выпадение дренажа пузырного протока – 2 больных, острый панкреатит – 3 больных. В 14 случаях причиной явилось ятрогенное повреждение магистральных желчных протоков. У 4 больных во время лапароскопии причины желчеистечения не выявлено. Консервативное лечение проводилось 12 больным с неосложненным желчеистечением I степени. Пункция биломы под контролем УЗИ явилась эффективной у 4 из 5 пациентов. Релапароскопия произведена 29 больным. 9 больным с несостоятельностью культи пузырного протока произведено повторное клипирование. 2 больным со стенозом БДС и 2 больным с холедохолитиазом произвели ЭПСТ. 3 больным с острым панкреатитом и 2 больным, у которых отмечалось выпадение дренажа из культи пузырного протока произведена релапаротомия дренирование холедоха. 1 больному с краевым повреждением произведено эндобилиарное стентирование гепатикохоледоха. 13 больным (из 14), с повреждением МЖП, производили лапаротомию. 2 пациентам с краевым повреждением на проток наложены 2-3 шва (пролен 5/0) на дренаже Кера. У 11 больных выявлено пересечение и иссечение МЖП. При отсутствии перитонита операции выполнялись одноэтапно у 5 больных. При наличии перитонита операции выполнялись двухэтапно у 6 больных. Умерло 2 больных.

**Заключение.** Лечение послеоперационного желчеистечения следует начинать консервативно, ориентируясь на данные динамического ультразвукового исследования. При «малых» повреждениях, отсутствии перитонита, билиарной гипертензии целесообразно динамическое наблюдение. В случае определения ограниченного скопления желчи в подпеченочном пространстве считаем необходимо провести дренирование билом под контролем УЗИ. При появлении признаков перитонита необходимо проведение лапароскопии с целью определения источника желчеистечения и выполнения лечебных манипуляций. Сочетание желчеистечения с билиарной гипертензией требует выполнения рентгеноконтрастного исследования и последующей эндоскопической коррекции. При

«малых» повреждениях магистральных желчных протоков возможно проведение рентгенэндобиллиарных вмешательств. При «больших» повреждениях необходимо произвести лапаротомию.

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ПЕЧЕНИ**

**Ахаладзе Г.Г., Гребенкин Е.Н., Станоевич У.С., Гончаров С.В., Рагимов В.А.**

**ФГБУ Российский научный центр рентгенорадиологии Минздрава России, Москва,  
Россия**

Проанализированы результаты лечения 5 пациентов прооперированных в клинике в 2015-16 гг. В 3 случаях лапароскопические вмешательства выполняли по поводу метастазов колоректального рака, в 2 - по поводу эхинококкоза. В обоих случаях эхинококкоза выполняли эхинококкэктомии с капитонажем остаточной полости по Делбе. С целью предотвращения диссеминации, полость кисты предварительно пунктировали и заполняли 80% раствором глицерина. В одном случае выполнили эхинококкэктомию кисты 4а сегмента, без технических особенностей. В другом - переднюю стенку эхинококковой кисты 5 сегмента представляло ложе желчного пузыря, что потребовало симультантной холецистэктомии. Кроме того, в просвет кисты открывался желчный проток, при этом лапароскопический доступ позволил прецизионно ушить свищевое отверстие. Осложнений не отмечено. Таким образом, лапароскопический доступ позволяет выполнить безопасную эхинококкэктомию, даже в условиях осложненных кист. При этом обязательным условием является предварительная девитализация паразита.

Во всех случаях операций по поводу метастазов колоректального рака требовались комбинированные лапароскопические вмешательства. У одного больного выполнили лапароскопическую резекцию левого латерального сектора симультанно с низкой передней резекцией прямой кишки. Резекция печени осуществлялась при помощи моно и биполярной коагуляции. Кровопотеря составила 120 мл. Во 2-ом случае, пациентка с прогрессированием рака сигмовидной кишки после перенесенной операции по типу Гартмана. По поводу солитарного метастаза выполнена лапароскопическая сегментэктомия 4б, холецистэктомия, одномоментная реконструкция толстой кишки с наложением десцендоректоанастомоза. Диссекция паренхимы печени осуществлялась при помощи гармонического диссектора. Кровопотеря составила 50 мл. В 3-ем случае вмешательство по поводу прогрессирования рака прямой кишки с изолированным метастатическим поражением печени. Выполнена анатомическая сегментэктомия 8, холецистэктомия, лимфодиссекция гепатодуоденальной связки. С целью определения границы сегмента, под контролем интраоперационного УЗИ

размечена проекция правой и серединой печеночных вен и выявлена сосудисто-секреторная ножка 8 сегмента. Диссекция паренхимы печени осуществлялась при помощи гармонического скальпеля, кровопотеря составила 600 мл. Во всех случаях гладкое послеоперационное течение без осложнений.

**Заключение.** Лапароскопический доступ дает возможность выполнения достаточно сложных комбинированных вмешательств на печени, как при онкологических, так и при неонкологических заболеваниях. Несомненным преимуществом лапароскопических операций является щадящий доступ, что особенно актуально при необходимости симультанного вмешательства на верхнем и нижнем этаже брюшной полости. Лапароскопический доступ позволяет избежать большой лапаротомии и ограничиться дополнительной установкой одного, или нескольких троакаров. Такой подход значительно облегчает тяжесть состояния и улучшает самочувствие больного после операции.

## **ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИОННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ**

**Ахтанин Е.А., Берелавичус С.В., Горин Д.С., Смирнов А.В., Калдаров А.Р., Кригер А.Г.  
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия**

**Введение.** Послеоперационный панкреатит (ПП) является тяжелым осложнением, которое наиболее часто возникает после операций на поджелудочной железе (ПЖ). Определение факторов риска и профилактика этого осложнения является актуальной задачей, далекой от разрешения.

**Цель исследования:** выявить факторы риска развития ПП; определить эффективность профилактического применения препарата Лорноксикам после резекционных операций на ПЖ.

**Материалы и методы.** Ретроспективно проведен анализ лечения 112 пациентов после резекционных вмешательств на ПЖ в 2012г. Хирургические вмешательства выполнялись открытым доступом у 91 (81,3%) пациента, лапароскопически или робот-ассистированно – 21 (18,7%).

Онкологические заболевания – у 68 (60,7%) пациентов, хронический панкреатит – у 44 (39,3%) больных. Онкологические заболевания: рак головки ПЖ у 18 (16,1%), большого сосочка двенадцатиперстной кишки – у 11 (9,8%), терминального отдела холедоха - у 12 (10,7%), хвоста ПЖ – 6 (5,4%) больных; кистозные опухоли ПЖ были у 14 (12,5%) больных, нейроэндокринные опухоли ПЖ – у 7 (6,3%) пациентов. Объем оперативных вмешательств –



ПДР 48 (42,9%) случаев, проксимальные резекции ПЖ – 35 (31,3%) больных, срединная резекция ПЖ – 2 (1,8%) больных, дистальная резекция ПЖ – 26 (23,2%) пациентов, энуклеация опухоли тела ПЖ – 1 (0,9%) больной.

ПП развился у 75 (67%) пациентов. Изолированные наружные панкреатические свищи и аррозионные кровотечения в 31 (56,5%) и 5 (10%) случаях соответственно. Однако, у 19 (34,5%) больных на фоне панкреатического свища возникло аррозионное кровотечение.

Выполнено проспективное исследование профилактического применения лорноксикама у 95 пациентов, после резекций ПЖ в 2013 и 2014 гг..

Основная группа - 48 (50,5%) пациентов в послеоперационном периоде получали лорноксикам; контрольная группа – 47 (49,5%) пациентов не получали лорноксикам.

Онкологические заболевания были у 69 (72,6%), хронический панкреатит – у 26 (27,4%) пациентов. Открытым доступом оперировано 75 (78,9%) больных, миниинвазивным – 20 (21,1%).

Объём резекционных вмешательств на ПЖ включал: ПДР у 49 (51,6%) больных, проксимальные резекции ПЖ – 25 (26,3%) больных, дистальные резекции ПЖ – 13 (13,7%) пациентов, срединные резекции ПЖ – 4 (4,2%) пациента, энуклеация опухолей ПЖ – 4 (4,2%) пациента.

**Результаты.** Выделены факторы прогноза ПП: опухолевый характер заболевания ( $p=0,01$ ); «мягкая» консистенция паренхимы ПЖ ( $p=0,025$ ); индекс ППр не более 0,2 ( $p=0,001$ ); диаметр ППр менее 3 мм ( $p=0,001$ ); индекс массы тела более 27,0 кг/м<sup>2</sup> ( $p=0,02$ ); инфильтрация парапанкреатической клетчатки ( $p=0,02$ ).

В проспективном исследовании ПП развился у 50 пациентов (53%), в основной группе 15 (30%) пациентов, контрольной – 35 (70%) больных. Из 50 больных с ПП осложнения развились у 39 (78%) больных. Из них в основной группе – 10 (25,6%) больных, контрольной – 29 (74,4%) больных. Наружные панкреатические свищи (НПС) в основной группе наблюдались у 8 (80%) пациентов и у 2-х (20%) больных отмечено сочетание НПС и аррозионного кровотечения (АК). В группе сравнения наружные панкреатические свищи возникли у 20 (69%) пациентов, изолированное АК у 1 (3%) пациента и у 8 (28%) больных отмечено сочетание панкреатического свища с аррозионным кровотечением.

Средняя длительность госпитализации для пациентов основной группы составила 21,5±9,5 к/д, контрольной – 27±16,2 к/д. Средняя длительность послеоперационного периода для пациентов основной группы составила 13,8±7,3 к/д, а в группе сравнения – 18,6±14,6 к/д.

**Выводы.** Риск развития ПП выше у пациентов с ИМТ более 27,0 м<sup>2</sup>, с опухолевым поражением ПЖ, с неблагоприятными КТ критериями (дольчатая структура ПЖ, диаметр

ППр меньше 3мм и индексом ППр менее 0,2), инфильтрацией парапанкреатической клетчатки.

Полученные результаты демонстрируют возможность эффективного использования антимиediatorной терапии препаратом лорноксикам с целью профилактики развития ПП и его осложнений. Применение препарата уменьшает длительность нахождения пациента в стационаре и уменьшает послеоперационный койко-день.

## **К ИСТОРИИ ПЕРВЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В РОССИИ:**

### **ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ**

**Балалыкин А.С.**

**Филиал №4 ФГБУ «3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского» Минобороны России, Москва, Россия**

**Актуальность.** Напоминание «старикам» и, особенно, молодежи...

Исторические вехи.

1. Клиническое применение лапароскопии в 30-60 гг. (Аминев А.М. Орловский А.С., Елизаровский С.И., Орлов Г.А., Можайский Е.Д., Пантюшенко Т.А., Васильев Р.Х. и др.) создали предпосылки к обоснованию лапароскопии как эффективного метода диагностики хирургических и онкологических заболеваний и простейших лечебных вмешательств.

2. Работы И.И. Зарицкого (1968) стали краеугольным камнем, ознаменовавшим новую эпоху значения лапароскопии как диагностического метода при неясной картине «острого живота» и впервые показал возможность применения метода в неотложной хирургии.

3. 1970-75 гг. XX века – период зарождения мировой и современной эндоскопической хирургии: её основоположник И.Д. Прудков обосновал, разработал и внедрил в клинику операции органостомии с помощью простейших инструментов...! Ученики реализовали его идеи в научные работы. Операция холецистостомия заняла особое место в хирургии острых заболеваний панкреатобилиарной системы, а в сочетании с дренированием брюшной полости (1970) и чреспапиллярными операциями (1978) стала методом выбора при лечении острых сочетанных поражений желчного пузыря и желчных протоков и новообразований, осложненных желтухой и холангитом, и острого панкреатита и панкреатогенного перитонита (В.С. Савельев). Эти операции нашли применение и пропагандировались клиниками Ю.Е. Березова, Ю.М. Панцырева и др. В 80-е г. ими широко стали пользоваться хирурги всей России. Это был «золотой век» российской хирургической школы – новые принципы лечения острых хирургических заболеваний подручными инструментами...!

4. Новая эра хирургии – лапароскопическая наступила в России в 1991 г: в клиниках Б.В. Петровского и В.С. Савельева 15-19 марта состоялось историческое для нашей хирургии событие - презентация оборудования фирмы Шторц, о поставке которого представитель ее Клаус Шредер сообщил на выставке «Здравоохранение» в 1990 г. Профессор Гюнтер Фашинг с помощниками выполнили с видеотрансляциями 8 операций, а Ю.И. Галлингер и А.С. Балалыкин – по одной. Ранее, в январе-феврале Ю.И. Галлингер, дважды по поручению Б.В. Петровского побывавший на учебе в Германии, уже сделал несколько операций. Нам же пришлось опираться на многолетний опыт применения неотложной лапароскопии и видеозапись лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ). Первые сообщения о ЛХЭ состоялись на научном симпозиуме «Новые методы эндоскопической диагностики и лечения» в мае 1991 г. и его материалах: В.С. Савельев с коллегами сообщили о 6 успешных операциях. Так на 5 лет после Европы Россия получила оборудование и отпраздновала свою причастность к новому направлению в хирургии. Итоги двухлетнего клинического опыта операции ЛХЭ были подведены в 1993 г.: сначала на Конгрессе по лапароскопической хирургии в Российском научном центре хирургии, на котором впервые обсуждали проблемные вопросы ЛХЭ, в том числе неудачи и их профилактика, а затем на международной конференции хирургов Сибири и Дальнего Востока в Южно-Сахалинске, спонсированной фирмами «Лотон» и «МДИ АГ», также представившими лапароскопическое оборудование. А.С. Балалыкин и Н.В. Ташкиновна конференции впервые сообщили об одномоментном выполнении двух операций – холецистэктомии и ваготомии. Так обозначилось новое направление - возможность проведения сочетанных лапароскопических операций.

**Заключение.** 60-70-е годы – Золотой век Российской лапароскопии, характеризующийся изменением менталитета хирургов в сторону признания лапароскопии как эффективного метода диагностики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и выполнения простейшими инструментами оперативных вмешательств, равноценных хирургическим. И.Д. Прудков – основоположник мировой лапароскопической хирургии, которая с созданием нового оборудования стала в России с 1991 г. альтернативой традиционной хирургии.

## **ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ – БИЧ ОПЕРАЦИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

**Балалыкин А.С., Бирюков А.Ю., Курдо С.А., Гвоздик В.В., Муцуров Х.С.,  
Вербовский А.Н., Овсянников В.Н.**

**Филиал №4 ФГБУ «3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.  
Вишневского» Минобороны России, Москва, Россия**

**Кафедра хирургии ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет», Грозный,  
Россия**

**ГАУЗ Химкинская центральная клиническая больница, Химки, Россия**

**Центральная городская клиническая больница г. Реутов, Россия**

**Актуальность.** Частота повреждений желчных протоков (ПЖП) (0.3-3.0%) как основного и грозного осложнения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) превышает такую при открытом оперативном вмешательстве (0.1-0.8%) (Гальперин Э.И., 2003). Проблема осложнений ЛХЭ была впервые подчеркнута на первой конференции по итогам применения ЛХЭ в 1991 г. в Курске (Савельев В.С. с соавт.), международных конгрессах в Научном центре хирургии в 1993 г. (Балалыкин А.С. с соавт.) и 1996 г. (Галлингер Ю.И. с соавт.; Попов А.Ф. с соавт.). Она остаётся актуальной и в настоящее время, частота повреждений желчных протоков отмечена в пределах 0,3-0,9%.

Цель исследования: восполнить пробел в освещении осложнений операции ЛХЭ, имевшийся в течение нескольких десятилетий, и на материале нескольких учреждений показать принципы их учета, профилактики и тактики лечения, применявшиеся много лет.

**Материалы и методы.** С 1991 г. по настоящее время накоплен опыт более 5000 эндоскопических оперативных вмешательств, среди которых более 3000 операций составили ЛХЭ. Конверсия при операции ЛХЭ в разные периоды варьировала в пределах 0,8-1,9%, осложнения - 3,7-5,2%, послеоперационная летальность – 0,3-0,5%. Повреждения желчных протоков имели место у 6 (0,2%) больных, в том числе касательные - у 3 (0,1%), ожоги – у 1 (0,3%), пересечение – у 2 (0,07%) пациентов.

В 1993 г. нами было предложено все отрицательные результаты выполнения ЛХЭ классифицировать как неудачи, ошибки и осложнения. С целью тщательности учета и выбора рациональной тактики лечения применяли на практике следующую классификацию осложнений (в том числе повреждений внепечёночных желчных протоков) – наиболее грозного осложнения лапароскопической хирургии):

- 1 - опасность для жизни пациентов (опасные, неопасные);
- 2 - время проявления (ранние, поздние);

3 - характер клинического течения (желчеистечение внутреннее и наружное, перитонит и без перитонита, желтуха и без нее);

4 - тип повреждений (глубокая коагуляция ложа желчного пузыря (ветви правого печеночного протока); негерметичность шва (клиппа); касательное (ранение, электротравма); неполное нарушение проходимости ОЖП (частичное клипирование, перевязка); полное нарушение проходимости ОЖП без пересечения сегмента (клипирование, перевязка); полное пересечение ОЖП с иссечением сегмента;

5 - локализация (ложе желчного пузыря, правый печеночный проток, общий печеночный проток общий желчный проток, двенадцатиперстная кишка);

6 - время диагностики (интраоперационные, послеоперационные);

7 - вид лечения (внутрипросветные ретроградные и лапароскопические вмешательства, открытая хирургия).

Профилактика ПЖП это: хорошая визуализация элементов операционного поля, тщательность выполнения технических приемов, применение нестандартных способов оперирования в анатомически сложных ситуациях (открытая и неполная холецистэктомия с мукоклазией), использование гибкой эндоскопии, эндоУЗИ и т.д. При операционной диагностике ПЖП тактика и характер их коррекции определяются особенностями повреждений, возможностями хирурга и наличием оборудования и умением им пользоваться.

Тактика диагностики и лечения ПЖП в послеоперационном периоде определяется клиникой и нам представляется следующей:

при наружном желчеистечении по дренажу без перитонита и желтухи (16 пациентов из 3000 оперированных, 0,5%), обусловленных проблемами пузыря протока (прорезывание клиппами и их недостаточностью, но не повреждениями протоков) показаны диагностическое УЗИ, ЭРХГ и лечебные ЭПТ и, обязательно, стентирование или назобилиарное дренирование (ликвидация запирающей функции дуоденум !);

при касательных повреждениях и неполных окклюзиях правого, общего печёночного и общего желчного протока и желтухе первичные методы – чреспапиллярные вмешательства;

при желчном перитоните целесообразно выполнение лапароскопии;

при пересечении и полной окклюзии желчных протоков показано хирургическое лечение.

**Заключение.** Осложнения операции ЛХЭ, в частности, повреждения желчных протоков, были часты в 90-е годы, так как операцию выполняли врачи разных специальностей, овладевшие лапароскопическим оборудованием. Эта проблема в то время

мало обсуждалась. Однако, она актуальна и теперь, через 25 лет с момента внедрения ЛХЭ, ибо неудачи не минуют хирургов с разным опытом работы.

## **ОСЛОЖНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

**Бебуришвили А.Г., Зюбина Е.Н., Панин С.И.**

**Кафедра факультетской хирургии ГБОУВПО Волгоградский государственный  
медицинский университет Минздрава России, Волгоград, Россия**

В период с 1993 по 2015 годы в клинике факультетской хирургии ВолгГМУ было выполнено 13156 лапароскопических холецистэктомий. Для сравнительного анализа количества и характера интра и послеоперационных осложнений была произведена простая случайная выборка из 5000 клинических наблюдений. Выявлено, что 45% пациентов была прооперированы по поводу хронического холецистита, 34,5 % - по поводу острого простого (Grade I (Токийское соглашение, 2013) и осложненного (Grade II) холецистита, 17,7% оперативных вмешательств было выполнено у больных группы высокого операционно-наркозного риска (Grade III), 2,8% - по поводу перфоративного холецистита.

В лечении хронического калькулезного холецистита миниинвазивные методики оперирования были применены у 95% пациентов, лапаротомные операции - в 5% наблюдений. Степень внедрения миниинвазивных вмешательств при различных формах острого холецистита составила 79 %, (лапаротомные операции выполнены в 21%). При перфоративном холецистите миниинвазивные и лапаротомные операции были использованы в 49 % и 51 % случаях соответственно.

Анализ полученных данных не выявил статистически достоверных различий между количеством интраоперационных осложнений в ходе миниинвазивных и лапаротомных вмешательствах. При лапароскопических операциях ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков имели место в 0,15 % наблюдений, и по мере накопление опыта выполнения миниинвазивных вмешательств вероятность интраоперационной травмы желчных протоков снижается.

Изучение послеоперационных осложнений показало, что частота их встречаемости зависит от характера патологии желчного пузыря и используемой техники оперирования. У пациентов с хроническим холециститом, при использовании миниинвазивных методик, осложнения в послеоперационном периоде отмечены в 2,6 % наблюдений, лапаротомных - в 3,3 % (F критерий Фишера - 8,018,  $p < 0,05$ ). При остром простом и осложненном холецистите, после миниинвазивных вмешательств осложнения имели место в 6,6 %

случаев, после лапаротомных в 35 % (F-6,828, p<0,05), у пациентов группы риска - в 17,6 % и 35,7 % (F - 2,437, p<0,05) и больных с перфорацией желчного пузыря - в 29,4 % и 50 % (F - 2,496, p<0,05) случаев соответственно.

Более высокий процент осложнений при перфоративном холецистите обусловлен характером патологических изменений желчного пузыря и развитием периорганых осложнений, а у больных группы риска, исходной тяжестью состояния пациентов. Основное же преимущество миниинвазивных технологий заключается в снижении количества раневых осложнений.

Оценка уровня общей летальности показала её достоверное снижение на фоне использования миниинвазивных технологий. У больных с хроническим холециститом летальность после миниинвазивных вмешательств составила 0,2 %, после лапаротомных – 1,6 % (F - 6,358, p<0,05). При остром холецистите, в когорте больных оперированных с использованием миниинвазивных методик, летальность была в пределах 0,8 %, лапаротомных – 3,3 % (F - 4,011; p<0,05). Особенно заметно снижение цифр общей летальности в группе больных с высоким операционно-анестезиологическим риском: 2,5 % при использовании миниинвазивных технологий и 10 % в ходе применения лапаротомных вмешательств (F - 2,337, p<0,05). При перфоративном холецистите, по мере внедрения малотравматичных методик оперирования летальность снижается с 24 % до 16 % (F – 1,74, p<0,05).

**Заключение.** Проведенный анализ показывает вариабельность частоты встречаемости интра- и послеоперационных осложнений в зависимости от характера патологических изменений желчного пузыря. Внедрение в широкую клиническую практику малоинвазивных технологий позволяет уменьшить количество послеоперационных осложнений и уровень общей летальности у пациентов с различными формами воспаления желчного пузыря.

## **РЕЙТИНГОВЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ ХИРУРГИЧЕСКОЙ БРИГАДЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

**Беркинов У.Б., Хакимов М.Ш., Холматов Ш.Т., Каримов М.Р., Сахибоев Д.П.**

**Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан**

**Цель исследования:** разработка системы дифференцированного подхода к выбору хирургической бригады при выполнении лапароскопической холецистэктомии в зависимости от тяжести предстоящей операции.

**Результаты.** Была отмечена зависимость числа осложнений от опыта выполнения ЛХЭ и индивидуальных способностей хирурга. Так, выполнение первых 50 ЛХЭ сопровождалось

осложнениями у разных хирургов от 4% до 16%. Дальнейшее накопление опыта позволило некоторым хирургам снизить их до 2%, но при этом у отдельных хирургов число их составляло 10%. По этой причине мы стали выполнять ЛХЭ исходя из рейтинга хирурга.

В зависимости от тяжести выполнения операции были выделены «простые» ЛХЭ, ЛХЭ при водянке желчного пузыря, при эмпиеме желчного пузыря, при склероатрофическом желчном пузыре или остром холецистите.

Рейтинг хирурга рассчитывался исходя из количества конверсий, длительности операции, кровопотери, числа осложнений, повлиявших на дальнейшую судьбу больного, при выполнении каждого варианта ЛХЭ.

В результате проведенных статических исследований мы пришли к следующему заключению. Так до достижения рейтинга 50 баллов, хирург должен оперировать только «простые» ЛХЭ и при участии хирурга с рейтингом более 50. При возникновении трудностей в ходе выполнения данного варианта ЛХЭ, необходимо его продолжение хирургом с рейтингом более 50 и выше. Если такой хирург отсутствует, то, в дальнейшем, необходимо переходить на открытый метод операции.

Хирург, рейтинг которого от 50 до 100 может выполнять «простые» ЛХЭ при участии хирурга с меньшим рейтингом, а также водянку желчного пузыря, эмпиему желчного пузыря при участии хирурга с большим рейтингом. При возникновении трудностей в ходе выполнения ЛХЭ при данных вариантах, операция продолжается хирургом с рейтингом более 100, а при отсутствии такого хирурга осуществляется конверсия.

Хирург с рейтингом от 100 до 1000 может выполнять «простую» ЛХЭ, ЛХЭ при водянке желчного пузыря, эмпиеме желчного пузыря при участии хирурга с меньшим, чем у него рейтингом, а также ЛХЭ при склероатрофическом желчном пузыре, при стихающих явлениях острого холецистита при участии хирурга с рейтингом более 1000. При затруднительных ситуациях ЛХЭ продолжается хирургом с рейтингом более 1000. При отсутствии такого хирурга осуществляется конверсия.

И, наконец, хирург владеющий рейтингом более 1000 может выполнять все варианты ЛХЭ при участии хирурга с меньшим рейтингом, а при затруднительных ситуациях необходимо ее продолжение хирургом с более высоким рейтингом. При отсутствии такого хирурга осуществляется конверсия.

**Заключение.** Применяя данный рейтинговый подход при выполнении ЛХЭ, мы добились значительного снижения числа интраоперационных осложнений.



# СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Велигоцкий Н.Н., Арутюнов С.Э., Скалий Н.Н., Маслов С.П.

Кафедра торакоабдоминальной хирургии Харьковской академии последипломного образования, Харьков, Украина

В структуре осложненной желчнокаменной болезни (ЖКБ) наиболее часто выявляется холедохолитиаз (ХЛ) и стеноз большого дуоденального сосочка (БДС). Отмечается рост постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС), частота которого варьирует от 11 до 16%. В настоящее время на смену открытым оперативным вмешательствам при осложненной ЖКБ пришли лапароскопические и транспапиллярные эндоскопические вмешательства (ТЭВ). Вопросы диагностики и лечения осложненной ЖКБ требуют дальнейшего совершенствования.

**Цель исследования:** совершенствовать диагностику и лечение больных с осложненной ЖКБ с широким применением ТЭВ и видеолапароскопических вмешательств.

**Материалы и методы.** Представлены результаты лечения 501 больного с осложненной ЖКБ, которые находились на лечении в Харьковской клинической больнице скорой неотложной медицинской помощи. Применялись инструментальные методы диагностики: УЗИ, ЭРХПГ, интраоперационная холангиография, спиральная и магнитно-резонансная томография, импедансная спектроскопия, термометрия холедоха, морфология БДС, мониторинг давления в желчевыводящих путях.

Выполняли следующие ТЭВ: эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), эндоскопическая баллонная дилатация (ЭПД), механическая литотрипсия (МЛТ), вирсунготомия, назобилиарное дренирование, эндоскопическое стентирование.

**Результаты.** При обследовании ХЛ выявлен у 351 (70,1%) больного, стеноз БДСК - 68 (13,6%), их сочетание - у 82 (16,4%) больного. Механическая желтуха выявлена у 364 (72,7%), без желтухи-137 (27,3%). ПХЭС наблюдался у 173 больных: резидуальный ХЛ – у 94 (54,3%), рецидивный ХЛ - у 40 (23,1%), рестеноз БДСК - у 8 (4,6%), синдром слепого мешка – у 3 (1,7%), желчный свищ - у 12 (6,9%), тубулярный стеноз желчного протока на почве индуративного панкреатита - у 6 (3,5%), рефлюкс-холангит - у 10 (5,8%).

ЭПСТ выполнена 424 (84,6%) больным: субтотальная ЭПСТ – у 262 (61,8%), парциальная ЭПСТ – у 162 (38,2%). ЭПД произведена 72 (14,4%) пациентам с холедохолитиазом. Показаниями к выполнению дилатации явились: диаметр холедоха до 10 мм, конкременты до 10 мм, нарушения дуоденальной проходимости, отсутствие стеноза и дисфункции сфинктера Одди. У 84 (19,8%) больных с крупными конкрементами ЭПСТ сочеталась с МЛТ. При наличии синдрома слепого мешка 2 (0,5 %) больным выполнена

субтотальная ЭПСТ, 1 (0,2 %) -парциальная ЭПСТ. При наличии холедохолитиаза со стенозом вирсунгового протока 10 (2,4%) больным выполнялась ЭПСТ с вирсунготомией. У 58 (11,6%) больных с гнойным холангитом применено назобилиарное дренирование с ЭПСТ, которое оказалось эффективным в 45 (77,6%). У 5 больных с крупными конкрементами и холангитом, имеющих выраженную сопутствующую патологию, выполнено эндоскопическое стентирование.

У 320 (63,9 %) больных применение ТЭВ на первом этапе лечения позволило выполнить на втором этапе видеолaparоскопические вмешательства. У 44 (8,8 %) пациентов после выполненных видеолaparоскопических вмешательств на втором этапе лечения выполнены различные ТЭВ, которые оказались эффективными у 40 (90,9 %) больных.

Причинами повторных ТЭВ явились: кровотечение из папиллотомного разреза - у 4 (0,9%) больных, вклинение осколков конкрементов после МЛТ – у 4 (0,9%), повторные санации желчных путей при холангите – у 8 (1,9%) больных. После ТЭВ развились осложнения: острый панкреатит-у 15 (3,0%), панкреонекроз - у 4 (0,9%), кровотечение-у 5 (1,0%), ретродуоденальная перфорация- у 1 (0,2%), ретенноз БСДК - у 5 (1,0%), холангит и дуоденохоледохеальный рефлюкс- у 5 (1,0%), вклинение корзинки Dormia - у 2 (0,5%).

**Выводы.** 1. Предложенная тактика лечения с дифференцированным этапным подходом к выбору ТЭВ и лапароскопических вмешательств при осложненной ЖКБ позволяет уменьшить количество осложнений в периоперационном периоде.

2. Применение сфинктеросохраняющих ТЭВ (баллонная дилатация) позволяет выполнить санацию желчных протоков с сохранением сфинктера Одди.

## **КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Власов А.П., Катков С.В., Григорьев А.Г., Болотских В.А., Муратова Т.А.  
ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва», Саранск,  
Россия**

**Цель исследования:** оценка эффективности лапароскопической санации брюшной полости, применения антигипоксанта/антиоксиданта Ремаксолола и лазеротерапии в предупреждении прогрессирования острого панкреатита.

**Материалы и методы.** В основу работы положены клинико-лабораторные исследования больных острым панкреатитом, тяжесть состояния которых при поступлении в клинику по шкале Р.В. Вашетко с соавт. (2000) оценивали в  $2,53 \pm 0,25$  баллов (состояние больных без интенсивной терапии будет прогрессивно ухудшаться). В группе сравнения

(n=58) (ретроспективный анализ) больные получали стандартизированную терапию, при показаниях выполнялись различные лапаротомные вмешательства, в основной (n=24) – терапия дополнялась ежедневным внутривенным введением Ремаксолола (400,0 или 800,0) и лазеротерапией, при показаниях лапароскопические вмешательства. Применен аппарат «Матрикс» с использованием головки КЛЮЗ (излучение с длиной волны 635 нм, мощностью 2 мВт). Проводилось транскутанное лазерное облучение крови в проекции кубитальной вены в течение 15 минут с двух сторон.

Использовали лабораторно-инструментальные методы, позволяющие судить о клинических показателях общего состояния больного, выраженности интоксикационного синдрома, перекисного окисления липидов, фосфолипазной активности и активности антиоксидантных ферментов, микроциркуляции, гипоксии.

**Результаты.** У больных острым панкреатитом обеих групп при поступлении в клинику выявлены значительные нарушения расстройств гомеостаза, которые коррелировали с давностью и тяжестью патологического процесса. Регистрировались синдромы эндогенной интоксикации, липопероксидации, гипоксии. Отмечены достоверные изменения микроциркуляции. Установлено, что в ранние сроки на фоне терапии диагностированные расстройства гомеостаза в большинстве случаев уменьшались, явления панкреатита по клиническим и лабораторно-инструментальным данным – стихали. У 12 (20,1 %) больных отмечено прогрессирование острого панкреатита. Им выполнены хирургические вмешательства. Во время которых диагностированы явления панкреонекроза, развитие перитонита. В послеоперационном периоде у 4 (33,3 %) больных отмечено прогрессирование панкреонекроза с развитием фатальных осложнений.

Включение Ремаксолола и лазеротерапии в комплексное лечение больных острым панкреатитом приводило к улучшению клинико-лабораторных показателей. Однако у 4 (16,6 %) больных явления панкреатита прогрессировали, потребовалось выполнение хирургической операции. Применены различные варианты лапароскопических вмешательств. Отмечено существенно лучшее течение раннего послеоперационного периода, что выразилось не только в клинических данных, но и в исследованных показателях гомеостаза, особенно эндогенной интоксикации.

**Выводы.** Применение малотравматичных технологий, антиоксиданта Ремаксолола и лазеротерапии в лечении больных острым панкреатитом позволяет оптимизировать течение болезни, что является одним из важнейших факторов, предупреждающих ее прогрессирование и развитие фатальных осложнений.

## **ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ**

**Ворончихин В.В., Волков А.Н., Арсютов В.П., Оленин В.В., Катайкин А.Н., Олигер А.А.**

**АУ «Институт усовершенствования врачей», Чебоксары, Россия**

**БУ «Республиканская клиническая больница», Чебоксары, Россия**

**ФГБОУ ВПО Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,  
Чебоксары, Россия**

**Цель исследования:** оптимизация хирургической тактики и лечения у больных с ятрогенными повреждениями магистральных желчных протоков (ЖП) при лапароскопических операциях.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 34 пациентов с ятрогенными повреждениями магистральных желчных протоков при лапароскопических вмешательствах, в 9 лечебных учреждениях ЧР, за период с 2003 по 2015 г.г. Мужчин было – 3, женщин – 31. Возраст варьировал в пределах от 37 до 62 лет.

Согласно критериям классификации повреждений магистральных желчных протоков (Э.И. Гальперин, 2009), по характеру повреждения (Injury) – I: полное пересечение ЖП выявлено в 21 случае, иссечение ЖП в 3 случаях, парциальное (краевое, термическое, клипирование) повреждение ЖП, в 10 случаях.

По локализации (Localization) – L: внепеченочная локализация (+2) – 18 случаев, локализация (+1) – 13 случаев, внутripеченочная локализация (0) – 2 случая, локализация (-1) – 1 случай.

Хирург (Surgeon) - S: общий хирург (Surgeon) - S – 31 случай, специализированный хирург (Specialize Surgeon) - SS – 3 случая.

Основными проявлениями повреждения ЖП были: желчеистечение во время операции - 2, наружный желчный свищ - 3, биллома - 2, желчный перитонит - 3, механическая желтуха - 24.

**Результаты.** При повреждении I (пересечение, иссечение), локализации L (внутри- и внепеченочная), хирург (SS), выполнялась реконструктивная операция – прецизионный билиодигестивный анастомоз (БДА) – 3 операции. В 21 случае при подобной ситуации общий хирург (S) выполнял дренирование магистральных ЖП как первый этап. Вторые этапы (радикальная операция) выполнялись специализированным хирургом (SS) в течении первых 5 суток – 18 операций. В трех случаях операции были отсрочены на 2-3 месяца.

При парциальном повреждении I (краевое, термическое, клипирование), локализации L (внепеченочная), хирургами (S и SS) были выполнены 9 восстановительных операций на каркасном дренаже.

При парциальном повреждении I (краевое, термическое), локализации L (внутрипеченочная), хирургом (S) было выполнено подведение дренажа к месту повреждения. Второй этап (радикальная операция) выполнена специализированным хирургом (SS) в течении первых 5 суток.

Таким образом, выполнено 24 реконструктивных и 10 восстановительных операций. В 5 случаях в послеоперационном периоде сформировались рубцовые стриктуры ЖП, осложненные механической желтухой, что потребовало в дальнейшем оперативного вмешательства.

**Выводы.** При пересечении, иссечении ЖП внутри-, внепеченочной локализации L, реконструктивная операция должна выполняется специализированными хирургами (SS). Общие хирурги (S) в данной ситуации выполняют дренирование магистральных ЖП, как первый этап операции. Второй этап (радикальную операцию), следует выполнять специализированным хирургом (SS) через 3-5 дней. При парциальном повреждении ЖП (краевое, термическое, клипирование), внепеченочной локализации L, хирургами (S и SS) должна выполняться восстановительная операция на каркасном дренаже. При парциальном повреждении ЖП (краевое, термическое), внутрипеченочной локализации L, хирургами (S), необходимо подведение дренажа к месту повреждения. Второй этап (радикальная операция) должен выполняться специализированным хирургом (SS) в течении первых 5 суток.

## **ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

**Глухов А.А., Лейбельс В.Н., Боев С.Н., Лейбельс С.П., Андреев А.А.**

**ГБОУ ВПО Воронежский государственный медицинский университет им.**

**Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия**

Современные методы диагностики желчнокаменной болезни (ЖКБ), успехи миниинвазивной хирургии обусловили постоянный рост количества операций на желчевыводящих путях. В то же время, кажущаяся лёгкость излечения может внезапно обернуться тяжелейшей физической и психологической травмой для больного и трагедией для хирурга. Причина этой трагедии – повреждение желчных протоков при холецистэктомии.

**Цель исследования:** анализ причин и результатов лечения повреждений желчевыводящих протоков при лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ).

**Материалы и методы.** В клинике общей хирургии на базе 2-ой городской клинической больницы им. К. В. Федяевского за период с 2001 по 2015 год было выполнено

8245 холецистэктомий по поводу желчнокаменной болезни. Видеолапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) произведена 7576 пациентам, что составляет 92%.

Интраоперационное повреждение желчевыводящих протоков при выполнении ЛХЭ за это период произошло у 15 больных, что составило 0,2% от количества выполненных ЛХЭ.

Ретроспективный анализ позволил выявить основные причины повреждений: выраженные патологические изменения в зоне оперативного действия (воспалительный инфильтрат, синдром Мириizzi) – 12 случаев; у двух пациентов повреждение протока произошло в результате «опасных» действий при остановке кровотечения; у одной пациентки была отмечена сложная анатомия в области ворот печени; у 12 больных повреждение протока было выявлено во время операции, у одной пациентки – через 11 часов после операции отмечено обильное желчеистечение по дренажу; у 2 больных в послеоперационном периоде развилась желтуха и факт повреждения протока был установлен на 5–6 сутки.

Уровень повреждения протока был следующим (классификация Э. И. Гальперина, 2002 г.): +2 – у 12 пациентов, +1 – у 2-х, 0 – у одной больной.

12 пациентам, у которых повреждение протока было диагностировано во время операции, было выполнено наложение гепатикоюноанастомоза на отключённой по Ру петле кишки однорядным узловым швом проленом или викрилом 5-6/0. Из этих больных четырёх, у которых диаметр культы печёночного протока был менее 5 мм, был наложен гепатикоюноанастомоз на полууправляемом дренаже типа Фелькера. Дренажи удалены через 3–4 месяца после контрольной фистулографии. Пациентка, у которой повреждение протока было диагностировано через 11 часов, была срочно оперирована: наложен гепатикоюноанастомоз на отключенной по Ру петле.

Две пациентки с высоким повреждением печёночного протока (уровень +1 и 0) были направлены в Институт хирургии им. А. В. Вишневского, где им также были наложены гепатико- и бигепатикоюноанастомозы.

**Результаты.** Сроки наблюдения пациентов от 7 месяцев до 12 лет. 14 пациентов чувствуют себя удовлетворительно. Явлений холангита, желтухи нет. У одной больной через 2 года после операции на протоке диаметром 4 мм, был диагностирован камень в области анастомоза. Больная оперирована повторно, удалён камень и вновь наложен гепатикоюноанастомоз. Через 2 года после операции состояние больной удовлетворительное.

**Выводы.** Наложение гепатикоюноанастомоза на отключённой по Ру петле кишке следует считать операцией выбора при ятрогенном повреждении общего печёночного и желчного протоков.

При диаметре оставшейся культи печёночного протока менее 5 мм считаем целесообразным наложение анастомоза на дренаже типа Фелькера.

Выполнение реконструктивного этапа операции должно проводиться наиболее опытным хирургом, желательно не участвовавшим в этапе, приведшем к ятрогении.

## **МЕРЫ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ТРОАКАРНЫХ ГРЫЖ**

**Горский В.А., Агапов М.А.**

**Кафедра хирургии медико-биологического факультета ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова  
Минздрава России, Москва, Россия**

**Цель исследования:** на основании анализа причин сформулировать основные мероприятия предупреждения возникновения грыж после ЛХЭ.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты течения послеоперационного периода у 1712 больных, перенесших ЛХЭ за 5 лет. Исследование состояло из двух этапов. На первом этапе был выполнен ретроспективный анализ лечения 34 больных с послеоперационными вентральными грыжами, возникшими после ЛХЭ. 18 больным ЛХЭ были проведены в нашей клинике, 16 – в других лечебных учреждениях. В проспективном исследовании сделана попытка профилактики троакарных грыж.

**Результаты.** В ретроспективном исследовании для определения факторов достоверно влияющих на развитие послеоперационных грыж после ЛХЭ был выполнен статистический анализ связи признаков по непараметрическому методу Спирмена. Полученные данные позволили говорить о статистически достоверном влиянии на развитие грыж следующих факторов: 1) возраст больных старше 60 лет, 2) наличие ожирения I-III степени - индекс массы тела (ИМТ) 30-50 кг/м<sup>2</sup>, 3) функциональная недостаточность соединительной ткани, 4) нагноение операционной раны. Первые 3 фактора мы отнесли к неконтролируемым параметрам риска возникновения грыж.

В проспективном исследовании анализировали возможности профилактики нагноения послеоперационной раны и исследовали эффективность использования иглы для ушивания троакарных ран Endoclose. Антибиотикопрофилактику применили у 37 больных, которым была произведена ЛХЭ по поводу острого холецистита. Для этого использовали препарат амоксиклав, который вводился внутривенно в дозе 1,2 г перед операцией и в первые сутки послеоперационного периода. В группу сравнения вошли 40 больных, которым проводили антибактериальную терапию цефалоспорины III поколения в течении 7 суток в/м, в сочетании с метронидозолом в/в в течении 3-х суток. В основной группе у одного больного

сформировался инфильтрат в области ложа желчного пузыря. В группе сравнения инфильтрат в области ложа желчного пузыря выявлен у 2-х больных, абсцесс подпеченочного пространства - у 1 больного, нагноение послеоперационной раны отмечено у 1 больного.

Для оценки эффективности методики с использованием иглы Endoclose было проведено стратифицированное рандомизированное исследование. В исследовании представлены две группы пациентов по 50 человек в каждой. В основной группе ушивание троакарной раны производилось при помощи иглы Endoclose, в группе сравнения использовался ручной способ закрытия раны. Все пациенты обеих групп были старше 60 лет. В основной группе средний ИМТ составил  $35,1 \pm 3,7$ , в группе сравнения средний ИМТ -  $34,3 \pm 3,5$ . Кроме того, все пациенты обеих групп имели один или несколько косвенных признаков, свидетельствующих о наличии недостаточности соединительной ткани. Таким образом, у всех пациентов представленных групп имелись основные неконтролируемые факторы возникновения грыж в послеоперационном периоде. В группе сравнения грыжи сформировались у 10% пациентов, в то время как в основной группе случаев образования грыж не отмечено.

**Заключение.** Из выявленных при анализе факторов, лишь состояние послеоперационной раны и способ ее ушивания являются контролируемыми. Поэтому мероприятия по профилактики образования грыж после ЛХЭ были направлены именно на эту группу факторов.

Проведение антибиотикопрофилактики у больных с деструктивными формами холецистита позволило снизить количество инфекционных осложнений не только со стороны послеоперационной раны, но и в зоне оперативного приема.

Анализ эффективности методики применения иглы Endoclose по сравнению с ручным способом закрытия апоневроза показал, что данная методика позволяет добиться достоверного снижения частоты риска образования послеоперационной грыжи после ЛХЭ.

## **УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ СПОСОБ РЕГЕНЕРАЦИИ ПЛАЗМЫ В ЛЕЧЕНИИ ЭНДОТОКСИКОЗА ПРИ ГНОЙНОМ ХОЛАНГИТЕ**

**Давлатов С.С.**

**Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан**

**Введение.** Гнойный холангит - это одно из наиболее частых и тяжелых осложнений доброкачественных и злокачественных заболеваний желчных путей. Острый гнойный холангит и билиарный сепсис - это разные проявления инфекционно-воспалительного



процесса, который протекает местно и системно. Воспалительный процесс в желчевыводящих путях характеризуется не только местным гнойно-деструктивным процессом, но и системными расстройствами, быстро приводящими к тяжелой эндогенной интоксикации и выраженной органной дисфункции. Такое состояние чаще всего рассматривается как холангит, тяжесть морфологических и клинических проявлений которого весьма разнообразна. В хирургическом лечении холангита, достигнуты значительные успехи, связанные с внедрением современных миниинвазивных вмешательств, однако имеется и ряд нерешенных проблем. Одной из них является холемический эндотоксикоз, сопровождающийся повышением в плазме крови уровня метаболитов. Послеоперационная летальность колеблется в широких пределах и составляет от 8 до 27%. Исходя из того, что основной причиной летальности является эндотоксемия, естественно возникает вопрос о детоксикационной терапии. Плазмаферез, является, наиболее исследованным методом адьювантной терапии. При убедительных доказательствах эффективности плазмафереза при гнойном холангите необходимы дальнейшие исследования по повышению его эффективности за счет уменьшения объема плазмозамещения и возможности реинфузии больным очищенной плазмы.

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения больных гнойным холангитом и билиарным сепсисом с использованием усовершенствованного метода дискретного плазмафереза.

**Материалы и методы.** Исследование проводили на базе клиники Самаркандского медицинского института. Основу исследования составили 217 больных механической желтухой доброкачественного генеза осложненным гнойным холангитом. Наиболее частыми причинами холангита являлись холедохолитиаз - 64%. Также причинами холангита явились острый панкреатит 9,7%, прорыв эхинококковых кист в холедохах 8,3%, стриктура терминального отдела холедоха 5,5%, стриктура большого дуоденального соска 5,5%. Оценку степени тяжести холемического эндотоксикоза определяли по шкале С.Ф. Багненко (2009), включающий 4 степени тяжести, в которой за основу взяты признаки желчной гипертензии, признаки системной воспалительной реакции и органная дисфункция. У 53 больных с холемическим эндотоксикозом III - IV степени применяли плазмаферез, после предварительной миниинвазивной декомпрессии желчевыводящих путей. После улучшения состояния больных и нормализации показателей крови производили оперативное лечение. 27 больным плазмаферез сочетали с непрямой электрохимической детоксикацией плазмы гипохлоритом натрия, 26 с дополнительным озонированием плазмы и последующей реинфузией детоксицированной плазмы. Число сеансов плазмафереза от 1 до 3 (всего 103 сеанса). Отказ от реинфузий плазмы вследствие неадекватности детоксикации были в 3

случаях (методические и лабораторные погрешности). В остальных случаях реинфузия обеспечила на 85-90% восполнение общей циркулирующей плазмы аутобелковыми компонентами при малых объемах (600-800 мл) плазмафереза. Дополнительно при этом трансфузировали свежемороженную плазму (1доза от одного донора) и альбумин 10% 100-150 мл, а также раствор инфукола 6% - 500,0 и кристаллоиды. Осложнения при проведении сеансов плазмафереза наблюдались в 7 случаях и были купированы адекватной терапией. Противопоказаний к трансфузии адекватно детоксицированной аутоплазмы не установлено.

**Выводы.** Экстракорпоральная НЭХО плазмы и предложенный нами способ плазмафереза с дополнительным озонированием плазмы является высокоэффективным методом предоперационной подготовки у больных с тяжелой степенью холемического эндотоксикоза на фоне механической желтухи, тем самым значительно расширить показания к оперативному лечению. В целом, способ является дешевым и эффективным, позволяет детоксицировать плазму больных, до минимума сократить потребность в донорских белковых препаратах, снизить риск возможных иммунных реакций, риск инфицирования пациента вирусами гепатитов В и С, вирусом иммунодефицита человека, цитомегаловирусом, вирусом герпеса.

## **ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ**

**Дарвин В.В., Краснов Е.А., Лысак М.М., Васильев В.В., Онищенко С.В.**

**БУ ВО ХМАО-Югры Сургутский государственный университет, Сургут, Россия**

**БУ ХМАО-Югры Сургутская Областная клиническая больница, Сургут, Россия**

**Цель исследования:** проанализировать собственный опыт результатов лечения интраоперационных повреждений внепеченочных желчных путей (ВПЖП) и определить оптимальные пути профилактики повреждений и улучшения результатов лечения

**Материалы и методы.** Проведен анализ 10834 холецистэктомий, из них лапаротомным доступом – 1150 (10,6%), из мини-доступа – 3251 (30,0%), видеолaparоскопически с использованием двухмерной видеосистемы – 5642 (52,1%), лапароскопически с применением видеосистемы объемного эндоскопирования «EndoSite 3Di Digital Vision System» - 791 (7,3%). По поводу острого холецистита оперировано 3772 (36,7%) больных, хронического – 7062 (63,3%). Интраоперационные повреждения ВПЖП имели место у 26 (0,24%) оперированных: полное повреждение - у 22, частичное – у 4. Частота повреждений в зависимости от доступа: при традиционной холецистэктомии – у 2 (0,17%), при лапароскопической (двухмерная) – у 19 (0,34%), из мини-доступа – у 5 (0,15%).

Интраоперационных повреждений ВПЖП при применении трехмерной технологии не отмечено. При операции по поводу острого холецистита частота повреждений – 0,29%, хронического – 0,21%. Интраоперационно повреждение диагностировано у 5 больных (19,2%), в послеоперационном периоде – у 21 (80,8%). Мы также имеем опыт лечения еще 20 больных с посттравматическими стриктурами, переведенными для лечения из иных ЛПУ. По анатомической локализации в билиарном дереве: T1 – 13 (28,3%), T2 – 26 (56,5%), T3 – 5 (10,9%), T4 – 2 (4,3%). При интраоперационной диагностике повреждений у 1 больного было частичное повреждение, полное - у 4. При частичном повреждении выполнено ушивание дефекта и холедохостомия; при полном повреждении: у 1 - гепатикохоледохоеюноанастомоз (ГХЕА) на сменном транспеченочном каркасном дренаже (СТКД), у 2 – ГХЕА без СТКД и у 1 – билиобилиарный анастомоз. Диагностический алгоритм включал клинико-лабораторные данные, УЗИ (100%), холецистулография (12,2%), ЧЧХГ с холангиостомией (48,7%), ЭРХПГ (53,7%) с трансдуоденальным стентированием у 3 (14,3%), КТ (46,3%), МР-ХПГ (39,0%). Окончательно характеристику стриктуры устанавливали интраоперационно. 38 пациентов из этой группы оперированы. У 3 больных (7,9%) выполнена резекция стриктуры с формированием гепатикохоледохо-еюноанастомоза без СТКД; у 1 (2,6%) – билиобилиарный анастомоз (без СТКД); гепатикоюноностомия на СТКД по Сейпол – Куриан – у 21 больных (55,3%), гепатикодуоденостомия на СТКД по Прайдери – Смит – у 10 (26,3%), бигепатикоюноностомия на СТКД – у 3 (7,9%). С целью профилактики осложнений нами разработана методика дополнительной герметизации СТКД пластиной ТахоКомб. В реконструктивно-восстановительной хирургии ВПЖП мы используем атравматические нити с АБ покрытием.

**Результаты.** Ранний послеоперационный период протекал без осложнений у 30 (69,8%) больных. У 13 (30,2%) больных имели место послеоперационные осложнения: острая печеночная недостаточность – у 3, кровотечение в просвет дренажа – у 2, околопеченочные абсцессы – у 2, несостоятельность анастомоза – у 1, ранняя СКН – у 1, нагноение послеоперационной раны – у 4. Релапаротомии выполнены у 3. В послеоперационном периоде умер 1 (2,3%) больной. При изучении отдаленных результатов хорошие и удовлетворительные результаты получены у 84,4%.

**Выводы.** 1. Соблюдение принципов «критического взгляда безопасности» является эффективной мерой профилактики интраоперационных повреждений внепеченочных желчных путей.

2. Цифровая хирургическая видеосистема объемного эндоскопирования обеспечивает точную пространственную ориентацию; трехмерное видение позволяет обеспечить беспрепятственное обнаружение важных органов и анатомических структур, что помогает

улучшить точность при манипуляциях и значительно снизить риск интраоперационного повреждения внепеченочных желчных путей и кровеносных сосудов.

3. Коррекция интраоперационного повреждения ВПЖП требует выполнения сложных реконструктивно-восстановительных операций и должна выполняться хирургами, имеющими большой опыт работы в гепатобилиарной хирургии; при этом необходимо использование всех современных хирургических технологий, что обеспечивает хорошие и удовлетворительные отдаленные результаты у 84,4%.

## **РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЕ ФОРМИРОВАНИЕ ГЕПАТИКОЕЮНОАНАСТОМОЗА ПРИ РУБЦОВОЙ СТРИКТУРЕ ОБЩЕГО ПЕЧЕНОЧНОГО ПРОТОКА**

**Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б., Цвиркун В.В., Казаков И.В., Мелехина О.В., Ким П.П.,  
Ванькович А.Н.**

**ГБУЗ Московский клинический научный центр ДЗ г. Москвы, Россия**

**Актуальность.** Частота травмы желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии составляет 0.4-0.7%. Как правило, корригирующие операции выполняются из открытого доступа, что повышает травматичность лечения пациента на фоне уже возникшего осложнения.

**Цель исследования:** демонстрация наблюдения успешного робот-ассистированного формирования гепатикоеюноанастомоза при рубцовой стриктуре общего печеночного протока.

**Материалы и методы.** Представлено видео робот-ассистированной операции у женщины 55 лет, перенесшей лапароскопическую холецистэктомию за 3 мес. до реконструктивной операции. Холецистэктомия осложнилась клипированием (иссечением?) общего желчного протока. Осложнение манифестировало механической желтухой на 2-е сутки после операции с максимальным повышением уровня билирубина до 114 мкмоль/л. При МР-холангиографии выявлено протяженное выпадение МР-сигнала на уровне общего печеночного протока и части холедоха. Выполнена чрескожная чреспеченочная наружная холангиостомия, при которой выявлен полный блок на уровне конfluence долевых печеночных протоков (стриктура «0» по Э.И. Гальперину). Попытка проведения проводника ниже уровне блока безуспешна. Желтуха разрешилась. Оперирована в плановом порядке 04.02.16. Выполнено робот-ассистированное формирование гепатикоеюноанастомоза.

**Результаты.** На лапароскопическом этапе операции выполнено разделение сращений в подпеченочном пространстве, выделение области конfluence, низведение воротной пластинки, мобилизация, пересечение и позадибодочное проведение к воротам печени

петли тощей кишки, отключенной по Ру, формирование межкишечного аппаратного анастомоза. При помощи роботизированного комплекса Da Vinci выполнено вскрытие желчных протоков в области конfluence, выполнен прием Нерр-Сюинауд, сформирован позадибодочный гепатикоюноанастомоз шириной 23 мм, однорядным непрерывным швом. Длина отключенной по Ру петли тощей кишки – 70 см. Длительность операции – 364 мин. Кровопотери не было. Неосложненное течение послеоперационного периода. Выписана на 8-е сутки после операции.

**Заключение.** Применение малоинвазивной хирургии с привлечением роботических технологий представляется перспективным для выполнения реконструктивных операций по поводу рубцовых стриктур после перенесенной травмы проксимальных внепеченочных желчных протоков. Необходима оценка отдаленных результатов для определения показаний к этому виду малоинвазивных реконструктивных операций.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ НЕПАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ**

**Заривчацкий М.Ф., Каменских Е.Д., Мугатаров И.Н., Сметанин Д.В., Поспелов В.В.**

**ГБОУ ВПО Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А.**

**Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия**

Распространённость непаразитарных кист печени (НКП) составляет до 11,8% от числа всех пациентов с очаговыми заболеваниями печени и достигает 5% в целом по популяции (Garcea G., 2012). По данным аутопсии, непаразитарные кисты печени обнаруживаются в 1,5-2,5% случаев, причем у женщин в 4-5 раз чаще, чем у мужчин.

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения больных с НКП, а также определение оптимального метода лечения в зависимости от сопутствующей патологии, сроков госпитализации, количества рецидивов и полученных осложнений в послеоперационном периоде.

**Материалы и методы.** Анализу подвергнут опыт комплексного обследования и лечения 240 пациентов с НКП в 1999-2015 гг. Больные разделены на 3 группы: 1 группу составили 62 пациента, которым были выполнены открытые операции (фенестрация кист с обработкой оставшейся эпителиальной выстилки 96% этанолом, диатермокоагуляцией или криодеструкцией, гемигепатэктомия, атипичная резекция печени), 95 больным 2 группы применены лапароскопические технологии (фенестрация кист с деэпителизацией внутренней выстилки диатермокоагуляцией и обработкой 96% этанолом, наружное дренирование, энуклеация кист и краевая резекция печени); 83 пациентам 3 группы выполняли чрескожную

пункцию и склерозирование кист печени 96% этанолом под ультразвуковым контролем. Диагноз основного заболевания подтвержден гистологическими исследованиями. В соответствии с классификацией А.А. Шалимова диагноз солитарных кист печени поставлен 103 (42,9%) пациентам, множественных кист – 45 (18,8%). В 92 (38,3%) наблюдениях выявлена поликистозная болезнь печени (ПКБП). В исследовании преобладали женщины - 209 (87,1%) - в возрасте от 16 до 91 года (средний возраст  $57,2 \pm 11,9$  лет). Диаметр кист варьировал от 5 до 23 см. Эффективность примененных хирургических способов лечения оценивали по количеству и характеру послеоперационных осложнений, числу рецидивов и продолжительности пребывания больных в специализированном отделении.

**Результаты.** Послеоперационные осложнения в 1-й группе отмечены у 14 (22,6%) больных, что увеличило срок стационарного лечения и сопровождалось существенными экономическими потерями. Среди осложнений выявлены: формирование гематом в зоне резекции печени (3 пациента), нагноение послеоперационной раны (3 пациента), пневмония (2 пациента), образование подпеченочного (2 пациента) и поддиафрагмального абсцессов (2 пациента), желчного свища (1 пациент), кровотечение в раннем послеоперационном периоде (1 пациент). Для ликвидации гематомы в зоне резекции печени применяли пункцию и дренирование полости под ультразвуковым контролем. Во 2 группе пациентов рецидив кисты, потребовавший чрескожной пункции и склерозирования 96% этанолом, выявлен в 9 (9,5%) наблюдениях через 5-12 месяцев после операции, при этом 2 из них оперированы по поводу ПКБП. В одном случае (1,1%) в послеоперационном периоде диагностирован токсический гепатит, что потребовало проведение консервативной гепатопротективной терапии, у 2 (2,1%) женщин с солитарными кистами правой доли печени в послеоперационном периоде был диагностирован асцитический синдром, у 1 (1,1%) больной с ПКБП отмечено нагноение раны брюшной стенки в месте выхода дренажа. У 6 (7,2%) больных 3-й группы после пункции и введения этанола отмечены кратковременный болевой синдром и гипертермия. Полная облитерация кист в 3 группе достигнута у 37 (44,6%) пациентов, а у 9 (10,8%) — при отсутствии жалоб сохранялись кисты небольшого объема, что позволило сделать заключение о достигнутом клиническом эффекте. Сроки пребывания в стационаре больных 1-й группы составил  $14,7 \pm 5,5$  суток, 2-й группы -  $7,1 \pm 3,8$  суток, 3-й -  $4,6 \pm 2,7$  суток.

**Выводы.** Больные НКП диаметром до 50 мм без признаков сдавления соседних органов и нарушения основных функций печени подлежат динамическому наблюдению каждые 8-12 мес. При кистах более 50 мм показана активная лечебная тактика для предупреждения и ликвидации осложнений. Учитывая доброкачественный характер НКП, малую вероятность их малигнизации и нарушения функции печени, предпочтение следует

отдавать миниинвазивным технологиям (лапароскопические, пункционные), по эффективности не уступающим открытым операциям, но сопровождающимся меньшим количеством осложнений, а также меньшему сроку госпитализации.

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

**Ибадильдин А.С., Човдурбаев А.Ж., Маруфов А.Я., Жуловчинов М.М.**

**Кафедра хирургические болезни №2 Казахского Национального медицинского университета им. Асфендиярова, Алматы, Казахстан**

Увеличение числа больных с эхинококкозом печени в условиях мегаполиса, особенно среди лиц молодого и среднего возраста свидетельствует об актуальности проблемы.

**Цель исследования:** обобщить опыт хирургического лечения эхинококкоза печени у лиц молодого возраста; оценить ценность лучевой и лабораторной диагностики, методов хирургического доступа в зависимости от анатомической локализации паразитарной кисты.

**Материалы и методы.** В клинике оперировано 52 больных с эхинококкозом, поражение печени было у 39 (75%), симультанное поражение печени и легкого 2(3,9%). Возраст 17-50 лет. Поражение правой доли печени у 53%, левой доли у 39,1%, первично множественное поражение обеих долей у 7,3% больных. Размеры паразитарных кист варьировали в пределах от 1,5 до 21,5 см в диаметре. Осложнения со стороны паразитарной кисты было диагностировано до операции у 4(9,7%), в т.ч. нагноение кисты у 3, разрыв «живой» кисты с прорывом в свободную брюшную полость в одном случае. В диагностике эхинококкоза печени, определения сегментарного расположения, соотношения с сосудисто-секреторными структурами, выборе оперативного доступа используем УЗИ данные, лабораторные данные - полимеразная цепная реакция. В связи с анатомическим расположением кист печени избран доступ торакофренолапаротомия по Куино у 25 (6,1%), верхнее-срединная лапаротомия – 14 (34,1%), доступ по Федорову – 2 (4,9%). Идеальную эхинококкэктомия с тотальной перицистэктомией удалось выполнить у 4 (9, 7%), сегментарную резекцию печени с кистой в одном случае, у остальных больных выполнена эхинококкэктомия с частичной перицистэктомией. Аппарат Sanoca-400 в хирургии эхинококкоза печени использован у 5(12,2%) больных с хорошими результатами.

**Результаты.** У 36 (87,8%) больных эхинококкоз печени имел минимальные клинические проявления, лишь у 5 (12, 2%) , с осложнениями, клиника манифестировалась ярко. Осложнения после операции были у 3 (7,3%) больных, купированы консервативно у 2, у одного вскрыт поддиафрагмальный абсцесс справа по Мельникову. Применение аппарата

Sanoca -400 позволило выполнить эхинококкэктомии с перицистэктомией без кровопотери и осложнений после операции.

**Заключение.** Среди жителей мегаполиса у лиц молодого возраста имеется негативная тенденция увеличения паразитарного поражения печени, что требует усиления санитарно-эпидемиологического режима, ветеринарного контроля, систематического УЗИ мониторинга в группах риска. Использование торакофрено-лапаротомии по Куино при эхинококкозе печени не привело к увеличению числа осложнений после операции. Перспективным является применение Sanoca -400 в хирургии паразитарных поражений печени.

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА**

**Исаев Г.Б., Ахвердиев Б.Д.**

**Научный Центр хирургии им. М.А. Топчубашова, Баку, Азербайджан**

Желчно-каменная болезнь (ЖКБ) довольно распространенная патология. «Золотым стандартом» в лечении ЖКБ считается лапароскопический метод холецистэктомии. В послеоперационном периоде от 10 до 30% у всех оперированных наблюдается постхолецистэктомический синдром (ПХЭС). Среди многочисленных причин, приводящих к развитию ПХЭС, особое место отводится несвоевременной диагностике и хирургической коррекции рефлюкс-эзофагита (РЭ). По данным литературы среди больных с ХКХ рефлюкс-эзофагит различной тяжести встречаются 5-8,5% случаях. Наиболее широко применяемый метод лечения РЭ терапевтический. Однако этот метод требует длительного лечения и после ее прекращения наблюдается быстрый рецидив заболевания. В последние годы наряду с видеолaparоскопической холецистэктомией, выполняются эффективные корригирующие вмешательства, одновременно при рефлюксэзофагите. Основным принципом хирургического лечения РЭ заключается в ликвидации причин его развития.

**Цель исследования:** оценить результаты одновременной хирургической коррекции РЭ при лапароскопической холецистэктомии у больных ХКХ.

**Материалы и методы.** За период с 2012 года по настоящее время обследовано и оперировано 25 больных ХКХ+РЭ в возрасте от 22 до 65 лет. Женщин было 21, мужчин - 4. При лапароскопической холецистэктомии по поводу ХКХ у 25 из указанных 75 больных с РЭ (основная группа) нами одновременно выполнена хирургическая коррекция РЭ. Выбор метода и объема хирургической коррекции РЭ при ЖКБ, основывался на результатах



специальных методов исследования (24-часовой рН-метрии, ЭЭГ, ЭГГ, манометрии пищевода, желудка и ДПК, а также рентгенологических данных). Кроме этого, на выбор методов и объема операции влияют характер осложнений ЖКБ, сопутствующие заболевания, возраст пациентов. При сочетании ЖКБ и РЭ во всех случаях операцию начинали с выполнения антирефлюксных вмешательств, после чего проводили холецистэктомию с вмешательствами на внепеченочных желчных протоках по показаниям.

Всем пациентам выполнена лапароскопическая модифицированная методика фундопликации Ниссена предусматривающей хирургической коррекции недостаточности кардии путем двусторонней крурофундоэзофаграфии.

**Результаты.** В послеоперационном периоде у 23 больных исчезли симптомы и проявления РЭ. У 2-х больных продолжались умеренные явления РЭ которые прошли на фоне консервативной терапии. При проведении симультанных операций осложнений не наблюдалось. Летальных исходов не было.

**Выводы.** Результаты проведенных одновременно лапароскопических холецистэктомий и антирефлюксных операций свидетельствуют об их высокой клинической эффективности с обеспечением адекватной радикальности при минимальной инвазивности вмешательства.

Данная технология позволяет без дополнительного расширения доступа успешно выполнить одномоментную холецистэктомию и устранения причин РЭ.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НОВОГО ИМПЛАНТАТА «ГЕПРОЦЕЛ» В УСЛОВИЯХ IN VITRO**

**Исмаилов Б.А., Садыков Р.А., Хайбулина З.Р., Алимов М.М.**

**АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова»,  
Ташкент, Узбекистан**

В абдоминальной хирургии, в частности хирургии паренхиматозных органов, наиболее актуальным остается вопрос гемостаза и предупреждения послеоперационных осложнений. Применение местных гемостатических средств – имплантатов из биоразлагаемого полимера имеет важную роль в хирургии при капиллярно–паренхиматозном кровотечениях.

Представляется перспективным использование гемостатического имплантата на основе биоразлагаемого неактивного полимера, которая обладает доказанной биоинертностью.

**Цель исследования:** изучение гемостатического эффекта нового гемостатического имплантата Гепроцел на основе производных целлюлозы.

**Материалы и методы.** Материалом для исследования послужили новый гемостатический имплантат – Гепроцел разработанный Нами, совместно с Научно –

исследовательским центром химии и физики полимеров при национальном университете Узбекистан и окисленная целлюлоза (ОЦ) местного назначения. Оценка гемостатической активности проводилась в условиях «in vitro» с использованием крови здоровых доноров. Параметры гемостаза в крови доноров определяли согласно современной номенклатуре методов лабораторной диагностики, используя глобальные (скрининговые) методы, включавшие подсчет количества тромбоцитов, активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), протромбинового времени (ПВ), концентрации фибриногена, а также время свертывания крови (ВСК) по Ли-Уайту. Для определения АЧТВ, ПВ использовали цитратную, бедную тромбоцитами донорскую плазму. Кровь забирали натощак в пластиковую пробирку, содержащую 3,8% раствор цитрата натрия трехзамещенного в соотношении 9:1, центрифугировали при 3000 об/мин в течение 15 минут. Непосредственно после центрифугирования отбирали плазму для исследования. При исследовании ВСК в присутствии Гепроцел «in vitro» в пробирку с 1 мл венозной кровью добавляли пленку «Гепроцел» в размере 1 см<sup>2</sup>. Пробирку помещали в водяную баню при t=37° и через каждые 30 сек. наклоняли под углом 45°, до образования плотного сгустка. Аналогичные исследования проводили в присутствии ОЦ.

**Результаты.** В присутствии Гепроцел АЧТВ составило 20,1±0,8 сек, а в присутствии ОЦ АЧТВ составило 18,2±1,7 сек. ПВ в присутствии пленки Гепроцел составило 6,1±0,4 сек, в присутствии ОЦ составило 4,5±0,2 сек. Время свертываемости крови по методу Ли—Уайта использованием имплантата Гепроцел составило 5,3±0,3 мин, в присутствии ОЦ по данной методике исследования свертываемость крови составило 7,9±0,3 мин.

**Выводы.** Гепроцел активизирует факторы коагуляционной активности в зоне аппликации без влияния на системное кровообращение и коагуляционные факторы. Все полученные результаты свидетельствуют о том что, гемостатический имплантат Гепроцел может применяться в качестве местного гемостатического имплантата с заданными характеристиками.

## **ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ОТ КЛАССИКИ К СОВРЕМЕННОСТИ**

**Кабанов М.Ю.<sup>1,2</sup>, Яковлева Д.М.<sup>1,3</sup>, Семенцов К.В.<sup>1,2</sup>, Опенченко С.В.<sup>1,2</sup>, Здасюк С.О.<sup>1</sup>**

**<sup>1</sup>ГБУ СПб «Госпиталь для ветеранов войн», Санкт-Петербург, Россия**

**<sup>2</sup>ГБОУ ВПО Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И.  
Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург**

<sup>3</sup>**Кафедра военно-морской хирургии ФБГОУ ВПО Военно-медицинская академия им.**

**С.М. Кирова Министерства обороны России, Санкт-Петербург, Россия**

**Введение.** Одной из наиболее ярких страниц хирургии конца XX века является рождение лапароскопической хирургии, которая позволила пересмотреть принципы лечения многих заболеваний. Несмотря на несомненные достоинства данного метода в абдоминальной хирургии: малая травматичность, низкая частота осложнений и короткие сроки реабилитации, электрохирургическое воздействие имеет свои специфические осложнения, как в раннем, так и отдаленном послеоперационном периоде, которые требуют особого подхода в лечении.

**Цель исследования:** выбор оптимального способа лечения пациентов с ятрогенным повреждением ВЖП в зависимости от сроков и типа повреждения.

**Материалы и методы.** В период с 2000 по 2016 гг. был пролечен 31 пациент с повреждением внепеченочных желчных протоков (ВЖП). В 4 случаях травма была диагностирована интраоперационно: клипирование и пересечение общего печеночного протока (ОПП) - в 2 случаях, коагуляционное повреждение – в 2. Всем пациентам была выполнена конверсия в объеме транспеченочного дренирования по Гетцу-Сейполу-Куриану на сменных транспеченочных перфорированных дренажах (СТД); 3 больным с формированием первичного анастомоза по Ру, 1 – без, в связи с невозможностью формирования первичного анастомоза из-за «высокого» уровня повреждения (тип IV по Bismuth) и выраженным отеком и некрозом тканей в воротах печени на фоне гангренозного холецистита с перивезикальным абсцессом в плотном инфильтрате. Операция была завершена дренированием подпеченочного пространства. Через 6 месяцев пациенту выполнена бигепатикоюностомия на СТД. Замена дренажей выполнялась через 3 месяца на неперфорированные дренажи с общим временем каркасной функции 2 года.

27 больных были ранее оперированы в других стационарах г. СПб. Во всех случаях на момент поступления у пациентов имелись явления механической желтухи с печеночной недостаточностью различной степени тяжести, холангит, у некоторых - подпеченочный абсцесс. В настоящее время в связи с интенсивным внедрением методов невазкулярной интервенционной радиологии, наиболее часто у данной категории больных мы применяем чрескожные дренирующие вмешательства в качестве первичного или окончательного метода лечения. В случае коагуляционных рубцовых стриктур ВЖП первым этапом мы выполняли чрескожную чреспеченочную холангиостомию (ЧЧХС) с реканализацией зоны стриктуры у 9 пациентов. При невозможности выполнения реканализации во время первичного вмешательства, она выполнялась вторым этапом после стабилизации состояния и купирования явлений печеночной недостаточности в 5 случаях. Через 1 месяц выполнялась

замена холангиостомы (ХС) на эндопротез, смена которого производили у каждого пациента индивидуально в различные сроки по мере обтурации последнего.

В лечении 16 больных был применен мультимодальный подход. В 5 случаях механическая желтуха была обусловлена полным или частичным клипированием ОПП. Операция была разбита на 4 этапа: первично выполнялась чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ) с наружной ЧЧХС, вторым этапом - лапароскопическое удаление клипсы с ОПП, далее – наружно-внутренняя ХС, операция завершалась санационной лапароскопией с дренированием подпеченочного пространства. Через 1-2 месяца выполнялось эндопротезирование ВЖП. У 11 пациентов диагностировано полное пересечение ОПП с наружным желчеистечением или формированием подпеченочного абсцесса. В данном случае применено этапное лечение: в начале – ЧЧХГ, ЧЧХС; оптимальным мы считали установку проксимального конца ХС через зону повреждения в подпеченочное пространство. При невозможности установки ХС ниже зоны повреждения ОПП в связи с узостью или/ и извитостью внутрипеченочных ЖВП, низведение выполнялось интраоперационно во время лапаротомного вмешательства под контролем зрения. Это позволило при «высоких» повреждениях и наличии рубцовых местных изменений дифференцировать культю желчного протока и выполнить формирование гепатикоюноанастомоза на СТД.

**Результаты.** В послеоперационном периоде летальных осложнений не отмечено. Наиболее частым осложнением в отдаленном послеоперационном периоде являлся холангит, который требовал антибиотикотерапии. СТД и эндопротезы удалялись в сроки от 2 до 2,5 лет.

**Выводы.** Применение методов невазкулярной интервенционной радиологии и этапного подхода в лечении пациентов с повреждением внепеченочных желчных протоков позволяют избежать лапаротомного вмешательства и улучшить непосредственные результаты лечения пациентов.

## **АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ХИРУРГИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

**Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Имамов А.А., Холматов Ш.Т., Сахибоев Д.П.**

**Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан**

**Цель исследования:** улучшение клинических результатов лечения больных с калькулезным холециститом путем анализа осложнений лапароскопической холецистэктомии и выбора мер их профилактики.

**Материалы и методы.** Анализу подвергнуты результаты хирургического лечения 4519 пациентов с калькулезным холециститом, которым выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) во 2 клинике Ташкентской медицинской академии за период с 1994 по 2015 годы. 4181 больных оперированы по поводу хронического, 338 – острого калькулезного холецистита. Показаниями к ЛХЭ были неосложненное течение хронического и острого калькулезного холецистита.

**Результаты.** Проанализировали интра- и послеоперационные осложнения, которые были обусловлены техническими моментами выполнения хирургических вмешательств. Осложнения, связанные с сопутствующими заболеваниями (холедохолитиаз, патология внепеченочных желчных протоков, пневмония, тромбоз легочной артерии, острый инфаркт миокарда и т.д.) в данное сообщение мы не включали.

В группе пациентов с хроническим калькулезным холециститом отмечены следующие осложнения: желчеистечение – 12 (0,29%) наблюдений, несостоятельность культи пузырного протока – 6 (0,14%), кровотечения из пузырной артерии – 4 (0,10%), повреждения холедоха – 3 (0,07%), повреждения полых органов – 2 (0,05%), послеоперационный панкреонекроз – 2 (0,05%), термические стриктуры желчных протоков – 3 (0,07%), подкожная эмфизема – 12 (0,29%), пневмоторакс – 1 (0,02%), раневые осложнения – 16 (0,38%).

После операции по поводу острого калькулезного холецистита желчеистечение наблюдалось в 6 (1,78%) случаях, несостоятельность культи пузырного протока – 4 (1,18%), кровотечения из пузырной артерии – 2 (0,59%), повреждения холедоха – 4 (1,18%), послеоперационный панкреонекроз – 6 (1,78%), термические стриктуры желчных протоков – 2 (0,59%), подкожная эмфизема – 6 (1,78%), раневые осложнения – 8 (2,37%).

В зависимости от характера осложнений лечебная тактика была различной.

При желчеистечении осуществлялся динамический контроль за состоянием брюшной полости и во всех случаях на 3-7-е сутки осложнение было ликвидировано консервативными мероприятиями.

При несостоятельности культи пузырного протока на 2-4-е сутки пациенты были подвергнуты повторной лапароскопии. В 6 наблюдениях выполнено лапароскопическое клиппирование культи пузырного протока, в 4 случаях произведено открытое хирургическое вмешательство.

При кровотечении из пузырной артерии у 2 больных осуществлен гемостаз лапароскопическим способом, а 4 – посредством открытой операции.

При перерезке холедоха хирургическая тактика зависела от момента выявления осложнения. Если повреждение диагностировали интраоперационно, в 1 наблюдении произведено наложение билибилиарного анастомоза «конец в конец» (через 6 месяцев у

больной развилась стриктура, что потребовало наложения гепатикоюноанастомоза), в 3 случаях произведена гепатикоюностомия по Ру. В 3 наблюдениях осложнение диагностировано на 1-3-е сутки после ЛХЭ. 2 пациентам наложена чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС), в 1 случае произведено лапароскопическое дренирование гепатикохоледоха и в сроки от 3 до 8 месяцев всем больным произведена гепатикоюностомия по Ру.

При термических стриктурах желчных протоков у пациентов развивалась клиника механической желтухи. Этим больным произведено ЧЧХС с последующей реконструктивной операцией на билиарной системе.

При развитии панкреонекроза в 2 наблюдениях произведены открытые хирургические вмешательства, в 6 – лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости. В последующем 4 пациентам выполнены некроеквестрэктомии с этапными санациями.

При повреждении полых органов, абсцессе брюшной полости, подкожной эмфиземе, раневых осложнениях, пневмотораксе лечебные мероприятия осуществлялись согласно существующим стандартам.

Летальность отмечена в 5 (0,11%) случаях. При хроническом холецистите причиной летального исхода в 2 наблюдениях явился панкреонекроз, в 1 – внутрибрюшное кровотечение; при остром холецистите в 1 – панкреонекроз, в 1 – перитонит в результате абсцесса брюшной полости.

Проведенный анализ причин интра- и послеоперационных осложнений позволил разработать ряд профилактических мер.

1. При остром холецистите выполнение ЛХЭ целесообразно в первые 72 часа с момента заболевания. В более поздние сроки развивающиеся деструктивные изменения со стороны желчного пузыря повышают риск развития осложнений.

2. Учитывая зависимость частоты осложнений от выраженности морфологических изменений в желчном пузыре и опыта хирурга, нами разработан рейтинговый подход к выбору хирургической бригады для осуществления ЛХЭ.

3. С целью предупреждения возможного развития термической стриктуры желчных протоков, после удаления желчного пузыря необходимо ограничить выполнение коагуляции нижней 2/3 части его ложа.

4. При невозможности идентификации элементов шейки желчного пузыря предложена методика лапароскопической холецистэктомии, который заключался в следующем: на 1,5-2 см выше шейки на передней стенке в поперечном направлении рассекали стенку желчного пузыря, далее в продольном направлении Т-образно вскрывали просвет желчного пузыря. Вскрытие тела желчного пузыря позволяло нам с внутренней стороны желчного пузыря

определить пузырный проток и предупредить повреждение внепеченочных желчных протоков и близлежащих анатомических структур, которые при выраженном воспалительном процессе часто не имеют четкой анатомической картины.

**Заключение.** Предложенные профилактические меры позволили снизить частоту интра- и послеоперационных осложнений с 3,7% (на этапе освоения методики и разработки профилактических мер) до 1,3%.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

**Касумьян С.А., Алибегов Р.А., Сергеев О.А., Сергеев А.В., Безалтынных А.А., Игнатъев С.В., Жвйтиашвили И.Д., Прохоренко Т.И., Акилов Ф.А.**

**ГБОУВПО Смоленский государственный медицинский университет Минздрава  
России, Смоленск, Россия**

**ОГБУЗ «Клиническая больница №1», Смоленск, Россия**

**ОГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» г. Смоленск, Россия**

Лапароскопические технологии в хирургии в последние годы значительно расширили не только спектр выполняемых операций, но и позволили взглянуть под другим углом на лечение пациентов желчнокаменной болезнью, особенно при осложненном ее течении.

**Цель исследования:** осуществить критический анализ ятрогенных осложнений лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ), выявить причины повреждений желчных протоков, выработать рекомендации по профилактике ятрогений.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты ЛХЭ за 10-летний период с 2006 по 2015 гг. в двух лечебных учреждениях. Всего выполнено 3083 лапароскопических вмешательства. Среди лапароскопически оперированных пациентов преобладали женщины – 82,3%, мужчины - 17,7%. Средний возраст составил 56,7±5,1 лет. Стандартная ЛХЭ n=3101, Single Approach Laparoscopic Cholecystectomy (SALC) – 58 (SILS port фирмы Covidien – 26), лапароскопическая холедохоскопия с холедохолитоэкстракцией и дренированием холедоха по Керу n=12, лапароскопический холедоходуоденоанастомоз - 6. В 65% случаях выполнялись плановые операции, в 35% (1078) срочные операции. В этой подгруппе пациентов острый флегмонозный холецистит наблюдался в 81% случаев, гангренозный холецистит в 19%. В 22 случаях выполнялись симультанные операции: 2 ЛХЭ и иссечение кист печени, в 19 случаях ЛХЭ и пупочная герниопластика, в 1 случае ЛХЭ и лапароскопическая аппендэктомия.

**Результаты.** Конверсия осуществлена у 3,8% (117) больных. В подгруппе SALC конверсия (дополнительное введение одного порта в правом подреберье) – 7% (12). Повреждения гепатикохоледоха отмечены у 15 (0,4%) больных, гемобилома – 1,4% (6), желчеистечение по улавливающему дренажу – 0,3% (10), нагноение троакарной раны – 0,16% (5), пневмония – 1,7% (7), ТЭЛА – 0,2% (1), летальность - 0,2% (1).

**Выводы.** Пока не удается полностью исключить ятрогенное повреждение желчных протоков. Основные причины: острый перихолецистит, подтянутость желчных протоков к пузырю, дезориентация хирурга. При сложных интраоперационных ситуациях мобилизация желчного пузыря должна осуществляться вблизи его стенки.

## **ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ И РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ, ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, СЕЛЕЗЕНКИ И НАДПОЧЕЧНИКОВ**

**Кислицин Д.П., Колмачевский Н.А., Добровольский А.А.**

**БУ Окружная клиническая больница, Ханты-Мансийск, Россия**

**Цель исследования:** улучшить результаты хирургического лечения, оценить возможность применения видеолaparоскопических и роботизированных технологий при заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

**Материалы и методы.** Выполнено 77 видеолaparоскопических вмешательств, в т.ч. - 12 с использованием роботизированного комплекса daVinci S. Нозологии распределились следующим образом: простые кисты и поликистоз печени - 36 пациентов, эхинококковые кисты печени - 12, кистозные опухоли надпочечников - 14, кистозная опухоль селезенки - 2, кистозные опухоли поджелудочной железы - 4, аденома печени - 5, фокальная нодулярная гиперплазия - 2, первичный рак печени - 1, рак БДС - 1. В диагностике использовали ультразвуковое исследование, включая интраоперационное, спиральную компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию с режимом МРХПГ, иммунологические тесты, данные гистологии. Оперировано 48 женщин и 29 мужчин в возрасте от 22 до 68 лет. У пациентов с простыми кистами одиночная киста выявлена в 12 случаях, множественные кисты печени - в 24. Этим пациентам выполняли фенестрацию. При этом 8 пациентам при локализации кист в задних сегментах (VII-VIII, IVA) фенестрацию выполняли с применением роботизированного комплекса da Vinci S. У пациентов с паразитарными кистами осложненная форма выявлена в виде нагноения и цистобилиарного сообщения у двух больных. Выполнены: неанатомическая резекция правой доли печени при гигантской одиночной неосложненной кисте в одном случае, эхинококкэктомия при одиночных кистах



III, V, VI и VII сегментов - в 9 случаях, робот-ассистированная эхинококкэктомия нагноившейся кисты VIII сегмента и перицистэктомия неосложненной кисты II сегмента печени. Во всех случаях после эхинококкэктомии и перицистэктомии применяли аргон-плазменную коагуляцию. Антипаразитарную обработку полости кисты после эвакуации жидкостного содержимого проводили 20% раствором хлорида натрия с экспозицией 15 минут. Кистозные опухоли надпочечников во всех случаях имели одностороннюю локализацию. Адреналэктомия при кистозных опухолях надпочечников:использовали аппарат «Лига Шу» -5 мм, клипсы для обработки надпочечниковой вены- в 10 случаях. Экспресс гистологическое исследование проводилось интраоперационно в обязательном порядке, у одного пациента выявили адренкортикальный рак, выполнена лимфодиссекция. Спленэктомия выполнена у двух пациентов с доброкачественными кистозными опухолями селезенки.Ножка обработана сшивающими аппаратами. Дистальные резекции поджелудочной железы со спленэктомией у 4 пациентов выполнялись с использованием ультразвуковых ножниц, аппарата «Лига Шу» 5 мм, обработкой селезеночной вены и селезеночной артерии, пересечением железы по перешейку сшивающими аппаратами. При удалении аденом печени и ФНГ выполнялись неанатомические резекции печени в 2 случаях- с использованием роботизированного комплекса daVinci S.При первичном раке печени выполнена анатомическая правосторонняя гемигепатэктомия,обработка портальных и кавальных работ после ультразвуковой диссекции проводилась с использованием клипс и сшивающего аппарата (правая печеночная вена). При раке БДС выполнена лапароскопическая панкреатодуоденальная резекция.

**Результаты.** Осложнения имели место у четырех пациентов (5,2%) - формирование биломы после неанатомической лапароскопической резекции правой доли печени - устранено на релапароскопии клипированием билиарного протока;желчный свищ после правосторонней гемигепатэктомии закрылся самостоятельно; остаточная гнойная полость после эхинококкэктомии нагноившейся кисты VII сегмента печени потребовала пункционно-дренажных методов лечения. Послеоперационный панкреатит с формированием постнекротической кисты, осложненной аррозионным кровотечением из культы селезеночной артерии в просвет кисты, на 18-е сутки послеоперационного периода потребовали лапаротомии. Конверсия при неанатомической резекции аденомы печени была связана с неконтролируемым кровотечением. Осложнений анестезиологического пособия, летальных исходов не было.

**Заключение.** 1. Методы хирургического лечения больных с очаговыми образованиями брюшной полости и забрюшинного пространства индивидуальны и зависят от общего

состояния пациента, количества и расположения образований, наличия осложнений, что в значительной степени определяют данные лучевых методов диагностики.

2. Видеолапароскопические вмешательства возможны у пациентов с одиночными неосложненными кистами печени при планируемой эхинококкэктомии с тщательным соблюдением правил антипаразитарной обработки.

3. Применение современных методов гемо- и билиостаза позволяют снизить количество послеоперационных осложнений.

4. Использование роботизированного комплекса оправдано при «трудных» локализациях очаговых образований, с учетом большего количества «степеней свободы» рабочего инструмента при работе в ограниченном пространстве.

## **ОПЫТ ИНСТИТУТА ХИРУРГИИ ИМ. А.В. ВИШНЕВСКОГО РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРИКТУРАХ И ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ**

**Коваленко Ю.А.<sup>1</sup>, Ефанов М.Г.<sup>2</sup>, Кожемякина В.В.<sup>1</sup>, Вишневский В.А.<sup>1</sup>**

**<sup>1</sup>ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия**

**<sup>2</sup>ГБУЗ Московский клинический научный центр ДЗ г. Москвы, Россия**

**Актуальность.** В настоящее время стандартным хирургическим вмешательством при посттравматических стриктурах и повреждениях желчных протоков является гепатикоеюностомия на отключенной по Ру петле тощей кишки. В то же время в ряде случаев возникает необходимость выполнения резекции печени как единственной адекватной операции, которая может предупредить от тяжелых инвалидизирующих и жизнеугрожающих последствий. К сожалению, место и роль этой операции до сегодняшнего дня не определено.

**Цель исследования:** проанализировать результаты резекций печени и определить показания при посттравматических стриктурах и повреждениях желчных протоков в Институте хирургии им. А.В. Вишневского.

**Материалы и методы.** В Институте хирургии им. А.В. Вишневского накоплен наибольший опыт выполнения больших резекций при повреждениях и посттравматических стриктурах желчных протоков. В настоящее время на 2015 г. в Институте выполнено 25 резекций печени разного объема. Среди пациентов преобладали женщины, n=20 (80%), мужчины – 5 (20%). Возраст колебался от 25 до 68 лет, средний – 48,32 лет. В зависимости от уровня повреждения (по Бисмуту) чаще наблюдали тип 3-4 (-1, -2, (-3 у 2 пациентов) по Гальперину) – у 19, тип 2 – у 2, у 4 пациентов была выполнена резекция печени по поводу

травмы печени с повреждением сосудисто-секреторных элементов. ППГЭ выполнена 6 пациентам, ЛПГЭ - 3, резекция 2,3 сегментов печени – 2, атипичная резекция 6-7 сегментов – 1, атипичная резекция 4В-5 – 13.

**Результаты.** Летальных исходов не было. В послеоперационном периоде осложнения развились у 15 (62,5%) пациентов. Среди осложнений наружный желчный свищ был достаточно частым, и наблюдаем нами у 13 (54,25%) пациентов. У 2/3 этих пациентов свищ закрылся самостоятельно и не требовал хирургического лечения. У ряда больных потребовалось ЧЧХС, дренирование желчных протоков. Гнойно-септические осложнения возникли у 2 (8,3%). Наиболее частым показанием к резекции печени было обеспечение адекватной экспозиции конfluence протоков – в этом случае выполнялась атипичная резекция 4В-5 сегментов, полное разрушение долевого протока с распространением рубцового процесса на сегментарные желчные протоки, а также абсцедирующий холангит и наличие внутривнутрипеченочного холангиолитиаза. У 4 пациентов ППГЭ была выполнена при травме печени с отрывом или разрывом сосудисто-секреторных элементов доли. ЛПГЭ выполнена у 2 пациентов при посттравматическом повреждении 3-4 типа, а также у 1 пациента по причине поврежденного афферентного долевого сосуда. Более чем у 70% больных отмечены удовлетворительные отдаленные результаты.

**Выводы.** Резекция печени при посттравматических стриктурах является всегда вынужденной операцией, которая проводится либо для удаления хронического гнойного источника при отсутствии возможности адекватного восстановления желчеоттока из пораженной части печени, а также во время реконструктивных операций при необходимости создания адекватной экспозиции конfluence желчных протоков.

## **ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИИ**

**Корымасов Е.А., Иванов С.А., Кричмар А.М., Цветков Б.Ю., Горбунов Ю.В.,  
Богданов В.Е., Козлов М.Н.**

**ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия  
БУ Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина, Самара, Россия**

**Актуальность.** Хирургическое лечение деструктивного панкреатита практически никогда не обходится только одним вмешательством. Особенно это относится к ситуациям, когда первая операция – лапароскопия предпринята в качестве метода детоксикации и позволяет пациенту пережить фазу ферментной токсемии. Нередко обольщаясь временным

улучшением состояния, хирурги поздно выставляют показания к повторной операции – лапаротомии.

**Цель исследования:** провести сравнительный анализ эффективности двух режимов повторных операций – «по требованию» и «по программе» у больных деструктивным панкреатитом, которым первым этапом выполнена лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости.

**Материалы и методы.** В исследование включены 116 пациентов с острым панкреатитом тяжелой степени, которым в качестве первой операции была выполнена лапароскопия. У всех пациентов лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости выполнена в срок 1-3-и сутки от поступления пациентов. Всем пациентам в дальнейшем понадобились повторные операции.

У пациентов I группы (n=53) показанием к повторной операции были клинико-лабораторные и компьютерно-томографические (КТ) признаки гнойника сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки.

У пациентов II группы (n=63) повторное вмешательство выполняли «по программе». Через 6 дней после лапароскопии выполняли КТ для контроля этой зоны, для поиска новых недренируемых объектов и для выбора оперативного доступа. Отсутствие КТ-признаков недренируемого образования не было противопоказанием к повторной операции при наличии у больного признаков синдрома системной воспалительной реакции. Повторную операцию выполняли на 7-8-е сутки.

**Результаты.** В I группе было больше больных, которым выполнено по 2 релапаротомии (40,6%), а во II группе было больше пациентов, которым понадобилась только 1 релапаротомия (46,9%), что свидетельствует о своевременности ее выполнения.

При применении режима «по программе», по сравнению с режимом «по требованию», статистически значимо снизилась частота недренируемых гнойников (с 86,8% до 55,6%), кровотечения (с 22,6% до 9,5%), сепсиса (с 20,8% до 7,9%), полиорганной недостаточности (с 49,1% до 23,8%). К сожалению, не получено статистически значимых различий в частоте послеоперационной летальности при режиме «по требованию» и «по программе»: 32,1% и 36,5% соответственно.

**Заключение.** Режим повторных операций «по программе» следует рассматривать как предпочтительный у больных с некупирующимся в течение 6-7 суток после лапароскопии синдромом системной воспалительной реакции, несмотря на неубедительность КТ-признаков.

# ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ОПЕРАТИВНЫХ ДОСТУПОВ

Котельникова Л.П., Баженова О.В.

ГБОУВПО Пермский государственный медицинский университет им. акад.

Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия

**Цель исследования:** изучить особенности «больших» повреждений внепеченочных желчных путей (ВЖП) при различных способах удаления желчного пузыря.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезней 116 пациентов с ятрогенными пересечениями и иссечениями ВЖП во время выполнения холецистэктомий по поводу хронического (10%) и острого (90%) калькулезного холецистита, находившихся на лечении в Краевой клинической больницы г. Перми за последние 38 лет. Среди оперированных женщин было 93 (80,2%), мужчин – 23 (19,8%). Возраст больных варьировал в пределах от 27 до 84 лет, в среднем составил  $48 \pm 14$ . Оценивали количество и характер повреждений, послеоперационных осложнений, причины летальных исходов.

**Результаты.** «Большие» повреждения ВЖП произошли в 82 случаях при выполнении «открытых» (70%), в 22 – лапароскопических (ЛХЭ) (18%) и в 12 - мини-ассистированных холецистэктомий (MAS-ХЭ) (10%). Повреждения при ЛХЭ у половины пациентов диагностированы в области карины и выше, при «открытых» и мини-ассистированных операциях травма протоков типа Е3 и Е4 составила 37% и 33% соответственно. После выполнения MAS-ХЭ наибольшее количество повреждений (58%) обнаружено интраоперационно или в первые сутки после операции (8%). После выполнения ЛХЭ и «открытой» холецистэктомии во время операции диагностировано лишь 31% повреждений, в первые сутки после операции – 13% и 2% соответственно. Большая часть после ЛХЭ (36%) была обнаружена в позднем, а после открытой ХЭ (37%) – в раннем послеоперационном периоде.

Восстановительная операция (гепатикохоledoхоанастомоз на дренаже Кера) была выполнена 14 пациентам (12%), наружная гепатикостома при наличии осложнений наложена 16 (13,8%). Остальным (84,2%) произведена реконструктивная операция - гепатикоеюноанастомоз (ГЕА) на выключенной по Ру петле, из них на сменных чреспеченочных дренажах – 29 (25%), с использованием потерянных дренажей – 22 (18,9%), без каркасных дренажей – 20 (17,2%). Чаще ГЕА без каркасных дренажей накладывали после повреждений протоков во время ЛХЭ, причем количество осложнений было меньше, чем других группах. Общая послеоперационная летальность составила 11% и прямопропорционально зависела от наличия осложнений на момент выполнения

оперативного вмешательства ( $r=0,31$ ,  $p=0,02$ ), уровня повреждения протоков ( $r=0,32$ ,  $p=0,02$ ), развития осложнений в раннем послеоперационном периоде ( $r=0,31$ ,  $p=0,01$ ), способ удаления желчного пузыря существенного влияния не оказывал.

**Выводы.** Способ удаления желчного пузыря влияет на уровень повреждения желчных протоков, а своевременная диагностика травмы – на исход реконструктивной операции.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ «СВЕЖИХ» ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ, ВОЗНИКШИХ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

**Коханенко Н.Ю., Артемьева Н.Н., Глебова А.В., Гурцкая Л.З.**

**Кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова ГБОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет  
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия**

**Цель исследования:** провести анализ «свежих» повреждений желчных протоков во время лапароскопической операции и сравнить результаты различных оперативных вмешательств при коррекции этих осложнений.

**Материалы и методы.** По поводу «свежих» повреждений ЖП после ЛСХЭ оперированы 33 больных, 3 мужчины (18-37 лет), 30 женщин (16-65 лет), 10 из них (30,3%) - в возрасте до 30 лет. «Малые» повреждения дефект над d. cysticus в ОПП были у 4 больных. Клипирование ОПП – у 1. Пересечение ОЖП (ниже d. cysticus) – у 1. Пересечение ОПП выше d. cysticus – у 9. Иссечение ПЖП – у 18.

Уровень повреждения (по Э.И. Гальперину (2002): «+2» - 4, «+1» - 5, «0» - 12, «-1» - 4, «-2» - 4.

У 19 больных, которым была выполнена ЛСХЭ имел место синдром Mirizzi (57,6%).

У 18 больных (54,5%) повреждение протоков было замечено во время холецистэктомии, у других 12 (36,4%) - диагноз поставлен в ранние сроки послеоперационного периода (в первые 5 суток) и еще у 3 (9,1%) – в течение 10-30 дней после операции.

**Результаты.** При выявлении повреждения ЖП во время операции ( $n=18$ ) были выполнены следующие вмешательства: ББА был наложен 5 больным (у 2 развилась РС с последующим наложением ГЕА на СТД), ГЕА – 9, БиГЕА – 4.

При выявлении повреждения ЖП до 5 суток после операции ( $n=12$ ) были выполнены следующие вмешательства: При «малых» повреждениях ЖП во всех 4 наблюдениях проводилось минимально инвазивное лечение: 2 – эндоскопическое стентирование ЖП, двум – ЧЧПНВД. ЧЧПНД – 2, релапаротомия НД ЖП – 2, ГЕА – 4.

Еще у одной больной во время лапароскопической холецистэктомии ОПП был клипирован. Через 7 дней была выполнена лапаротомия, клипса снята, но через 2,5 месяца у больного возникла РС на месте клипирования. Был проведен ЧЧХНВ дренаж, который сохраняли 1,5 года, после чего он был удален. В течение последующих 2 лет патологических симптомов со стороны билиарной системы не возникло.

При выявлении повреждения ЖП в течение 10-30 суток после операции (n=3) всем больным была выполнена лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости (по поводу желчного перитонита), НД ЖП. Частота повторных операций по поводу осложнений и РС у больных при ранней диагностике повреждений ЖП существенно отличается от частоты их в группе больных, у которых повреждение распознано уже после операции (28% и 81,8% соответственно). Вместе с тем, РС чаще возникали после первичных восстановительных или реконструктивных операций, выполненных первоначально хирургом общего профиля (у 7 из 10 РС развились после таких операций).

**Заключение.** Чем раньше диагностируют повреждение протоков, тем чаще сразу удается восстановить отток желчи в кишку.

При выявлении повреждений протоков во время операции следует стремиться сразу восстановить пассаж желчи, наложив либо ББА (с использованием стентов или каркасных дренажей) при расширенных протоках, если нет иссечения и диастаза между протоками. В противном случае следует формировать билиодигестивный анастомоз (даже при узких протоках и высоком уровне повреждения, применив элементы микрохирургической техники). При поздней диагностике повреждений ЖП частота развития послеоперационных осложнений, РС (в отдаленные сроки после операции) довольно высока, в связи с чем необходимость повторных реконструктивных вмешательств превышает 60 %.

При отсутствии условий для наложения анастомоза (в первую очередь – опытного хирурга) лучше дренировать поврежденные протоки наружу, чем неумело сделать реконструктивную операцию.

После исправления даже свежих повреждений желчных протоков никогда не приходится ручаться за хороший исход оперативного ( в том числе и с использованием малоинвазивных вмешательств) лечения. У 14 ( 29, 8%) из 45 больных в поздние сроки после операции развились РС на месте швов стенки поврежденного протока (после ББА) или РС анастомозов, кроме тех11, у кого первым этапом было выполнено только НД протоков. Всего повторные операции были выполнены у 25 из 47 больных (53,2%). У них предприняты реконструктивные операции. У четырех больных продолжались обострения холангита, у них сформировался билиарный цирроз печени, в течение 2-4 лет они умерли от прогрессирующей печеночной недостаточности и кровотечения из ВРВ пищевода.

## **НАШ ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ ПРИ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ**

**Кочмашев И.В., Шерстобитов В.Е., Мансуров Ю.В., Шушанов А.П., Чернышев С.Д., Прудков М.И.**

**ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, Екатеринбург, Россия**

**БУ Свердловская областная клиническая больница №1, Екатеринбург, Россия**

С 2011 по 2014 год было выполнено 26 процедур эмболизации по поводу панкреатических кровотечений у 25 пациентов (18 (72%) мужчин, 7 (28%) женщин).

Кровотечения развивались на фоне хронического панкреатита и после операций на поджелудочной железе – 22 пациента, после операций панкреато-дуоденальной зоны по поводу рака – 2, и в одном случае на фоне панкреонекроза.

Источниками кровотечения были: селезеночная артерия – 14 случаев, гастродуоденальная артерия и панкреатодуоденальная артерия – 8 случаев, верхнебрыжеечная артерия - 1 случай, варикозно-расширенные вены желудка на фоне тромбоза селезеночной вены - 1 случай.

У 22 пациентов источник кровотечения был обнаружен с помощью КТ и /или инвазивной ангиографии, в 3 случаях была выполнена эмпирическая эмболизация.

В большинстве случаев применялась суперселективная катетеризация артерий с помощью микрокатетеров. Для эмболизации использовались микроспирали, гемостатическая губка, микрочастицы. В двух случаях потребовалось применение стент-графтов. В большинстве случаев выполнялась эмболизация пораженной артерии на протяжении дистальнее и проксимальнее шейки псевдоаневризмы. В ряде случаев выполнялась эмболизация полости псевдоаневризмы с сохранением проходимости артерии. Критерием клинического успеха считалось отсутствие ангиографических признаков кровотечения по окончании процедуры. Критерием клинического успеха считалось отсутствие клинических признаков кровотечения в течение 30 дней после эмболизации.

Технический успех был достигнут в 100% случаев, клинический успех – 92%. Повторные вмешательства потребовались в двух случаях. В первом случае в связи с аррозией сосуда дистальнее установленного стент-графта. Во втором в связи с сохраняющимся заполнением полости псевдоаневризмы через коллатерали. Осложнений, связанных с процедурой эмболизации не было. Лапаротомия по поводу кровотечения не потребовалась. Случаев смерти от кровотечения или его рецидива не было.



## ИНТРА- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Красильников Д.М., Миргасимова Д.М., Малова И.И., Захарова А.В., Имамова А.М.  
ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава  
России, Казнь, Россия

ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ, Казань. Россия

**Цель исследования:** определить причины развития интра- и послеоперационных осложнений при лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), методы их профилактики и лечения.

**Материалы и методы.** В клинике хирургии №1 за период с 2011 по 2015 гг. оперировано 3715 пациентов с калькулезным холециститом: по поводу острого холецистита - 1525 (41,1%), хронического - 2190 (58,9%). Возраст больных варьировал в пределах от 18 до 93 лет, женщин – 3184 (85,7%), мужчин - 531 (14,3%). Послеоперационная летальность составила 0,27% (10 больных). После ЛХЭ в нашей клинике ятрогенное повреждение желчных протоков наблюдалось у 4 (0,12%) пациентов, у 15 (0,4%) возникли ранние послеоперационные осложнения: желчеистечение, подпеченочные абсцессы, в одном случае подкожная эвентрация тощей кишки в ране первого доступа, которые устранены при использовании малоинвазивных операций. 8 пациентов с повреждением желчных протоков были доставлены из больниц РТ на сроках от 3 до 9 суток после ЛХЭ.

**Результаты.** Необоснованная настойчивость в сложных ситуациях продолжать видеолапароскопическое выполнение операции способствует возникновению интра- и послеоперационных осложнений, поздней диагностики повреждений внепеченочных протоков. Так во время ЛХЭ в нашей клинике повреждение протока установлено у 3 (0,08%) больных, из 4. У 8 пациентов при ЛХЭ в районах РТ, повреждение не было выявлено ни в одном случае. Конверсия была осуществлена в 84 (2,26%) наблюдениях, показаниями к ней послужили: аномальное расположение внутренних органов (1-1,2%), профузное кровотечение (2-2,4%), повреждение внепеченочного протока (3-3,6%), синдром Мириizzi (5-5,9%), атипичное расположение элементов гепатодуоденальной связки (5-5,9%), холецистодуоденальный свищ (7-8,3%), деструкция желчного пузыря с образованием подпеченочных абсцессов (15-17,9%), воспалительный инфильтрат (46-54,8%). Из 4 больных с повреждением холедоха в нашей клинике, в двух случаях выполнено наружное дренирование протока, в одном сформирован билиодигестивный анастомоз, в другом произведена восстановительная операция – холедохохоледохостомия. Однако, через 4 месяца после билиобилиостомии возникла стриктура анастомоза, в связи с чем выполнена дренирующая операция, через 2 месяца реконструктивная операция -

гепатикоеюностомия. Из 8 пациентов с повреждениями протоков при ЛХЭ в районах РТ только в одном наблюдении удалось на ранних сроках произвести реконструктивную операцию, у 7 ограничились наружным дренированием с последующим формированием билиодигестивного анастомоза.

**Заключение.** Анализ результатов ЛХЭ показал, что основными причинами, приводящими к развитию осложнений, прежде всего к ятрогенным повреждениям желчных протоков являются атипичное расположение структур гепатодуоденальной связки, воспалительные инфильтраты в подпеченочном пространстве, настойчивые попытки выполнения ЛХЭ, остановки кровотечений из сосудов желчного пузыря или его ложа, гепатодуоденальной связки и несвоевременный переход на открытое вмешательство. При выявлении повреждения внепеченочных протоков следует, в зависимости от диаметра протока, изначально производить реконструктивную операцию, в остальных случаях наружное дренирование с последующей ранней операцией билиодигестивного шунтирования. При возникновении интраабдоминальных послеоперационных осложнений, преимущество в лечении имеют малоинвазивные вмешательства под УЗ-наведением.

## **ЭКСТИРПАЦИЯ КУЛЬТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ВНУТРИБРЮШНОМ АРРОЗИОННОМ КРОВОТЕЧЕНИИ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ**

**Кригер А.Г., Ахтанин Е.А., Берелавичус С.В., Горин Д.С., Смирнов А.В., Калдаров А.Р.  
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия**

**Введение.** Послеоперационный панкреатит (ПП) - тяжелое осложнение, возникающее после операций на поджелудочной железе (ПЖ). Частота возникновения достигает 58,9%, тяжелые формы встречаются в 24,2%. Отличительной особенностью является возникновение на его фоне несостоятельности швов анастомозов, панкреатических свищей (ПС) и аррозионного кровотечения (АК).

**Цель исследования:** оценить эффективность экстирпации культи ПЖ при послеоперационном АК.

**Материалы и методы.** У 17 пациентов источником АК являлись селезеночная, верхняя брыжеечная вены и печеночная и верхняя брыжеечная артерии. Все пациенты были разделены на 2 группы. В первой группе пациентов (5 больных), операция закончилась ушиванием и перевязкой сосудов, а вторая группа подверглась экстирпации культи ПЖ. АК возникло с 8 по 15 сутки после первичной операции. ПС наблюдался во всех случаях.

**Результаты.** Всем пациентам выполнена экстренная операция. Ушивание кровотокающего сосуда наблюдалось в 5 случаях, у 3 пациентов были выявлены повторные кровотечения (все 5 больных умерли). Экстирпация дистальной культы ПЖ была выполнена 12 пациентам. 8 пациентов выжили и 4 больных умерли. Всем умершим больным операция выполнена в условиях тяжелой постгеморрагической анемии.

**Выводы.** Ушивание и перевязка кровотокающих сосудов при панкреонекрозе часто неэффективно и ведет к смерти больного. Проведение профилактики и адекватного лечения ПП позволяет предотвратить формирование ПС и уменьшает риск АК. Экстирпация дистальной культы ПЖ после тяжелого ПП, хотя и является операцией отчаяния, но может быть рекомендована с лечебной целью.

## **ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО ФАКТОРА НА РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ**

**Кукош М.В., Трухалев В.А.**

**Кафедра факультетской хирургии ГБОУ ВПО Нижегородская государственная  
медицинская академия Минздрава России, Нижний Новгород, Россия**

**Актуальность.** Обучение эндохирургии является длительным и сложным процессом в связи с определёнными особенностями: работа в двухмерном изображении, необходимость координации «глаза - руки», сложности позиционирования инструмента в руке, наличие «эффекта рычага», практически полное отсутствие тактильных ощущений. Поэтому отработка мануальных навыков должна проводиться вне операционной, что позволяет в будущем уменьшить длительность операций и количество послеоперационных осложнений. Но до настоящего времени не изучен вопрос влияния психологии учащихся на качество, скорость и эффективность учебного процесса.

**Цель исследования:** оптимизировать методику обучения мануальным навыкам в эндоскопической хирургии.

**Материалы и методы.** В ходе подготовки к IV Всероссийской олимпиаде по эндохирургии была сформирована команда из 14 студентов, которая должна была представлять ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия МЗ РФ». Обучение мануальным навыкам проводилось в клинике факультетской хирургии ГБОУ ВПО НижГМА МЗ РФ. Обучение проводилось в несколько этапов. Из 14 студентов, которые проходили подготовку, 6 человек (3 мужчин, 3 женщин в возрасте 21 – 23 лет) не имели ранее опыта эндоскопической хирургии. Данная группа учащихся была включена в

исследование. В ней 4 студента отрабатывали технику интракорпорального шва, а 2 учащихся – экстракорпорального.

В процессе обучения среди студентов был проведён тест Г. Айзенка. Также у студентов проводился замер времени выполнения каждого упражнения с последующим расчётом кривой обучения. Исходя из характера выполняемых заданий (экстра-, либо интракорпоральный шов), а также в зависимости от характера экстраверсии и нейротизма было произведено разделение испытуемых на группы.

**Результаты.** Все студенты являлись экстравертами, при этом двое являлись эмоционально-стабильными (сангвиниками), а 4 учащихся относились к категории эмоционально-нестабильных (холерики). При расчёте коэффициента обучаемости установлено, что он у студентов варьировал в пределах 0,74 – 0,88. При сравнении характера кривых обучения интра- и экстракорпоральному шву статистически значимых различий не получено. Так значение коэффициента обучения формированию и затягиванию петли Рёдера составило  $0,825 \pm 0,055$ , а интракорпоральному шву –  $0,835 \pm 0,057$  ( $t = -0,204$ ,  $p = 0,848$ ). В ходе сопоставления коэффициентов обучения также не обнаружено статистически достоверных различий. У эмоционально-стабильных экстравертов он составил  $0,80 \pm 0,06$ , а у эмоционально-нестабильных коэффициент обучения был равен  $0,83 \pm 0,06$  ( $t = -0,577$ ,  $p = 0,595$ ). Данный результат говорит о том, что скорость приобретения эндохирургических навыков одинакова у холериков и сангвиников. Также было проведено сопоставление времени (в секундах), затраченного на выполнение упражнений в начале (первая половина) и в конце (вторая половина) в группах сангвиников и холериков. Установлено, что в начале обучения средняя длительность выполнения упражнений составила  $1103 \pm 402$  с. у сангвиников и  $833 \pm 130$  с. у холериков ( $t = 2,451$ ,  $p = 0,018$ ), а в конце обучения  $721 \pm 270$  с. и  $510 \pm 105$  соответственно ( $t = 2,841$ ,  $p = 0,006$ ). Данные результаты свидетельствуют о том, что, несмотря на то, что длительность обучения мануальным навыкам у сангвиников и холериков не различается, эмоционально-нестабильные экстраверты имеют исходную «предрасположенность» к эндоскопической хирургии из-за особенностей своего темперамента. Они изначально быстрее выполняют задания, а в ходе обучения добиваются более видимого прогресса за счёт именно своих исходных возможностей, при этом имея равнозначную с эмоционально-стабильными экстравертами скорость обучения.

**Выводы.** 1. Темперамент учащегося не оказывает достоверного влияния на скорость обучения мануальным навыкам в эндоскопической хирургии.

2. Эмоционально-нестабильные экстраверты имеют лучшие исходные данные для обучения лапароскопии в сравнении с эмоционально-стабильными экстравертами.

## **ВОЗМОЖНОСТИ РЕНТГЕНОХИРУРГИИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТРИКТУРАХ БИЛИОДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ**

**Кулезнева Ю.В., Мелехина О.В., Ким П.П., Алиханов Р.Б., Ефанов М.Г.**

**ГБУЗ Московский клинический научный центр ДЗ г. Москвы, Россия**

**Кафедра факультетской хирургии №2 ГБОУ ВПО Московский государственный  
медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава России,  
Москва, Россия**

Рубцовые стриктуры билиодигестивных анастомозов, формирующиеся после реконструктивных операций, представляют большую проблему хирургической гепатологии. Это обусловлено тем, что эндоскопический доступ к зоне анастомоза невозможен или сильно затруднен, а повторная реконструктивная операция увеличивает риск рецидива стриктуры и травмативность хирургического лечения в целом. Одним из способов помощи этим пациентам, в большинстве своем получившим изначально ятрогенную травму желчных протоков, являются рентгенохирургические манипуляции.

**Материалы и методы.** На клинических базах кафедры и в МКНЦ наблюдали 19 больных с рубцовыми стриктурами билиодигестивных анастомозов (тип от «+1» до «-2» по Э.И. Гальперину), из них в анамнезе была холецистэктомия с травмой желчных протоков и последующими реконструктивными операциями у 12 пациентов, гемигепатэктомия - у 6 (опухоль Клацкина - 5, альвеококк печени - 1, все без признаков рецидива заболевания), вторичный склерозирующий холангит на фоне цирроза печени и внутривнутрипеченочного холелитиаза – 1. У 6 больных был сформирован бигепатикоанастомоз.

Всем пациентам производили чрескожный чреспеченочный доступ в желчные протоки с последующей реканализацией зоны анастомоза, баллонной дилатацией стриктуры и наружно-внутренним билиарным дренированием дренажом 14Fr. Манипуляцию повторяли через каждые 2,8-3 месяца в течение 12-16 мес. Дренаж полностью извлекали после того, как переставала формироваться «талия» баллона.

**Результаты.** Доступ в желчные протоки был успешно осуществлен во всех случаях, даже при небольшом их расширении. При наличии бигепатикоанастомоза выполняли отдельный доступ в правую и левую доли. Последующая реканализация анастомоза также была успешной во всех наблюдениях. Среднее давление внутри баллона, необходимое для полного расправления стриктуры на первых этапах серии манипуляций, составило 10 атм (от 8 до 13 атм). В первые часы после вмешательства у 3 больных отмечена умеренная гемобилия, которую купировали консервативно. У 8 больных в течение 3-4 суток имел место болевой синдром месте стояния дренажа, который был установлен через межреберные промежутки. Других ранних осложнений не было. Через 2,5 месяца у 5 больных появились

признаки холангита, что послужило поводом для более ранней замены транспеченочного дренажа. На настоящий момент максимальный срок наблюдения за пациентами после извлечения дренажа составил 15 месяцев.

**Выводы.** Несмотря на небольшое число наблюдений и относительно малые сроки прослеженности отдаленных результатов, баллонная дилатация с длительным наружно-внутренним дренированием представляется перспективным направлением хирургического лечения пациентов с высокими билиарными стриктурами.

## **ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ «СВЕЖИХ» ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ВО ВРЕМЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

**Курбонов К.М., Махмадов Ф.И.**

**Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино,  
Душанбе, Таджикистан**

**Цель исследования:** изучить тактические подходы при «свежих» повреждений желчных протоков во время лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ).

**Материалы и методы.** В исследование включен 41 больной, у которого во время ЛХЭ были случайно повреждены желчные протоки. Большинство пациентов (n=31) были направлены для реконструктивно-восстановительных операций из других лечебных учреждений Республики Таджикистан.

Наличие послеоперационного желчного перитонита (ПЖП) во время операции было установлено в 8 (19,5%) наблюдениях, у 33 (80,5%) повреждения желчных протоков были установлены в различные сроки после операции, в том числе в 12 (36,4%) наблюдениях повреждения желчных протоков диагностировали в сроки до 5 суток, в 7 (21,2%) на 5-10 сутки и в 14 (42,4%) – после выписки пациентов из стационара. В большинстве наблюдений – 21 (51,2%), наблюдали высокие повреждения желчных протоков, сопровождающийся вторичными осложнениями – перитонитом, желчеистечением и желчными свищами. Наличие ПЖП устанавливали на основании клинических, объективных данных, а также дополнительных клиничко-инструментальных методов исследования.

**Результаты.** В 20 (48,8%) наблюдениях в послеоперационном периоде наблюдали истечение желчи через контрольные дренажи. Комплексное УЗИ для выявления ПЖП проведено всем пациентам, при этом в 26 (63,4%) случаях выявляли наличие желчи в свободной брюшной полости, а в 2 – ещё и расширение внутripеченочных желчных протоков. В 8 наблюдениях для выявления источника и причины послеоперационного внутрибрюшного желчеистечения была проведена магнитно-резонансная

панкреатохолангиография, а 3 наблюдениях для диагностики ПЖП использовали методику ЧЧХ, которая позволила выявить наличие расширенных внутриспеченочных желчных протоков, а также проксимальный уровень зоны повреждения. При ПЖП придерживались индивидуальной активной хирургической тактики, которая была основана на локализации повреждения, характере осложнения, общем состоянии пациента, а также условий и оснащенности стационара современным шовным материалом.

Различные варианты восстановительных вмешательств при ПЖП, в том числе, гепатикоеюноанастомоз по Ру (n=10) и эндоскопическое стентирование (n=1), выполнены 11 пациентам. В различные послеоперационные периоды в 7 (17,1%) наблюдениях заболевания осложнилось рубцовыми стриктурами желчных протоков холангитом (n=2), потребовавшим повторных реконструктивных вмешательств. После реконструктивных оперативных вмешательств в раннем послеоперационном периоде наблюдали 4 (36,3%) осложнений в основном после применения сменных транспеченочных дренажей: гемобилия (n=2), подпеченочный абсцесс (n=1), миграция СТД (n=1) из зоны анастомоза. Летальный исход имел место у 1 пациента.

**Выводы.** Высокоинформативными методами диагностики локализации, уровня и характера повреждений желчных протоков и их осложнений являются ЭРХПГ, ЧЧХ и МР – холангиопанкреатография. Хирургическая тактика при ятрогенных повреждениях желчных протоков индивидуально – активная и зависит от характера повреждения, её локализации и возникшего осложнения, общего состояния больного, а также от наличия специалиста в области билиарной хирургии и степени оснащённости стационара современными шовными материалами и инструментариями.

## **УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ**

**Лупальцов В.И., Ягнюк А.И., Трофимова А.В.**

**Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина**

**Актуальность.** Внедрение в хирургическую практику лапароскопических методик очень быстро привело к тому, что лапароскопическая холецистэктомия стала стандартным оперативным вмешательством не только в лечении желчно-каменной болезни, но и острого холецистита. Широкое внедрение лапароскопических технологий в хирургическую практику острого холецистита привело к увеличению различных осложнений. Данные литературы и наши наблюдения свидетельствуют, что ошибки, допускаемые на диагностическом этапе, создают не только трудности выбора способа холецистэктомии, но и приводят к

возникновению и развитию осложнений. Нераспознавание на диагностическом этапе такой опасности приводит к неправильному выбору способа операции, а выполнение лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) «любой ценой» обуславливает серьезные ошибки, за которыми следуют осложнения.

**Цель исследования:** улучшение результатов миниинвазивных оперативных вмешательств при остром холецистите с использованием сонографических исследований.

**Материалы и методы.** Отдавая ключевое место в дооперационной диагностике ультразвуковому исследованию (УЗИ), которое дает не только возможность определения основных этиологических факторов острого холецистита, но и объективности степени выраженности воспалительных изменений стенки желчного пузыря и паравезикального пространства. Проанализированы результаты 235 ультразвуковых исследований больных острым холециститом, течение которого осложнилось паравезикальным инфильтратом.

**Результаты.** Наиболее характерной ультразвуковой картиной для паравезикальных изменений является наличие зоны повышенной эхогенности, удвоение и нечеткость контуров, утолщение стенки желчного пузыря. Кроме того, плохая визуализация шейки желчного пузыря, укорочение видимой части холедоха, «симптом сплошной акустической тени» также свидетельствуют о выраженных изменениях в паравезикальном пространстве.

В зависимости от плотности и распространенности паравезикального инфильтрата, создающего наибольшую опасность выполнения ЛХЭ, мы выделили три типа паравезикального инфильтрата, влияющих на выбор метода оперативного пособия. Первый тип – рыхлый инфильтрат, второй тип – плотный инфильтрат, третий тип – характеризуется более выраженной плотностью с гиперэхогенными включениями в виде небольших полос размерами 0,5-1 см, располагающихся в проекции желчного пузыря и ворот печени.

Выявленные ультразвуковые изменения позволили нам оптимизировать не только диагностический процесс при остром холецистите, но и обосновать выбор способа оперативного вмешательства.

Проведенный анализ результатов ультразвуковых исследований больных острым холециститом позволил нам прийти к заключению, что данный метод является важным диагностическим мероприятием, с помощью которого представляется возможность не только улучшить диагностику холецистита, определить выбор способа холецистэктомии, но и предусмотреть развитие осложнений при ее выполнении.

**Выводы.** 1. Паравезикальный инфильтрат при остром холецистите не только создает трудности выполнения лапароскопической холецистэктомии, но и таит в себе опасности ее проведения.



2. Ультразвуковое исследование при осложненном остром холецистите позволяет определить выбор способа холецистэктомии, снижая тем самым частоту осложнений

## **СТАНДАРТИЗАЦИЯ ТЕХНИКИ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПДР КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ**

**Лядов В.К., Коваленко З.А., Козырин И.А., Ильина О.В.**

**ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России, Москва, Россия**

**Введение.** Безопасность лапароскопического доступа при выполнении панкреатодуоденальной резекции (ПДР) до настоящего времени не оценена в клинических исследованиях. Одним из способов минимизации количества хирургических осложнений в лапароскопической хирургии является стандартизация методологии выполнения вмешательства. Представляем собственный опыт лапароскопических ПДР (ЛПДР).

**Материалы и методы.** В период с августа 2014 по март 2016 гг. в отделении онкохирургии ФГАУ ЛРЦ выполнено 23 ЛПДР. Вмешательство закончено лапароскопически в 19 случаях, конверсия доступа ввиду выявленной инвазии мезентерикопортального венозного ствола либо неконтролируемого лапароскопически кровотечения потребовалась в 4 случаях. Все операции выполнены одним хирургом. Техника операции была стандартизирована. Устанавливали 5 троакаров и ретрактор Натансона для отведения левой доли печени. Проводили мобилизацию комплекса в направлении «сверху-вниз» без маневра Кохера. Вся мобилизация и пересечение поджелудочной железы проводились ультразвуковыми ножницами Harmonic Ace. Желудок пересекали на 2-4 см выше пилоруса одной кассетой 60 мм, тонкую кишку кассетой 45 мм. Мобилизация крючковидного отростка и диссекция правой половины сплетения верхней брыжеечной артерии проводились после взятия на держалку верхней брыжеечной вены. Сосуды клипировали клипсами «Гемолок». Перед реконструкцией во всех случаях операционная бригада отдыхала в течение 40 минут. Панкреатоэнтероанастомоз формировали интракорпорально двухрядным узловым швом (duct-to-mucosa). Билиодигестивный анастомоз выполняли однорядным непрерывным швом нитью V-lock 4-0. Далее через мини-лапаротомию в эпигастральной области удаляли комплекс и на той же петле тонкой кишки формировали гастроеюноанастомоз однорядным непрерывным швом нитью Викрил 3-0.

**Результаты.** Медиана продолжительности операции составила 430 мин, включая перерыв. Средний объем кровопотери - 250 мл (100-350). Медиана пребывания в стационаре 12 дней (9-16). Осложнения развились у 15 пациентов. В тоже время, тяжелые осложнения,

потребовавшие повторных вмешательств (градация ППВ и более по шкале Dindo-Clavien), отмечены у 4 больных. Клинически значимые послеоперационные панкреатические фистулы класса В-С по классификации ISGPF развились у 2 больных. Умерло двое пациентов. В одном случае причиной летального исхода явился некроз культи поджелудочной железы, в другом – позднее профузное внутрипросветное кровотечение.

**Заключение.** ЛПДР – одно из перспективных направлений хирургической панкреатологии.

## **ДЕСТРУКТИВНЫЙ ПАНКРЕАТИТ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

**Мальцева О.В., Гиберт Б.К., Бородин Н.А., Зайцев Е.Ю., Крючков И.М.  
Кафедрой факультетской хирургии ГБОУВПО Тюменский государственный  
медицинский университет Минздрава России, Тюмень, Россия**

**Актуальность.** Несмотря на значительные успехи медицины последних лет, проблема острого панкреатита на сегодняшний день далека от своего решения. Количество больных с панкреатитом растет. По данным из крупнейших регионов РФ за последние годы произошло снижение летальности от панкреонекроза, но она остается на уровне 13,5-20,5%.

**Цель исследования:** изучение особенностей течения острого панкреатита у лиц пожилого и старческого возраста и определение факторов, влияющих на результаты лечения этой группы в наибольшей степени.

**Материалы и методы.** В ходе исследования были использованы материалы МСЧ «Нефтяник» г. Тюмень за 5 лет, период 2010-2014 гг. Всего за этот период в МСЧ было пролечено 1580 больных с острым панкреатитом, 368 (23,3%) были прооперированы. Ежегодно число больных прооперированных по поводу панкреатита постоянно увеличивалось и за 5 лет оперативная активность выросла с 11,7% до 26,3%. Послеоперационная летальность составила 10,2%.

**Результаты.** Детальному анализу были подвергнуты истории болезни 455 больных с наиболее тяжелым течением панкреатита, 261 (57,4%) пациент был прооперирован. Мужчин было - 287 (63,1%), женщин - 168 (36,9%). Больные были поделены на две группы: 1 группа в возрасте от 18 до 59 лет - 335 (73,6%) человек, 2 группа - от 60 до 83 лет - 120 (26,4%).

В группах были установлены существенные различия. Так среди больных в возрасте до 60 лет преобладали мужчины - 71,0%. Прооперировано было 60,3%, а послеоперационная летальность составила - 12,4%. В группе 60 лет и старше преобладали женщины - 59,4%, было прооперировано 59 (49,9%) больных. Умерло 17 (28,8%) пациентов.

Различия были установлены и при выяснения причин развития панкреатита. Среди больных в возрасте до 60 лет основной причиной был алкоголь - 44,8%, билиарный панкреатит был установлен у 37,6% больных, еще у 16,6% пациентов причина панкреатита не была установлена. В группе 60 лет и старше в подавляющем большинстве случаев причиной развития панкреатита была желчнокаменная болезнь - 73,3%, алкогольный панкреатит был только у 6,7% пациентов, у 20,0% больных причина панкреатита не была выяснена.

С учетом того, что в большинстве случаев причиной развития панкреатита у лиц пожилого возраста является холедохолитиаз на первое место выходят дуоденоскопия и эндоскопических методов коррекции билиарной гипертензии. Показанием к выполнению дуоденоскопии было повышение в крови содержания билирубина, УЗИ признаки холелитиаза и билиарной гипертензии.

Всего наличие признаков билиарной гипертензии в виде камня и рубцевых изменений в области большого дуоденального сосочка, отсутствия свободного пассажа желчи в ДПК было установлено у 43 больных с панкреатитом. Кроме того, у 6 были обнаружены признаки аденомы большого дуоденального сосочка, а у 3 больных имелся префателлярный дивертикул.

Из этого числа 35 больным были выполнены операция эндоскопической папиллотомии. Кроме того, у 7 больных осуществлена механическая экстракция камня из холедоха с помощью корзины Дормиа. Несмотря на то, что у 18 (51,3%) больных возраст был 60 лет и старше, все больные перенесли вмешательство хорошо, каких-либо осложнений не было зафиксировано. После ликвидации желчной гипертензии у всех больных отмечался быстрый регресс симптомов панкреатита и нормализация биохимических показателей.

**Заключение.** В настоящее время сохраняется тенденция к увеличению количества больных с деструктивными формами панкреатита. На первое место выходит алкогольный генез панкреатита, между тем среди больных 60 лет и старше в подавляющем количестве случаев возникновение панкреатита обусловлено билиарной гипертензией на уровне большого дуоденального сосочка.

Эффективным методом лечения больных с острым панкреатитом этой группы является эндоскопические вмешательства на БДС: папиллотомия, механическая экстракция конкремента. Несмотря на преклонный возраст выполнение этих вмешательств в условиях панкреатита хорошо переносится больными, не вызывает дополнительных осложнений.

# СОЧЕТАННЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ И ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ

Махмадов Ф.И., Курбонов К.М.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино,  
Душанбе, Таджикистан

**Цель исследования:** изучить возможность малоинвазивных коррекций осложнений лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ).

**Материалы и методы.** За последние 10 лет в клинике для коррекции осложнений ЛХЭ, в частности послеоперационного желчного перитонита (ПЖП) в 4 случаях эффективно использовали сочетанные эндоскопические вмешательства, а в 9 наблюдениях видеолапароскопию. Возраст пациентов варьировал в пределах от 28 до 65 лет. ПЖП во всех случаях развилось после ЛХЭ. Для диагностики ПЖП выполняли УЗИ, рентгенографию и видеолапароскопию. Выбор способа и объема операций основывалось на показателях содержания прокальцитонина сыворотки крови и С-реактивного белка.

**Результаты.** Для определения уровня и характера повреждений, а также состояния проходимости дистального отдела общего желчного протока после выполнения видеолапароскопической санации проводили ЭРХПГ (n=4). При начальных проявлениях и развития ПЖП вследствие интраоперационного повреждения желчных протоков (n=1), а также выпадение клипс: соскальзывание лигатуры с пузырного протока (n=2) и сочетании резидуального холедохолитиаза с стенозом большого дуоденального сосочка (n=1) выполнялись сочетанные вмешательства. В 3 случаях при местном ПЖП развившейся после ЛХЭ, в 2 выполняли релапароскопию с реклипированием пузырного протока в сочетании с ЭПСТ. В послеоперационном периоде в 1 случае наблюдали послеоперационный панкреатит, что разрешилась консервативными мероприятиями. В 4 наблюдениях начальных фазах местного ПЖП развившейся при краевом повреждении желчных протоков «+2» (n=1) и «+1» (n=1) после ЛХЭ (n=2) прибегли к сочетанным эндоскопическим и эндобилиарным вмешательствам. Следует отметить, что во всех случаях (n=2) диаметр поврежденного МЖП не превышало 1 см. У 7 (53,8%) больных с ПЖП произведены видеолапароскопические санации брюшной полости с повторным дренированием общего желчного протока (n=3), клипированием пузырного протока (n=1) и электрокоагуляцией ложа желчного пузыря (n=4), что позволило избежать тактически оправданной релапаротомии.

Послеоперационные осложнения в виде легкой степени панкреатита наблюдали в 2 случаях. Летальных исходов не отмечали.

**Выводы.** Современные медицинские технологии позволяют не только своевременно диагностировать развитие хирургических послеоперационных осложнений, а в ряде случаев дают возможность эффективно их корригировать.

## **ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ХОЛЕДОХА – ЦЕНА ОШИБКИ**

**Михайлова С.А., Дрожжилов М.А., Сарсенбаев Б.Х., Нусратов М.И., Кондратьева Т.Ф.**

**Кафедра факультетской хирургии ГБОУ ВПО ЮУГМУ, ГБУЗ ОКБ№2, НУЗ ДКБ**

**г. Челябинск.**

Случайное повреждение холедоха при выполнении холецистэктомии по поводу желчно-каменной болезни (ЖКБ) - нечасто встречающееся, но очень грозное осложнение, имеющее тяжелые, а порой и фатальные последствия для пациента. Продолжительные сроки лечения, необходимость длительного наружного дренирования желчных протоков, этапных реконструктивных операций значительно ухудшает качество жизни этих больных.

При этом медицинская организация (МО) несет значительные затраты на лечение, а пациенты или их законные представители обращаются в суды с исковыми требованиями о возмещении вреда, причиненного здоровью (ч.5 ст.19 № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»), а также морального вреда. В редких случаях суды привлекают и конкретных медицинских работников, по ч.2,3 ст.109 и ч.2 ст.118 Уголовного кодекса РФ.

**Цель работы:** оценить материальные затраты МО по лечению данного осложнения, проанализировать практику судов по делам о возмещении вреда жизни и здоровью при ятрогенных повреждениях холедоха.

**Материалы и методы:** Ретроспективно проанализированы истории болезни пациентов со случайными ранениями холедоха при выполнении им холецистэктомий по поводу ЖКБ из двух клинических больниц за последние 5 лет. Произведен расчет реальных затрат на лечение в сравнении с оплатой по тарифам КСГ для МО II-го и III-го уровня, а также приведены штрафные санкции, предусмотренные страховыми компаниями при экспертизе качества медицинской помощи (ЭКМП). Обобщена практика судов первой инстанции и апелляционных судов РФ по данному вопросу.

**Результаты.** Длительность первичной госпитализации, при которой произошло повреждение холедоха с последующими одной или несколькими операциями, составляла от 16 до 49 сут, в среднем –  $30,1 \pm 5,8$  сут. При этом длительность лечения в отделении реанимации 1-19 сут., в среднем –  $6,5 \pm 3,1$  сут. Реальная стоимость лечения каждого случая колебалась от 60 034,11 руб до 245 209,90 руб, в среднем составила  $131 287,80 \pm 32,65$  руб.

Фактическая оплата от страховых компаний при таких случаях производится с применением 229 или 230 КСГ, что для МО II-го уровня составляет 23 795,21 руб и 28 960,06 руб, для МО III-го уровня – 25 309,45 руб и 30 802,98 руб соответственно.

Если же страховая компания при проведении ЭКМП признает эти случаи соответствующими п.3.11, то сумма недоплаты составит 90% и дополнительно на МО будет наложен штраф в размере 100%. При летальном исходе данного осложнения применяется п.3.2.5 (снятие с оплаты 100% поданной КСГ + 300% штрафа).

В практике судов первой инстанции и апелляционных судов РФ лечебное учреждение всегда признается виновным, если доказано ятрогенное повреждение холедоха во время операции вследствие ненадлежащего выполнения профессиональных обязанностей. Величина возмещаемого вреда здоровью и морального вреда составляет от 150 000 до 800 000 руб. Есть случаи и привлечения к уголовной ответственности конкретного врача-хирурга по ч.2 ст.109 УК РФ.

#### **Выводы:**

1. При ятрогенных повреждениях холедоха реальные затраты лечебного учреждения на оказание медицинской помощи значительно выше фактической оплаты этих случаев по КСГ как для II-го, так и для III-го уровня МО.

2. При проведении ЭКМП страховыми компаниями выявленные случаи влекут для МО недоплаты 90-100% и штрафы 100-300%.

3. В случае обращения пациентов или их законных представителей в судебные инстанции с целью возмещения вреда здоровью или морального вреда, МО понесет значительные затраты.

Таким образом, случайное ранение холедоха при выполнении холецистэктомии можно отнести к категории ошибок хирурга, имеющих крайне высокую цену как для пациента, так и для лечебного учреждения, и для самого врача.

## **АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Михайлова С.А., Гамза В.Н., Котельников О.А., Нусратов М.И., Мурасов М.Ф.**

**ГБУЗ ОКБ №2, г. Челябинск.**

**Введение.** Острый панкреатит является одним из наиболее тяжелых хирургических заболеваний органов брюшной полости, занимающий третье место в структуре острой хирургической патологии. В 15-25% случаев развитие острого панкреатита имеет деструктивный характер. Неудовлетворенность результатами «открытых» операций в

лечении острого некротизирующего панкреатита обусловило применение малоинвазивных методик.

**Цель исследования.** Оценить эффективность поэтапного применения малоинвазивных методик при лечении острого панкреатита. Использование малоинвазивных технологий в лечении больных острым некротизирующим панкреатитом.

**Материалы и методы.** Представлены результаты лечения 108 больных острым панкреатитом за период 2013-2014гг. По степени выраженности процесса с отечным панкреатитом было 79 больных (73,2%), с некротизирующим панкреатитом 29 пациентов (26,8%). Мужчины страдали чаще женщин. Возрастные границы пациентов от 28 до 78 лет. В диагностике острого панкреатита использовали клинические данные, результаты биохимических и общеклинических анализов крови, УЗИ, ФЭГДС, КТ, диагностическую лапароскопию. Клинико-морфологическую форму панкреатита оценивали по классификации, принятой в Атланте в 1992г и её модификаций, тяжесть состояния по шкалам Ranson, APACHE-II.

**Результаты.** На начальном этапе при поступлении в стационар, всем пациентам проводилось консервативное лечение. При прогрессировании заболевания и появлении острых жидкостных скоплений выполнялось хирургическое лечение, начиная с поэтапных малоинвазивных вмешательств. Были выделены для наблюдения 2 группы пациентов с некротизирующим панкреатитом: 1 группа - 16(14,8%) пациентов с асептическим панкреонекрозом и коллекциями жидкости в сальниковой сумке либо забрюшинном пространстве; 2 группа - 13 (12,0%) пациентов с инфицированным панкреонекрозом и абсцедированием.

В 1 группе выполнялись: лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости - 7 (43,7 %), лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости + дренирование сальниковой сумки - 5 (31,2%).

Во 2 группе выполнялись: лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости + вскрытие и дренирование абсцессов сальниковой сумки - 2(15,3 %), минилапаротомная оментобуростомия с некрсеквестрэктомией - 6(46,2%), ретроперитонеоскопия, дренирование забрюшинной клетчатки - 5 (38,5 %) пациентов.

При использовании малоинвазивных операций в лечении острого некротизирующего панкреатита сократилась летальность с 36% в 2012г. (при преимущественном выполнении «открытых» операций) до 25% в 2014г.

**Заключение.** Применение миниинвазивных вмешательств при поэтапном лечении острого некротизирующего панкреатита улучшает результаты лечения больных с данной

патологией. Раннее применение малоинвазивных методов лечения сокращает сроки лечения и реабилитации больных.

## **МАРШРУТИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ В ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА.**

**Михайлова С.А., Гамза В.Н., Котельников О.А., Нусратов М.И., Мурасов М.Ф.**

**ГБУЗ ОКБ №2, г. Челябинск.**

**Введение.** В настоящее время наметилась тенденция к увеличению числа больных, страдающих доброкачественной механической желтухой. Среди причин механической желтухи (МЖ) ведущее место занимает холедохолитиаз и наблюдается у больных в 23-40% случаев, стеноз большого дуоденального сосочка (18–23%), рубцовая стриктура гепатикохоледоха (9-15%). Учитывая высокую летальность при операциях на высоте желтухи, целесообразно проводить этапное лечение МЖ в стационарах различного уровня.

**Цель исследования.** Оценка эффективности применения протоколов оказания помощи больным с механической желтухой неопухолевого генеза в стационарах различного уровня.

**Материалы и методы.** Представлены результаты лечения 118 больных механической желтухой неопухолевого генеза (n=92;78% женщин, n=26;22% мужчин) за период 2013-2014гг в стационарах различного уровня. Возраст пациентов колебался от 35 до 90 лет. Уровень МО(I-II-III) определялся согласно ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Наиболее частой причиной МЖ являлся холедохолитиаз (n=101;86%), стеноз большого дуоденального сосочка БДС (n=6;4,8%), стриктура гепатикохоледоха (n=3;3%). Осложнение МЖ гнойным холангитом встречалось в 24% случаев. Больные были разделены на 2 группы. В первой группе-55(46,6%) больным оказывалась помощь в стационарах I-го уровня, во 2-ой группе – 63(53,4%) пациентам помощь оказывалась в стационарах II-го и III-го уровня. В связи с низким техническим оснащением, отсутствием опытных специалистов УЗИ, хирургов, эндоскопистов тактика лечения в МО I-го уровня отличается от лечения больных в МО II-го и III-го уровня. По полу и возрасту пациенты обеих групп были сопоставимы. Диагноз МЖ выставлялся на основании клинических данных, результатов биохимических и общеклинических анализов крови, УЗИ, ФЭГДС, КТ, МРХПГ, ЭРХПГ, ЧЧХГ.

**Результаты.** Лечение больных в 82% случаев осуществлялось с применением двухэтапной тактики. При поступлении в стационар любого уровня, изначально всем пациентам проводилось консервативное лечение. Одновременно выполнялась декомпрессия



желчных протоков открытым методом (холецистостомия), эндоскопическим методом (эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) и литоэкстракция) и пункционным (чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС)). При прогрессировании заболевания и неэффективности методов декомпрессии на 2-ом этапе осуществлялась открытая или миниинвазивная операция. Одноэтапный метод использовался в 18 % случаев.

В 1 группе больным МЖ на первом этапе выполнялась миниинвазивная холецистостомия (n=49;89%). На втором этапе осуществлялась маршрутизация больных в МО II-го и III-го уровня.

Во 2 группе больным холедохолитиазом, осложненным МЖ на первом этапе выполнялись ЭПСТ, литоэкстракция, ЧЧХС. При наличии холангита ЭПСТ дополнялось назобилиарным дренированием. При вклиненном камне БДС декомпрессию осуществляли ЭПСТ и литоэкстракцию, либо ЧЧХС. После разгрузки протоков или неэффективности декомпрессии вторым этапом проводилась плановая малоинвазивная холецистэктомия с ревизией протоков.

При стриктуре гепатикохоледоха первым этапом выполнялось эндоскопическое бужирование и стентирование протока у 1-го больного и у 2-х больных ЧЧХС с последующим наложением анастомоза.

При использовании двухэтапной трехуровневой методики лечения больных МЖ сократилась летальность в стационарах I-го уровня с 18% в 2012г. (при лечении на местах) до 8,2% в 2015г, а в МО II-го и III-го уровня с 7,8% в 2012г. до 2,5% в 2015г.

**Заключение.** Применение алгоритма оказания помощи больным с механической желтухой неопухолевого генеза в стационарах различного уровня позволило сократить летальность и улучшить качество оказания хирургической помощи.

## **ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ И СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ**

**Муаззамов Б.Б.**

**Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан**

В последние годы альтернативой традиционным хирургическим вмешательствам на желчевыводящих путях являются лапароскопические операции, которые широко применяются в современной медицинской практике. Но, к сожалению, после проводимых операций соответственно увеличивается и число различных осложнений, что нередко может приводить к плачевным последствиям.

Одним из грозных осложнений после лапароскопических операций на желчевыводящих путях является возникновение тромбозов, особенно у лиц с повышенным риском тромбообразования. Чаще всего такого вида осложнения возникают после сочетанных, или так называемых симультанных операций, где кроме вмешательств на желчевыводящей системе, одновременно проводятся и другие комбинированные операции. В профилактике этих осложнений целесообразно применять механические способы воздействия, к которым относятся применение эластичных гольфов и чулок, обеспечение адекватной гидратации, использование нормоволемической гемоделиции и т.д. Кроме механических способов целесообразно применять также фармакологические препараты, такие как низкомолекулярные декстраны, нефракционированный гепарин, низкомолекулярный гепарин (клексан, фраксипарин и др). При этом, учитывая степень риска возникновения тромбозов, как в дооперационном, так и послеоперационном периодах проводятся специфические и неспецифические меры их профилактики. Проводимые мероприятия включают в себя применение антикоагулянтов прямого действия и антиагрегантов в комбинации с эластическими бинтами, накладываемыми на нижние конечности, а также внутривенное введение низкомолекулярных декстранов. Чем выше степень риска возникновения тромбов, тем шире диапазон использования препаратов в различных комбинациях, поэтому в тяжелых случаях целесообразно применять комплексную терапию, при которой вышеуказанные мероприятия проводятся как в до-, так и послеоперационном периодах. Введение препаратов проводилось под обязательным контролем состояния свертывающей системы крови, куда входят ВСК, уровень фибриногена, тромбоцитов в крови и др., и высчитывалось по специальной дозировке с учетом массы тела больного и его возраста. Длительность курса применения профилактических и лечебных мероприятий при тромбозах зависело от показателей периферической крови и нормализации критериев эффективности их использования.

**Заключение.** Проведение лапароскопических операций на желчевыводящих путях требует обязательного учета риска возникновения тромботических осложнений и строго индивидуального подхода к их профилактике и лечению.

## **ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ОБСТРУКЦИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ**

**Муцуров Х.С.**

**Кафедра хирургии ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет», Грозный,  
Россия**

**Актуальность.** Диагностика и лечение острых обструкций желчевыводящей системы и их осложнений – актуальная проблема современной хирургии.

**Цель исследования:** оценить значение современных чреспапиллярных эндоскопических операций в решении проблемы восстановления желчеотведения в неотложной хирургии.

**Результаты.** Проанализированы результаты чреспапиллярных операций (ЧПО) по восстановлению естественного желчеотделения у 140 пациентов с доброкачественными (38%) и злокачественными (62%) заболеваниями, вызвавшими обструкцию гепатикохоледоха (ГХ) и осложнения (желтуха, холангит) в период 2006 – 2013 гг. Доброкачественные заболевания: холедохолитиаз (ХЛ - 58%), стриктуры желчных протоков (19%), хронический панкреатит (15%) и доброкачественные новообразования большого дуоденального сосочка (БДС). Злокачественные заболевания: рак поджелудочной железы (50,6%), рак БДС (19,5%). Для восстановления естественного пассажа в двенадцатиперстную кишку у 140 больных выполнены следующие эндоскопические операции (в том числе комплексно): эндоскопическая папиллотомия (ЭПТ) - 100, механическая экстракция камней (МЭК) и механическая литотрипсия (МЛТ) - 43, назобилиарное дренирование (НБД) - 52, стентирование пластиковыми стентами (ПС) – 64 и саморасширяющимися стентами (СМС) – 38.

**Результаты.** Методом восстановления естественного желчеотделения при ХЛ является операция ЭПТ, дополненная МЭК и МЛТ при крупных камнях и узком тьерминальном отделе холедоха, при гнойном холангите - НБД. Эффективность комплексного применения ЧПО при ХЛ составила 87%. При неудачах устранения ХЛ методом выбора является установка НБД, лучше в сочетании с ПС, обеспечивающих протекторную функцию (профилактика вклинения камней), наружно-внутреннее дренирование желчевыводящей системы и профилактику и лечение гнойного холангита. Тактика дальнейшего лечения либо повторные эндоскопические операции (при наличии опыта и соответствующих инструментов), либо хирургическая операция. Стриктуры ГХ - наиболее сложная и нерешенная проблема для эндоскопической коррекции. Расширение просвета ГХ удается тем сложнее технически, чем выше стриктура. Операция требует одноразовых дорогостоящих инструментов, а эффект от различных способов дилатации является временным. Методом эндохирургического лечения стриктур является стентирование ПС и СМС как более эффективная операция с меньшим числом осложнений и лучшими отдаленными результатами. Неудачи применения ПС при стриктурах составляют 23%, а СМС - 11%. Злокачественные новообразования – главный объект эндоскопической чреспапиллярной хирургии, обусловленный перспективами применения ПС и, особенно,

СМС, при которых они приобретают значение как окончательный самостоятельный метод лечения, альтернативный хирургическому (эффективность - 83%, осложнения – 9%), возможность амбулаторного проведения. Недостатки эндохирургии - дороговизна инструментов и, естественно, операций, и необходимость замены стентов.

**Заключение.** Внутрисветовая чреспапиллярная эндоскопическая хирургия – дорогостоящий, но эффективный метод восстановления естественного желчеотведения при осложненных обструкциях желчных протоков различной этиологии.

## **ОСЛОЖНЕНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

**Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Сайдазимов Е.М., Хакимов Ю.У.**

**АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова»,  
Ташкент, Узбекистан**

За последние десятилетия, как во многих странах мира, так и в Узбекистане, отмечается увеличение числа больных с заболеваниями желчевыводящих путей. Увеличилось и число операций, проводимых на желчном пузыре и протоках. Вместе с тем наблюдается увеличение частоты повреждений желчных протоков в 2-4 раза, составляя от 0,22 до 1,86%. Внедрение лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) повлекло за собой заметное увеличение частоты и тяжести повреждений желчных протоков. При травме желчных протоков её лечение представляет исключительную сложность, требующую длительного лечения, дорогостоящих лечебно-диагностических манипуляций, приводящие к серьезной инвалидизации больных. Летальность составляет 8-17%, осложнения при операциях возникают до 47%, развитие посттравматических стриктур желчных протоков до 30-55%.

**Цель исследования:** улучшение результатов хирургического лечения больных повреждениями и рубцовыми стриктурами желчных протоков после ЛХЭ.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты хирургического лечения 48 больных с повреждениями и рубцовыми стриктурами магистральных желчных протоков (МЖП) после ЛХЭ за период с 2000 по 2016 гг. Среди пролеченных больных мужчин было 12 (25%), женщин – 36 (75%). Возраст пациентов варьировал в пределах от 19 до 80 лет. По нашим данным повреждения МЖП отмечены у 17 (0,26%) больных на 6521 холецистэктомий. Поступил из других стационаров 31 пациент. У 12 (25%) больных повреждения МЖП выявлены интраоперационно, у 36 (75%) больных повреждения были выявлены в раннем послеоперационном периоде. Всем больным проведено комплексное обследование, включая РПХГ, ЧЧХС и МРТ-холангиографию.

**Результаты.** При интраоперационном повреждении желчных протоков (n=12) у 7 больных имелось полное пересечение протока, у 5 краевое повреждение. У 14 больных операции направленные на восстановление анатомии желчных протоков были выполнены сразу, 3 выполнены в 2 этапа. При выявлении повреждений желчных протоков в послеоперационном периоде (n=36) выполняли одно- или двухэтапные операции в зависимости от наличия инфильтративно-воспалительных изменений подпеченочной области. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде наблюдали у 10 (20,8%) больных, из них у 2 (4,1%) с летальным исходом. В отдаленном периоде неудовлетворительные результаты наблюдали у 15 (31,2%) больных, причем стеноз гепатикоэнтероанастомоза (ГепЕА) у 5 (33,3%), стеноз билио-билиоанастомоза у 10 (66,6%) больных. Повторные оперативные вмешательства потребовались 11 (22,9%) больным. Лучшие результаты получены в группе больных, где операции выполнялись при интраоперационном обнаружении травм МЖП. Из 12 больных этой группы хорошие ближайшие и отдаленные результаты получены у 84,3% больных. Основной операцией при полном пересечении и рубцовой стриктуре МЖП является ГепЕА на выключенной петле тонкой кишки по Ру с применением прецизионной техники, что выполнено у 29 больных с хорошим отдаленным результатом в 95,3% случаях. ГепЕА без каркасного дренирования значительно сокращает сроки лечения больных, однако эту методику удалось выполнить только у 11 больных этой группы.

**Заключение.** Причиной неудач в лечении повреждений и рубцовых стриктур после ЛХЭ являются несвоевременность диагностики и выполнение неадекватных по объему операций, которые могут привести к ухудшению качества жизни и инвалидизации больных, а также к летальным исходам.

## **ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОВ С НЕПАЗИТАРНЫМ КИСТОЗНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ**

**Нартайлаков М.А., Самоходов С.Ю., Салимгареев И.З, Мустафин А.Х.**

**ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, Уфа, Россия**

**Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия**

Хирургическое лечение больных с непаразитарными кистозными поражениями печени (поликистозом печени), остается серьезной проблемой современной гепатологии с множеством нерешенных проблем.

**Цель исследования:** улучшить результаты лечения больных с кистозными поражениями печени непаразитарной этиологии с использованием лапароскопических технологий.

**Материалы и методы.** Работа выполнена в Республиканском центре хирургической гепатологии на базе хирургического отделения Республиканской клинической больницы им. Г.Г. Куватова. Подробно изучались результаты хирургического лечения 87 больных поликистозом печени за период 2010-2015 гг. включительно. Диагностический алгоритм включал проведение комплексного ультразвукового исследования с дуплексным сканированием органов брюшной полости, компьютерную или магнитно-резонансную томографии, иммуноферментный анализ на паразитарные антитела. Установка лапароскопического оборудования и манипуляторов производилась в зависимости от локализации кист под видеоэндоскопическим контролем. Показаниями к лапароскопическому вмешательству служили кисты печени размерами от 6 см и более. Наиболее благоприятной являлась поверхностная локализация кист, что облегчало проведение хирургического лечения.

В зависимости от использованных методов хирургического лечения пациенты были разделены на две группы. Основную группу составили 63 (72,4%) больных поликистозом печени, которым применялась лапароскопическая атипичная резекция печени, в контрольной группе (24 (27,6%) человека) проведен традиционный метод лечения. Выбор метода доступа зависел от локализации кист печени, традиционный доступ применялся при кистах печени, локализованных в 7-8 сегментах по задне-диафрагмальной поверхности.

**Результаты.** Главным критерием эффективности оперативного лечения является течение раннего послеоперационного периода. Основными осложнениями раннего послеоперационного периода явились: нагноение послеоперационной раны в контрольной группе (3 случая - 12,5%). Данное осложнение обусловлено наличием у пациентов сопутствующей патологии: ожирение (2 случая - 8,3%), сахарный диабет (1 случай - 4,2%). В основной группе послеоперационных осложнений не наблюдалось.

В основной группе отмечается ранняя активация пациентов, через 10-12 часов после операции больной может самостоятельно себя обслуживать. В контрольной группе пациенты в течении первых суток раннего послеоперационного периода нуждались в постороннем уходе. Анальгезия в раннем послеоперационном периоде у пациентов основной группы осуществлялась нестероидными противовоспалительными препаратами (Кетонал), в контрольной группе обезболивание осуществлялось наркотическими анальгетиками (Промедол). Сроки госпитализации основной группе составили  $10 \pm 3$  койко-дня, а в контрольной группе  $18 \pm 4$  койко-дня.

**Выводы.** Внедрение лапароскопического доступа становится методом выбора в лечении непаразитарных кист печени и позволяет снизить риск послеоперационных осложнений, сократить сроки госпитализации и реабилитации больных в послеоперационном периоде.

## **ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙХОЛЕЦИСТЭКТОМИИВ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Оловянный В.Е.**

**БУ Архангельская областная клиническая больница, Архангельск, Россия**

**Цель исследования:** проведен ретроспективный сравнительный анализ обозначенной проблемы при выполнении лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) в Архангельской области за два временных периода.

**Материалы и методы.** В начальный период с апреля 1994 г. по 2007 г. в 14 лечебных учреждениях 42 хирурга выполнили 14 645 ЛХЭ. Доля лапароскопических операций в 2007 г. составила 69%. В 11 ЛПУ в общей сложности было идентифицировано 36 повреждений ВЖП, что составило 0,24%, из них полных пересечений (иссечений) ОЖП выявлено 25 (0,17%) случаев. Операции выполнены по поводу острого калькулезного холецистита в 22 (61%) наблюдениях, при хроническом калькулезном холецистите - в 14 (39%). 25 (69,4%) повреждений ВЖП диагностированы во время операции и 11 (30,6%) после операции. Среди интраоперационно выявленных повреждений ВЖП было 22 полных пересечения. Среди 11 повреждений ВЖП, выявленных в послеоперационном периоде, в 3-х случаях обнаружено полное пересечение ОЖП (в 1 случае – иссечение).

За последние четыре года (2012 – 2015) в 12 медицинских организациях (МО) региона 66 хирургов выполнили 8750 ЛХЭ. Доля лапароскопических операций составила 93,6 % от всех холецистэктомий. В пяти МО зафиксировано 10 полных пересечений ВЖП (0,11%). В одном случае повреждение выявлено после операции.

**Результаты.** В первый период в 15 случаях наложен гепатикоюноанастомоз по Ру, в 6 случаях выполнен первичный шов ОЖП на Т-образном дренаже и в 1 случае наложен гепатикодуоденоанастомоз. В этой группе у 3-х больных зарегистрированы осложнения, потребовавшие повторных операций (в 2-х случаях пациенты были переведены в Областную больницу). Зарегистрирован один летальный исход при несостоятельности гепатикодуоденоанастомоза. В группе поздней диагностики повреждений ВЖП выполнено наружное дренирование ОПП с наложением гепатикоюноанастомоза в отсроченном порядке (двое пациентов для реконструктивной операции были направлены в клиники

Санкт-Петербурга, в третьем случае для проведения операции приглашен специалист из Областной больницы. Летальных исходов в этой группе больных не зарегистрировано.

В последний период из 10 зарегистрированных повреждений ОЖП, в 8 случаях наложен гепатикоеюноанастомоз, в одном случае – шов на Т-образном дренаже и еще в одном – гепатикодуоденоанастомоз. В последнем случае возникла несостоятельность анастомоза, закончившаяся летальным исходом. Все реконструктивные вмешательства во втором периоде проводились на месте.

**Заключение.** Частота пересечения ОЖП при ЛХЭ сопоставима с открытой операцией. Относительно невысокую частоту данного осложнения (0,17 %) в первой группе наблюдений объясняем длительным периодом выполнения ЛХЭ ограниченным количеством хирургов. Только 14 % пациентов с повреждениями ВЖП направлялись для реконструктивных или повторных операций в региональные центры, что можно связать с наличием опытных абдоминальных хирургов в ЛПУ, занимающихся лапароскопической хирургией.

В последние годы при значительном увеличении доли лапароскопической холецистэктомии (с 69% в 2007 г. до 93% в 2015 г.) и количества хирургов, освоивших лапароскопическую технику (в 2007 г. - 42 и в 2015 г. - 66), частота ятрогенных повреждений ВЖП уменьшилось. Реже стали применяться некорректные реконструктивные вмешательства (шов на дренаже, анастомоз с 12 перстной кишкой), но к сожалению, они не исключены из практики. Нет информации и по отдаленным результатам реконструктивных вмешательств.

Исследование состояния данной проблемы в целом регионе, важны, на наш взгляд, для демонстрации общего уровня хирургической помощи пациентам с желчнокаменной болезнью. Полученные результаты можно использовать также для оценки работы как хирургического коллектива (учреждения, отделения), так и отдельно взятого хирурга.

## **ОПЕРАЦИОННЫЙ СТРЕСС ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ОТКРЫТЫХ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ: ЧТО БОЛЕЕ ЗНАЧИМО – ДОСТУП ИЛИ ОБЪЕМ?**

**Панченков Д.Н.<sup>1,2</sup>, Алексанян Г.Б.<sup>1,2</sup>, Ахматова Н.К.<sup>3</sup>, Ефанов М.Г.<sup>4</sup>, Алиханов Р.Б.<sup>4</sup>,  
Иванов Ю.В.<sup>1,2</sup>, Астахов Д.А.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет им.

**А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Россия**

<sup>2</sup>ФГБУ Федеральный научно-клинический центр ФМБА России, Москва, Россия



<sup>3</sup>ФГБУ Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова  
РАМН, Москва, Россия

<sup>4</sup>ГБУЗ Московский клинический научный центр ДЗ г. Москвы, Россия

**Цель исследования:** сравнительный анализ параметров операционного стресса при выполнении лапароскопических и открытых резекций печени.

**Материалы и методы.** Исследование включало экспериментальную и клиническую составляющую; содержит две группы: основная: лапароскопические резекции печени, контрольная группа: открытые резекции печени. В каждой группе сравнивали также объем резекции: «малые» и обширные резекции печени. Экспериментальное исследование включает 40 кроликов породы Шиншилла, обоих полов, весом до 3 кг. В предоперационном периоде, выполнялся забор крови из вены ушной раковины по 5 мл в гепаринизированные и негепаринизированные стерильные пробирки, для сравнения показателей иммунологического статуса: пролиферативная, цитотоксическая и фагоцитарная активность монокулярных лейкоцитов. Оперативное вмешательство выполнялось под общей анестезией. Заключительный этап состоял из трехкратных последовательных заборов крови (по вышеуказанной методике) через 4-6 часов после вмешательства, 24 часа и на 7-е сутки соответственно в гепаринизированные и негепаринизированные стерильные пробирки с последующей лабораторной диагностикой. Оценивали показатели цитотоксической, пролиферативной и фагоцитарной активности. Клиническая часть исследования заключается в сравнительной оценке параметров операционного стресса у 38 пациентов, перенесших резекции печени открытым и лапароскопическим доступом по схеме, ранее отработанной в эксперименте. Определяли профиль интерлейкинов: ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10, белки теплового шока, общее количество лейкоцитов, популяции лимфоцитов CD 3, CD 4, CD 8, CD 20, CD 25, NK, HLA, ИРИ, TLR 2, TLR3, TLR4, TLR5, TLR6, TLR8, TLR 9.

**Результаты.** При сравнении показателей в основной и контрольной группах экспериментальных животных: фагоцитарная активность сохранилась практически неизменной в основной группе, в контрольной группе снизилась в послеоперационном периоде. Цитотоксическая активность мононуклеарных лейкоцитов снизилась по отношению к НК-чувствительной линии K562 эритробластного лейкоза, в контрольной группе больше, чем на 45% , в основной группе около 20% . Эти данные косвенно демонстрируют, что противовирусный и противоопухолевый потенциал НК-клеток снижен. При сравнении пролиферативной активности мононуклеарных лейкоцитов отмечено усиление спонтанной пролиферации и уменьшение индуцированной фитогемагглютинином пролиферации, что обусловлено стрессирующим воздействием. Это означает, что лейкоциты не могут адекватно реагировать на дополнительную стимуляцию ввиду

истощения их скрытых резервов. По результатам клинических исследований Показатели субпопуляций лейкоцитов, были значительно повышены как в группе с открытыми, так и с лапароскопическими резекциями печени. Однако показатели в основной группе были выше, чем аналогичные в контрольной группе. В особенности это касается показателей CD4, которые превышали цифры в открытой группе, что касается CD8, показатели сопоставимы. В нашем исследовании выявлялись повышенные уровни экспрессии TLR, что указывает на наличие инфекционных агентов и распознавание ЛПС грамотрицательных бактерий. Значения уровней белков теплового шока, были достоверно повышены в группе с открытыми резекциями печени. Уровень всех цитокинов (за исключением IL-12 и IL-4) у больных до операции, так и после нее, был статистически значимо повышен. Уровни Th1/Th2/Th9/Th17/Th22 у больных были повышены уже до операции, в результате физического стресса, обусловленного наличием опухолевого процесса, инфекции или сопутствующей патологии, что свидетельствует о наличии воспалительного процесса, связанного с активацией эффекторов иммунной системы. Оперативное вмешательство более интенсивно индуцировало повышение данных цитокинов, приводя дисбалансу системы цитокинов хелперных клеток, который может приводить к функциональным и органическим нарушениям через индукцию «цитокинового шторма» и усугублять состояние пациентов.

**Выводы.** Полученные лабораторные данные, наряду с влиянием опухоли и нанесенной операционной травмой, демонстрируют повышенные показатели в группе с открытыми резекциями печени, в сравнении с лапароскопическими. Имеются убедительные доказательства превосходящих результатов лапароскопических резекций печени, которые имеют меньшее влияние на сохранность иммунитета и, следовательно, на послеоперационную заболеваемость и выживание. Наилучших показателей удалось добиться при «малых» резекциях печени, показатели операционного стресса после обширных резекций печени демонстрировали сопоставимые результаты и в меньшей степени зависят от выбора доступа.

**АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ,  
ТАКТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ И ОСЛОЖНЕНИЙ  
Пархисенко Ю.А., Жданов А.И., Пархисенко В.Ю., Музальков В.А., Каширский А.Г.,  
Чернышова Н.В., Калашник Р.С.**

За период с 2010 по 2015 гг. в клинике госпитальной хирургии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко на базе хирургического отделения №1 Воронежской областной клинической больницы №1 выполнено 1246 лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ) по поводу

желчнокаменной болезни, в 112 (9,0%) из которых было произведено дренирование холедоха по Холстеду-Пиковскому по показаниям. По поводу острого калькулезного холецистита произведено 158 (12,7%) ЛХЭ: в первые 24 часа – 31 (2,5%), через 24-48 часов – 79 (6,3%), в ранний отсроченный период по причине отдаленного проживания пациентов от областного центра – 48 (3,9%). По поводу острого деструктивного холецистита 23 пациентам было выполнено наложение холецистостомы (особенно пациентам с тяжелыми сопутствующими заболеваниями) с последующим их оперативным лечением в «холодном» периоде. В отделении за указанный период наблюдалось 2 (0,2%) ятрогенных повреждения холедоха, которые были замечены интраоперационно – осуществлен конверсионный переход с наложением гепатикоюноанастомоза на выключенной петле кишки по Ру.

Из районных больниц с ятрогенными осложнениями за указанный период поступило 37 пациентов. С клиникой желчного перитонита были доставлены 5 больных. Объем помощи у этих больных заключался в наружном дренировании холедоха или гепатикуса, санации и дренировании брюшной полости с последующей реконструктивной операцией в виде гепатикоюноанастомоза на выключенной петле кишки по Ру. Остальные 32 пациента с наружным дренажем внепеченочных желчных протоков или холангиостомами были оперированы планово, как правило, с наложением высоких гепатикоюноанастомозов на выключенной петле кишки по Ру. У 3 больных анастомоз пришлось накладывать с отдельно выделенными левым и правым печеночными протоками.

Атипичная резекция 4-5 сегментов печени с выделением расширенной внутripеченочной бифуркации была произведена 2 пациентам с высокой стриктурой гепатикуса, не выявленной в период выделения внепеченочно. Наложены внутripеченочные бифуркационные гепатикоюноанастомозы на выключенной петле кишки по Ру с хорошим последующим результатом. У 3 больных по поводу рестеноза гепатикоюноанастомоза через 6-8 мес после первой операции было произведено иссечение стриктур с наложением бифуркационных гепатикоюноанальных анастомозов.

**Выводы.** При лапароскопических операциях причинами ятрогенных осложнений чаще всего являются кровотечения, остановка которых сопровождается клипированием гепатикуса. При высоких стриктурах желчных протоков показана резекция 4-5 сегментов печени до выделения внутripеченочной бифуркации с последующим анастомозированием ее с выключенной петлей кишки по Ру.

# АНАЛИЗ УЧЕТА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ И ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ

Пархисенко Ю.А., Воронцов А.К., Киселев Е.В.

За период с 2010 по 2015 гг. в хирургическом отделении №1 Брянской городской больницы №1 и хирургического отделения №2 Брянской областной больницы №1 выполнено 2666 лапароскопических холецистэктомий по поводу желчнокаменной болезни. При выполнении данных оперативных вмешательств были выявлены следующие осложнения: пересечение общего желчного протока – 2, повреждение толстой кишки при введении первого троакара – 1, желчеистечение в послеоперационном периоде – 1, повреждение правого печеночного протока – 1. Обратимся к клиническим случаям.

Больная П., 63 лет, оперирована в плановом порядке с диагнозом: ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. При выполнении лапароскопической холецистэктомии выявлен инфильтрат области Гартмановского кармана, умеренный спаечный процесс в правом подреберье. В ходе оперативного вмешательства клипсы были наложены на общий желчный проток с последующим его пересечением. Выполнена конверсия. Произведена лапаротомия, наложение гепатикоюноанастомоза на выключенной петле кишки по Ру. В послеоперационном периоде у больной было истечение желчи по дренажу до 150 мл в сутки до 5 дней, на 8-е сутки сняты швы, рана зажила первичным натяжением. Больная была под наблюдением до 6 месяцев.

Больной В., 52 лет, оперирован в плановом порядке с диагнозом: ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Выполнена лапароскопическая холецистэктомия. В ближайшем послеоперационном периоде у больного по дренажу выявлено истечение желчи. Через 2 часа больной взят на релaparоскопию. На операции выявлен дефект зажатой клипсы пузырного протока с подтеканием желчи. Произведено повторное клипирование пузырного протока, брюшная полость осушена, дренирована. Послеоперационный период протекал без осложнений, на 5-е сутки выписан в удовлетворительном состоянии.

Больная С., 75 лет, в анамнезе – резекция желудка по поводу язвенной болезни 17 лет назад. Оперирована в плановом порядке по поводу хронического калькулезного холецистита. При введении первого троакара выявлено повреждение ободочной кишки. Выполнена конверсия. Произведена лапаротомия, ушивание раны ободочной кишки. Послеоперационный период протекал тяжело, осложнился несостоятельностью ушивания ободочной кишки, выполнена релaparотомия, выведение трансверзостомы. Послеоперационный период протекал без осложнений, выписана в удовлетворительном

состоянии с последующими рекомендациями о восстановлении непрерывности кишечника. Больная под динамическим наблюдением.

**Выводы.** При лапароскопической холецистэктомии для предотвращения осложнений, описанных выше, следует:

- четко дифференцировать переднюю и заднюю стенки желчного пузыря, гепатодуоденальную связку, общий желчный проток;
- при тракции желчного пузыря вверх за шейку следует осматривать гепатодуоденальную связку для отчетливой визуализации общего желчного протока;
- при массивных инфильтративных процессах не торопиться переходить к клипированию структур;
- хорошо понимать анатомию пузырного протока и всегда иметь ввиду различные варианты его отхождения от общего желчного протока, учитывая и тот факт, что пузырный проток может быть очень коротким.

## **ОСЛОЖНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯТРОГЕННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ И СТРИКТУРЫ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ**

**Погосян Г.А., Айдемиров А.Н., Вафин А.З., Мнацакян Э.Г., Машурова Е.В.**

**ГБОУ ВПО Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России, Ставрополь, Россия**

**Цель исследования:** анализ осложнений хирургического лечения ятрогенной травмы и стриктуры желчевыводящих протоков.

**Материалы и методы.** Располагает опытом хирургического лечения 114 пациентов с ятрогенными повреждениями и/или стриктурами желчевыводящих протоков в период с 1989 по 2015 гг.

В 1989 - 2015 гг. в нашей клинике выполнено 123 восстановительных и реконструктивных операций у 114 больных с ятрогенной травмой ВЖП. По поводу «свежего» повреждения гепатикохоледоха оперирован 41 (36,0%) больной и со стриктурой при поздно диагностированном повреждении - 73 (64,0%). Вынужденные операции выполнены у 3 (2,6%) пациентов, коррекция стриктуры ранее сформированных билиобилиарных или билиодигестивных анастомозов выполнена у 6 (5,2%).

Интраоперационно повреждение желчевыводящих путей было диагностировано у 33 (29%) пациентов, у 81 (71%) диагноз установлен в послеоперационном периоде, из них до 7 суток - у 55 (48,2%) и позже - с 8 до 365 суток - у 26 (22,8%).

**Результаты.** В послеоперационном периоде у 114 пациентов возникли 36 (31,5%) осложнений, из них 8 (19,5%) - у 41 пациента со «свежим» повреждением и 28 (38,5%) - у 73 больных с ятрогенной стриктурой желчных протоков.

При лечении «свежего» ятрогенного повреждения желчных протоков неспецифические осложнения имели место у 2 больных - у 1 ранняя спаечная кишечная непроходимость, у другого – сердечно-сосудистая недостаточность. При поздно диагностированном повреждении в структуре неспецифических осложнений были тромбоэмболия легочной артерии (1), сердечно-сосудистая недостаточность (1), сепсис (1) и ранняя кишечная непроходимость (1).

Среди 28 (77,7%) специфических осложнений по частоте преобладает холангит как в группе пациентов со «свежей» травмой гепатикохоледоха – 3, так и в группе больных со стриктурой ВЖП – 4. Несостоятельность билиодигестивного соустья с распространенным желчным перитонитом и формированием в послеоперационном периоде наружного желчного свища были у 2 больных при поздней диагностике ятрогенного повреждения гепатикохоледоха, абсцесс брюшной полости был у 1 пациента. Осложнения, связанные с применением СТД, были следующие: синдром «недренируемой доли печени» (2) и гемобилия - (2). У 1 больного мы наблюдали «синдром низкого отведения желчи» в виде дискомфорта в животе, диареи.

Осложнения, непосредственно связанные с применением СТД при реконструктивных операциях в группе пациентов со «свежей» травмой были у 4 пациентов: холангит - у 3, подпеченочная биллома - у 1. В группе больных с ятрогенной стриктурой таких осложнений было 10: холангит - у 4, гемобилия - у 2, синдром «недренируемой доли» печени - у 2, наружный желчный свищ - у 2, биллома - у 1. Подпеченочные билломы в послеоперационном периоде были у 2 пациентов.

Гемобилия была диагностирована у 2 больных на 3-7 сутки после реконструктивных операций, выполненных по поводу ятрогенной стриктуры желчеотводящих путей.

**Заключение.** После оперативных вмешательств, выполненных при «свежем» повреждении внепеченочных желчных протоков, ранние послеоперационные осложнения (19,5%) как неспецифические, так и специфические наблюдались значительно реже, чем при поздно выявленной ятрогенной травме гепатикохоледоха (38,5%).

Оптимальным сроком выполнения реконструктивной операции при ранней диагностике ятрогенного повреждения являются 3-5 сутки повреждения, когда еще не выражены воспалительные изменения, которые в более отдаленные сроки не позволяют произвести радикальные операции, и поэтому приходится ждать 2 - 3 месяца.

## **БИЛИАРНЫЕ РЕКОНСТРУКЦИИ И БИЛИАРНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ**

**Поршенников И.А., Быков А.Ю., Павлик В.Н., Карташов А.С., Щёкина Е.Е.,  
Коробейникова М.А., Юшина Е.Г., Юданов А.В.**

**ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»,  
Новосибирск, Россия**

Наш центр располагает опытом 104 ортотопических трансплантации печени 98 реципиентам в возрасте от 5 месяцев до 66 лет (средний возраст  $38 \pm 16,7$  лет), выполненных в период с 08.2010 по 02.2016. В 68 (65,4%) случаях в качестве трансплантата использована целая печень от посмертного донора. В 33 (31,7%) случаях использован фрагмент печени от живого родственного донора, при этом в 29 (27,9%) случаях трансплантатом явилась правая половина печени, в 1 (1,0%) – левая половина печени, в 3 (2,9%) случаях – левый латеральный сектор. В 3 (2,9%) случаях использованы фрагменты *in situ* разделенной трупной печени (*split*-трансплантации): в 2 случаях – правая и левая половины, в 1 случае – левый латеральный сектор. 4 реципиентам были выполнены ретрансплантации целой печени, 1 реципиенту – ретрансплантация правой половины печени от живого родственного донора.

Из 68 трансплантации целой печени билиарная реконструкция в варианте холедохохоледохоанастомоза применена в 57 (83,8%) случаях, при этом в 29 (42,6%) выполнено наружное билиарное дренирование катетерами 18-14 G, установленными через культю пузырного протока трансплантата (антеградно) или холедохотомическое отверстие протока трансплантата (антеградно) или реципиента (ретроградно) за линию анастомоза. При 11 (16,2%) трансплантациях выполнена реконструкция в варианте холедохоеюностомии с Y-образно выключенной петлей кишки, при этом в 5 (7,4%) так же использовано наружное дренирование через культю пузырного протока трансплантата (антеградно) или выключенную петлю кишки (ретроградно). В данной группе билиарные осложнения развились после 5 (7,4%) трансплантаций: 1 случае – желчеистечение из хода Люшка, потребовавшее релапаротомии; в 1 случае – ишемический некроз протока трансплантата, по поводу чего выполнено полное наружное дренирование протока трансплантата (реконструкция в отдаленном периоде не выполнялась ввиду смерти пациента на фоне сепсиса); в 2 случаях – анастомотические стриктуры, потребовавшие эндобилиарного стентирования (без реконструктивных операций в последующем); в 1 случае – стриктура терминального отдела нативного холедоха, выполнялись эндоскопические

папиллосфинктеротомии, а через 6 месяцев после трансплантации – реконструктивная гепатикоеюностомия.

Из 36 трансплантаций фрагментов печени в 24 (66,7%) случаях выполнен билиобилиарный тип реконструкции, при этом в 9 (25%) случаях использовано наружное дренирование, а в 12 (33,3%) случаях – билиодигестивный тип реконструкции, 7 (19,4%) – с наружным дренированием аналогично вышеописанному. Билиарные осложнения развились в данной группе после 9 (25%) трансплантаций: 7 (19,4%) случаев частичных несостоятельств анастомоза, из которых 4 разрешены консервативно на фоне длительного чрезкожного дренирования без формирования стриктур, в 3 случаях они реализовались в стриктуры с полными наружными желчными свищами, что потребовало выполнения реконструктивных холангиоеюностомий через 6 и 12 месяцев после трансплантации, в 1 случае явилась причиной инфицирования ложа ePTFE-протеза нижней полой вены, что потребовало ретрансплантации целой печени; в 2 (5,5%) случаях стриктур анастомозов без предшествующих несостоятельств выполнены реконструктивные холангиоеюностомии через 10 и 13 месяцев после трансплантаций.

Необходимо отметить, что, начиная с 17-ой трансплантации фрагмента печени, мы перешли на протокольное использование наружного дренирования, и последние 20 трансплантаций фрагментов печени не сопровождались развитием билиарных осложнений, хотя, безусловно, сокращение их количества является в том числе и следствием накопления персонального опыта получения данного типа трансплантатов. Во всех случаях билиарные анастомозы формировались отдельными швами нитями PDS II 6/0-7/0. В настоящее время мы рутинно используем наружное билиарное дренирование катетерами Certofix mono 14-18 G во всех случаях пересадки печени все зависимости от типа используемых трансплантатов. Это значительно облегчает формирование анастомозов даже с очень узкими протоками, позволяет исключить развитие преданастомотической желчной гипертензии, а также позволяет иметь информацию о продукции желчи трансплантатом, что косвенно отражает его функцию. Ни в одном случае использования наружных дренажей не зафиксировано развития стриктур анастомозов в отдаленном периоде.

## **ПОВРЕЖДЕНИЯ И СТРИКТУРЫ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ**

**Прудков М.И., Орлов О.Г., Кобернюк А.В.**

**ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России,  
Екатеринбург, Россия**

**БУ Свердловская областная клиническая больница №1, Екатеринбург, Россия**



Проблема ятрогенных повреждений магистральных желчных протоков после внедрения минимально инвазивного оперирования приобретает дополнительную актуальность.

В нашей клинике с 2008 г. по настоящее время по поводу отдаленных последствий интраоперационных последствий таких повреждений, констатированных в общей сети ЛПУ г. Екатеринбурга и Свердловской области выполнено 153 гепатикоеюностомии на выключенной по Ру петле тощей кишки с применением прецизионного шва без использования сквозных транспеченочных дренажей. Данное вмешательство применяется в качестве основного вида трансабдоминальных реконструктивных операций при данной патологии.

Однако, проблема ятрогенных повреждений намного сложнее. Пациенты поступают на разных этапах лечения, причем значительная часть этапного лечения (наружное дренирование протоков, лечение перитонита и желчных затеков, подготовка протоков к реконструкции) приходится на неспециализированные хирургические стационары. Общее представление о возникающих трудностях дает классификация повреждений желчных протоков, принятая EAES в 2013 г.

Тип 1-6 – анатомическая локализация в билиарном дереве

Тип пересечения: полное (С), частичное (Р), большое – больше 25% (М), малое – меньше 25% (m).

Повреждение сосудов (V+, V-).

Дефект стенки протока (по протяженности) – LS+, LS-

Время выявления: во время операции (Еу), ранний послеоперационный период (Е), поздний период – стриктура (S)

Этиопатогенез: механическое разделение; например ножницами (М), разделение энергией, например электрической (Е); ишемия – вторичная после повреждения сосудов или энергетического воздействия (I)

Окклюзия (О) или желчеистечение (L)

Использование данной классификации представляется вполне обоснованным, поскольку позволяет сформировать дифференцированную тактику ведения различных вариантов повреждений на разных этапах лечения и адекватнее оценивать результаты их лечения.

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Ризаев К.С., Алтыев Б.К., Баймурадов Ш.Э.**

**Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент,  
Узбекистан.**

Широкое внедрение эндовидеохирургии в разных фазах развития острого панкреатита (ОП) позволяет существенно снизить интоксикацию и в большинстве случаев в сочетании с комплексной консервативной терапией купировать патологический процесс. Но, несмотря на уже имеющиеся успехи в диагностике и лечении ОП, в настоящее время никто с уверенностью не может прогнозировать исход этого заболевания (Шалимов С.А. с соавт., 1990; Решетников Е.А. с соавт., 1998; Takeda К. с соавт., 1998; Савельев В.С. с соавт., 2000; Buchler M.W. с соавт., 2000; Ермолов А.С. с соавт., 2001; Багненко С.Ф. с соавт., 2004, 2005). К сожалению, до сих пор велико число ошибок и вследствие этого возникших осложнений во время и после применения лапароскопических технологий в лечении деструктивного панкреатита.

За период с 2011 по 2015 гг. в РНЦЭМП с диагнозом острый панкреатит госпитализировано 1654 больных, консервативное лечение было применено 1112 (67,2%) больным, оперировано 542 (32,7%) больных, из них лапароскопическим способом 185 (34,1%) больных. При этом у 39 (21,1%) выявлена отечная форма, жировой очаговый панкреонекроз верифицирован у 97 (52,4%) пациентов и геморрагический панкреонекроз у 49 (26,5%) больных. Произведены следующие лапароскопические вмешательства: лапароскопическая санация сальниковой сумки с дренированием брюшной полости – 35 (18,9%); лапароскопическая холецистэктомия, санация, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости – 68 (36,7%); лапароскопическая холецистэктомия, дренирование холедоха по Пиковскому, санация, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости – 82 (44,3%). При сопоставлении частоты различных послеоперационных осложнений получено достоверно снижение этих показателей при выполнении лечебной лапароскопии. Так системные осложнения определены у 16,7% больных после лапароскопии и 39% после традиционных операций. Внутрибрюшные осложнения развились у 11,1% и 39% соответственно. В целом в группе лапароскопий различные осложнения развились у 21 больных, что составило 11,3%, в группе традиционных вмешательств у 78 (21,8%) пациентов. Все осложнения после операции были разделены на системные и внутрибрюшные. Бронхолегочные осложнения после лапароскопии наблюдались у 8 (4,3%) больных, полиорганная недостаточность у 9 (4,8%) больных, ТЭЛА развилась у 2 (1,1%) больных. Внутрибрюшные осложнения наблюдались в виде аррозивного кровотечения у 3

(1,6%) больных, панкреатического свища у 2 (1,1%) больных, нагноение послеоперационной раны отмечалось у 9 (4,8) больных, прогрессирование процесса с абсцедированием отмечалось у 7 (3,8%), вследствие чего потребовалась реоперация лапаротомия в 8 (4,3%) случаях. Основными причинами летальных исходов при применении лапароскопии были полиорганная недостаточность, бронхолегочные осложнения, септическое состояние и ТЭЛА, частота которых колебалась в пределах 1,1-4,8%.

**Заключение.** У больных с острым деструктивным панкреатитом при отсутствии внеорганных забрюшинных осложнений панкреонекроза лапароскопическое вмешательство не только является полноценной альтернативой традиционным операциям, но и за счет минимизации хирургической агрессии позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений с 35,4% до 18,5%, а летальности с 13,4% до 7,4%, при этом необходимость повторного вмешательства в связи с неадекватной санацией или прогрессированием процесса возникает только в 4,3% случаев, что в общей совокупности повышает эффективность лечебной лапароскопии до 88,9%.

#### **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.**

**Румянцев В.Б., Лобаков А.И., Захаров Ю.И., Морохотов В.А., Сидоренко А.Б.**

**Отделение абдоминальной хирургии ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия**

По данным литературы в последнее время частота встречаемости больных с эхинококкозом печени в России и на территориях стран СНГ увеличилась. Причинами этого считается ухудшение санитарно-эпидемиологического контроля, диспансеризации в эндемичных районах, миграция населения. Московская область является неэндемичным районом, однако в нем так же отмечается увеличение случаев заражения людей эхинококкозом печени.

За последние 10 лет в нашем отделении находились на лечении 55 больных с эхинококкозом печени. Двоих больных оперировали по поводу альвеококкоза печени. Большинство пациентов были городскими жителями МО. Размеры кист от 4 до 17 см. Сочетанный эхинококкоз печени и легкого отмечен у 4-х больных, большого сальника у 3-х больных, полости малого таза у 1 больной. Изолированный эхинококкоз селезенки у одной больной. Больных с первичным эхинококкозом было 93%, рецидивным 7%. Осложненный эхинококкоз был у 20% больных. Нагноение кист у 6 больных, обызвествление фиброзной капсулы 23 пациентов, сдавление кистой желчевыводящих протоков (механическая желтуха) у 7 больных, прорыв элементов кисты (хитиновая оболочка, мелкие дочерние кисты) в

желчевыводящие протоки у 2 больных, разрыв кисты в брюшную полость у одной больной, внутренние цистобилиарные свищи у 6-и больных, абсцедирование эхинококковой кисты с флегмоной передней брюшной стенки у одной больной. Положительная серологическая реакция крови на эхинококкоз (ИФА, АЕ) была отмечена у 49 (89%) больных.

Эхинококкэктомия через лапаротомный доступ выполнена у 37 (67%) больных (закрытая и полузакрытая тотальная, субтотальная перицистэктомия), оментопластика остаточной полости кисты печени у 14 пациентов, атипичная резекция печени у 4-х больных, правосторонняя гемигепатэктомия у 1 больной. Ушивание внутреннего цистобилиарного свища у 6 больных. С целью антипаразитарной обработки полости кисты, использовался 100%-ый раствор глицерина с экспозицией 10-12 мин. и последующая дополнительная обработка остаточной полости потоком плазмы при помощи плазменного скальпеля СП-ЦПТ. Лапароскопическая эхинококкэктомия выполнена у 8 (14%) больных. У одной больной, после лапароскопической эхинококкэктомии печени, через 6 месяцев выявлено тотальное обсеменение брюшной полости. В одном случае, интраоперационно, при лапароскопическом вскрытии, дренировании эхинококковой кисты, у больной произошла анафилактическая реакция в связи попадания гидатидной жидкости в брюшную полость, с летальным исходом, несмотря на все предпринятые противошоковые и реанимационные мероприятия. Черескожное пункционно-катетерное дренирование кист под УЗИ контролем выполнено 11 (20%) больным согласно ультразвуковой классификации эхинококковых кист CL и CE1, I типов по Н. Gharbi. И одной больной с большой абсцедирующей эхинококковой кистой, флегмоной передней брюшной стенки с тяжелой сопутствующей патологией.

В раннем послеоперационном периоде после традиционной эхинококкэктомии отмечено нагноение остаточной полости у 4 больных, поддиафрагмальная билома у 2 больных, несформированный наружный желчный свищ у 4 больных, который закрылся после консервативной терапии. После лапароскопической субтотальной перицистэктомии С7 у одной больной выявлен рецидив, нагноение остаточной полости эхинококковой кисты.

В послеоперационном периоде все больные направлялись на консультацию в институт медицинской паразитологии и тропической медицины, для решения вопроса о назначении противорецидивной антипаразитарной химиотерапии. Рецидив эхинококкоза печени у больных, получавших адекватную послеоперационную профилактическую химиотерапию, отмечен у 3 (5,5%) больных: у одной больной после лапароскопической субтотальной перицистэктомии С7 - выполнено черескожное пункционно-катетерное дренирование рецидивной кисты под УЗИ; у двух больных после лапаротомии, полузакрытой эхинококкэктомии - выполнена лапаротомия, субтотальная перицистэктомия.

Несмотря на невысокий уровень заболеваемости жителей Московской области эхинококкозом, хирурги должны знать об особенностях диагностики, течения заболевания, осложнений, отличий от других кистозных заболеваний и методов операций. Высокая частота рецидива заболевания в настоящее время свидетельствует об актуальности хирургии эхинококкоза печени. Учитывая сложности диагностики и особенности хирургического вмешательства, лечение эхинококкоза должно проводиться в специализированных учреждениях.

## **ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АППЛИКАЦИОННЫХ ГЕМОСТАТИКОВ В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ**

**Садыков Р.А., Исмаилов Б.А., Алимов М.М.**

**АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад.  
В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан**

Лапароскопическая техника находит все большее применение в абдоминальной хирургии. Расширение ее возможностей при оперативных вмешательствах на паренхиматозных органах и выполнении расширенной лимфодиссекции предполагает использование новых технологий при проведении гемостаза. Даже при традиционной лапароскопической холецистэктомии или выполнении операций на матке и ее придатках электрокоагуляция больших кровоточащих поверхностей может привести к возникновению так называемых посткоагуляционных деформаций и сужений протоковой системы или формирование спаечного процесса с соответствующими осложнениями. Необходимость гемостаза при продолжающемся кровотечении сопровождается электрокоагуляцией большого массива тканей с неконтролируемой энергией, что значительно увеличивает риск развития осложнений.

В то же время, широко используемые местные гемостатические средства в открытой хирургии находят меньшее применение при лапароскопических вмешательствах. Это связано со сложностями доставки гемостатического средства при продолжающемся кровотечении, а также неудобство манипуляции с губчатыми гемостатиками.

Нами разработано гемостатическое средство Гепроцел, полученное из производных целлюлозы. Препарат отличается биосовместимостью, хорошим гемостатическим свойством и самое главное возможностью полной резорбции в течение 2 недель после аппликации. Для целей лапароскопической хирургии нами испытана порошковая форма гемостатика, которая обладает следующими характеристиками: высокая адгезивность к влажной поверхности, гемостаз в течение 2 минут, срок биодеградации 2 недели.

В эксперименте на беспородных собаках нами апробирована методика остановки кровотечения из печени с использованием порошковой формы Гепроцел. Модель эксперимента заключалась в формировании плоскостной раны, атипичной резекции печени с формированием капиллярного либо смешанного кровотечения. Доставка гемостатического средства значительно облегчалась применением специального инсуфлятора, который позволял дозированно подавать порошок в место кровотечения. Методика отличается возможностью быстрой доставки гемостатика и проведения процедур без контакта инструментов с поверхностью.

Выполнено 12 операций на 7 собаках. Остановка кровотечения достигнута во всех случаях. Осложнений после операции не было.

Новое гемостатическое средство Гепроцел может быть использовано в лапароскопической хирургии для остановки капиллярного и смешанного кровотечения из паренхиматозных органов и брюшинной клетчатки

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛЧНЫХ ПУТЯХ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ**

**Самарцев В.А., Осокин А.С., Гаврилов В.А., Сидоренко А.Ю.**

**ГБОУ ВПО Пермский государственный медицинский университет им. акад.**

**Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия**

**ГАУЗ ПК Городская клиническая больница №4, Пермь, Россия**

С целью диагностики и лечения ранних осложнений после операций на желчевыводящих путях у 2285 больных ЖКБ релапароскопии (РЛС) и послеоперационные лапароскопии (ПЛС) выполнены у 48 (2,1%) пациентов, из них после вмешательств на желчевыводящих путях – у 16 (0,7%) человек, по поводу различных форм острого панкреатита в сочетании с ЖКБ и вторичным ферментативным холециститом – у 32 (1,4%). Основными причинами повторных малоинвазивных вмешательств у этой группы больных являлись: трудность диагностики ранних послеоперационных осложнений – 23 (35,4%); прогрессирование основного хирургического заболевания – 19 (29,2%); решение вопроса о выборе способа повторной операции – 12 (18,4%); ошибки первичной эндоскопической диагностики – 4 (6,1%); недостаточный клинический опыт врачей-эндоскопистов – 5 (7,6%); неадекватный объем первичного эндохирургического или открытого вмешательств – 3 (4,6%). Релапароскопии в связи с развитием интраабдоминальных осложнений после холецистэктомий выполнены у 16 человек: из них после малоинвазивных операций у – 10,

после открытых операций у – 6 пациентов. Показаниями для проведения релапароскопии после малоинвазивных операций на желчевыводящих путях являлись: желчеистечение у – 4 (ходы Люшка – 2, несостоятельность культи пузырного протока – 2); послеоперационное кровотечение у – 3 (ложе желчного пузыря – 3); подпеченочный абсцесс у – 1; подпеченочный инфильтрат у – 2; клиника послеоперационного перитонита у – 6 человек. Всем больным проведены лечебные эндохирургические манипуляции: клепирование и прошивание культи пузырного протока и ходов Люшка, повторная коагуляция ложа желчного пузыря, вскрытие абсцесса, лаваж и дренирование подпеченочного пространства и брюшной полости, В этой группе конверсий не было, все больные выздоровели. После ОХЭ по поводу ЖКБ релапароскопии выполнены 9 больным: у 2 пациентов обнаружен геморрагический панкреонекроз, у 1 – несостоятельность ХДА, у 1 – краевое повреждение гепатикохоледоха, у 3 – подпеченочный абсцесс, у 2 – поддиафрагмальный абсцесс. Всем больным произведена ПЛС, у 7 она завершена релапаротомией с адекватной хирургической коррекцией обнаруженной патологии, у 2 больных эндоскопической санацией и редренированием. В этой группе погибло 4 человека. РЛС выполнены после ЛХЭ у 8 больных, у всех операции завершены эндоскопическим путем. Произведены клепирование ходов Люшка, коагуляция ложа желчного пузыря, редренирование подпеченочного пространства и брюшной полости. После МХЭ по поводу осложнений РЛС выполнена 4 пациентам, у 2 произведена реминилапаротомия. У 1 релапаротомия и у 1 операция завершена эндоскопическим методом. Мы разработали следующую хирургическую тактику при ранних интраабдоминальных послеоперационных осложнениях в зависимости от вида первичного оперативного вмешательства. При осложнениях после ОХЭ обычно выполняли ПЛС, которую, в зависимости от характера осложнений и распространенности перитонита, завершали эндовидеохирургической операцией, мирилапаротомией (МЛТ) или релапаротомией (РЛТ). При осложнениях после ЛХЭ выполняли РЛС, которую в зависимости от характера осложнений и распространенности перитонита завершали эндовидеохирургической операцией, дополняли МЛТ или производили РЛТ. При осложнениях после МХЭ выполняли ПЛС, которую, в зависимости от характера осложнений и распространенности перитонита, завершали эндовидеохирургической операцией, дополняли реминилапаротомией (РМЛТ) или производили РЛТ. Такой дифференцированный подход при использовании повторных малоинвазивных вмешательств позволил в 2 раза уменьшить количество релапаротомий при интраабдоминальных осложнениях после операций на желчевыводящих путях, снизить травматичность повторного оперативного вмешательства и количество гнойно-септических осложнений.

## ОСОБЕННОСТИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ ЕДИНОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА

Самарцев В.А., Гаврилов В.А., Попова М.В.

ГБОУ ВПО Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А.

Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия

ГАУЗ ПК Городская клиническая больница №4, Пермь, Россия

Выполнено 117 холецистэктомий по технологии единого лапароскопического доступа: у 96 больных использованы системы SILS –port (Covidien), у 19 человек –X-CONE (Storz) и у 2 больных 3-Port (Olympas). Технология единого лапароскопического доступа (Single Port Access) – это дальнейшая минимизация миниинвазивной абдоминальной хирургии. Однопортовый трансумбиликальный доступ, современный специальный хирургический инструмент, другая оперативная техника, прекрасный косметический эффект заставляет хирургов апробировать новые технологические подходы в традиционной лапароскопической хирургии желчнокаменной болезни. Не смотря на всю привлекательность и потенциальные возможности данной технологии, существует ряд технических трудностей при проведении операций. Прежде всего, возникает «конфликт инструментов» и оптики, так как они проходят параллельно в очень узком пространстве, что затрудняет манипуляции, как в абдоминальной полости, так и в зоне их управления. Поэтому остро стоит проблема выбора и разработки специальных инструментов и оперативно-технических приемов, для успешного проведения подобных операций и профилактики послеоперационных осложнений. Специального отбора пациентов по антропометрическим данным, возрасту, степени ожирения и форме воспаления желчного пузыря не производилось. Показанием для однопортовых операций при ЖКБ считали наличие пупочной грыжи у 23 (19,6) больных. У 65 (55,5%) человек ИМТ был больше 30 кг/м<sup>2</sup>. По поводу хронического калькулезного холецистита оперировано – 67 (57,2%) человек, острого катарального калькулезного холецистита – 28 (23,9%); острого флегмонозного калькулезного холецистита – 17 (14,5%) пациентов, острого калькулезного гангренозного холецистита – 5 (4,2%). У 15 (12,8) больных с острым холециститом, паравезикальным инфильтратом, перихолециститом, гепатомегалией и внутripеченочным расположением желчного пузыря мы дополнительно вводили 5 мм порт в правом подреберье, через который после окончания операции дренировали подпеченочное пространство. Релапароскопии выполнены 2 (1,7%) больным.

**Заключение.** При использовании X-CONE быстро и просто осуществляется трансумбиликальный доступ, но требовался специальный инструмент. Операции из SILS-port приближены по технике и инструментам к традиционной лапароскопической холецистэктомии. Важным фактором для сокращения времени операции, улучшения



техники ее проведения и профилактики осложнений, не зависимо от особенностей однопортового доступа и инструмента, является квалификация хирургов.

## **ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ РЕЗИДУАЛЬНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА**

**Самарцев В.А., Ложкина Н.В., Белов В.К., Дьяченко М.И.**

**ГБОУ ВПО Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А.**

**Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия**

**ГАУЗ ПК Городская клиническая больница №4, Пермь, Россия**

Проведено обследование и лечение 69 больным с резидуальным холедохолитиазом в возрасте от 32 до 89 лет, которым в сроки от 1 года до 28 лет до момента госпитализации была выполнена холецистэктомия по поводу ЖКБ, дополненная в 6 (8,7%) случаях ХЛТ, в 2 (2,8%) – ТДПСТ. Все больные были госпитализированы в экстренном порядке. Выявлены следующие формы РХ: желтушная – 34 (49,3%), панкреатогенная – 19 (27,5%) и холангиогенная - 16 (23,5%).

Ультразвуковые признаки РХ, которые характеризовались выявлением единичных или множественных гиперэхогенных структур в проекции гепатикохоледоха, обнаружили только в 32 (46,4%) случаях. У остальных пациентов наблюдались косвенные признаки РХ: дилатация гепатикохоледоха, внутрипеченочных желчных протоков и (или) главного панкреатического протока. В связи с трудностями эндоскопической диагностики РХ, особенно микролитиаза, была разработана методика динамической ретроградной холангиографии. Эта методика применена у 150 больных после оперативных вмешательств на внепеченочных желчных протоках, у 9 (6,0%) позволила исключить резидуальный холедохолитиаз и выявить рентгенологические признаки деформации общего печеночного отдела гепатикохоледоха. Эндоскопическим прямым признаком, характеризующим холедохолитиаз являлся ущемленный камень БДС - 10 (14,5%). К косвенным эндоскопическим признакам мы относили: гипертрофию БДС (характеризует РС БДС) - 69(100%), папиллит – 56 (81,1%), дуоденит (периампулярный, диффузный) - 51 (73,3%), холангит, отсутствие поступления желчи через устье БДС в ДПК – 10 (14,5%). Косвенные признаки характеризовались проявлениями билиарной гипертензии: дилатацией гепатикохоледоха, увеличением угла слияния печеночных протоков, удлинением желчных протоков, увеличением угла, образованного терминальным отделом холедоха и ДПК, сужением ампулы БДС и устья главного панкреатического протока у -17 (24,6%), холангитом у – 47 (68,1%) человек. Прямое контрастирование позволило: подтвердить наличие конкрементов, определить их количество и размеры, а также протяженность

сочетанного РС БДС. Обычно выявляли макролитиаз (конкременты более 10 мм), чаще единичные и реже множественные (более 3 конкрементов) с локализацией в области БДС и гепатикохоледоха, реже в печеночных протоках. В 10 (14,5%) случаях контрастирование выполнено после превентивной ЭПТ торцевым папиллотомом. Всем пациентам была выполнена ЭПТ, при этом самостоятельное отхождение конкрементов наблюдали в 51(74%) случае. 9 (13%) больным была осуществлена литоэкстракция, которая в 4 (5,8%) наблюдениях была дополнена механической литотрипсией. При адекватной декомпрессии и отсутствии осложнений ЭПСТ больным с гнойным холангитом проводили санационные транспапиллярные вмешательства. С нашей точки зрения, камни больших размеров не являются противопоказанием для ЭПТ, поскольку улучшение оттока желчи после декомпрессии, даже при неудаляемых камнях, способствовало ликвидации механической желтухи, оказывало положительное влияние на характер течения заболевания, и позволило использовать данный метод в качестве первого этапа лечения пациентов с РХ. У 5 (7,2%) больных с камнями больших размеров после стентирования и стихания воспалительного процесса в желчных путях и нормализации лабораторных показателей выполнили минилапаротомию и холедохолитотомию. Интраоперационная ревизия внепеченочных желчных протоков подтвердила адекватность выполненной ЭПТ. Летальных исходов не зарегистрировано.

**Заключение.** Современные эндоскопические методы являются высокоэффективными в лечении больных РХ. Необходимость выполнения “открытой” минилапаротомной холедохолитотомии в данной группе больных составляет не более 5 (7,2%).

## **ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИ В ГБУЗ НСО ГКБСМП №2 Г. НОВОСИБИРСК**

**Старостин С.А., Щелкин А.А., Шевелёв Е.Ю., Байрамов Э.Т.**

**ГБУЗ НСО Городская клиническая больница скорой медицинской помощи №2  
г. Новосибирск, Россия**

**Цель исследования:** оценить результаты оперативного лечения больных с желчно-каменной болезни (ЖКБ), находившихся на лечении в ГБУЗ НСО ГКБСМП №2 г. Новосибирск за период 2013 – 2015 гг.

**Материалы и методы.** Ретроспективно проанализированы результаты лечения 747 больных с ЖКБ, мужчин было 232 (31,1%), женщин – 515 (68,9%). Средний возраст пациентов составил 56 лет (от 16 до 82 лет). ЖКБ и острый холецистит был выявлен у 344

(46,1%) больных, ЖКБ и хронический холецистит – у 403 (53,9%). Всем пациентам оперативное вмешательство начинали лапароскопически.

**Результаты.** В 28 случаях был осуществлен переход на лапаротомию, что составило 3,7% от всех оперативных вмешательств. Переход на лапаротомный доступ произвели по следующим показаниям, выявленным интраоперационно: перивезикальный инфильтрат, холедохолитиаз. Случаев интраоперационного повреждения наружных желчных протоков за период наблюдения не отмечено.

**Выводы.** При выраженных инфильтративных изменениях в проекции желчного пузыря и печеночно–двенадцатиперстной связки переход на лапаротомный доступ позволяет детально дифференцировать элементы связки и избежать повреждения её составляющих.

## **ДИНАМИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПОВОДУ КИСТОЗНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ**

**Степанова Ю.А., Андрейцева О.И., Ионкин Д.А., Шуракова А.Б., Королева А.А.,  
Вишневский В.А.,**

**ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия**

**Цель исследования:** оценить необходимость динамического мониторинга состояния пациентов, перенесших оперативные вмешательства по поводу кистозной трансформации желчных протоков.

**Материалы и методы.** В Институте хирургии им. А.В. Вишневского накоплен опыт хирургического лечения 80 больных с КТЭП в возрасте от 16 до 62 лет (средний возраст – 32,4 года). Всем пациентам в послеоперационном периоде проводили периодическое амбулаторное обследование (ультразвуковое исследование (УЗИ), мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), магнитно-резонансная томография (МРТ) / магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ), при наличии жалоб, пациентам проводили внеплановое обследование.

**Результаты.** У 17 больных с кистозной трансформацией желчных протоков, ранее перенесших различные оперативные вмешательства, были выявлены осложнения в отдалённом послеоперационном периоде. Ведущими симптомами у больных были рецидивирующий холангит и механическая желтуха. В дальнейшем у них были выявлены стриктуры ранее наложенных анастомозов, холангиолитиаз и малигнизация кист (у 4 больных). Возраст больных варьировал в пределах от 22 до 58 лет (средний возраст –  $42,3 \pm 14,3$  года). Женщин было 16, мужчин – 1.

УЗИ было выполнено всем больным, части пациентов проведена МСКТ и/или МРТ+МРПХГ.

УЗИ выполнено 15 пациентам. Кисты общего желчного протока (ОЖП) были выявлены в 13 (86,7%) случаях, холангиолитиаз – у 6 пациентов. У 1 пациентки было выявлено опухолевое образование ГХ, которое интраоперационно диагностировано как инвагинация кисты ОЖП. У 1 пациентки с малигнизированной кистой ОЖП тип 1, выявлено многоузловое образование (инфильтрат) по ходу гепатодуоденальной связки, в проекции головки поджелудочной железы.

МСКТ выполнено 4 пациентам. Кистозная трансформация ОЖП диагностирована у 2 (50%) пациентов, из них малигнизированная киста выявлена у одной пациентки. Инвагинация стенки кисты в просвет ОЖП была принята за рак гепатикохоледоха у одной пациентки. Киста ОЖП 1 типа была описана как «кистозное образование, расположенное по медиальной стенке ОЖП без четкой с ним связи» у одной пациентки.

МРТ выполнено 15 пациентам, в 6 случаях оно было дополнено МРХПГ. Кистозная трансформация ОЖП выявлена у всех пациентов (100%), холангиолитиаз – у 5 (33,3%) пациентов, выявлено anomальное панкреатобилиарное соустье – у 6 (40%), малигнизация кисты ОЖП выявлена у 2 (13,3%).

Все 17 пациентов были прооперированы. Резекция ОЖП, гепатикоеюностомия (у пациентов с сохраненным желчным пузырем дополнена холецистэктомией) выполнена в 14 (82,4%) случаях. У 5 (29,4%) больных выполнили разобщение ранее сформированных ЦДА, ЦЕА, резекция кистозноизмененного ОЖП с формированием ГЕА на выключенной по Ру петле кишки. В 1 случае была выполнена левосторонняя кавальная лобэктомия (кистозная трансформация V типа), реконструкция ГЭА. У 1 пациентки выполнена ЛГГЭ, резекция 1 сегмента печени, резекция гепатикохоледоха с кистой, с формированием ГЕА на петле по Ру (тип IVa).

Малигнизированные кисты были только в группе пациентов, ранее перенесших внутренние дренирующие вмешательства (ЭПСТ – 1, ЦДА – 2, холецистоэнтеростомия - 1). У больных с малигнизированными кистами (n=4) только в одном случае удалось выполнить радикальную операцию – резекцию ОЖП с ГЭА (эта больная ранее перенесла дважды ЭПСТ). У остальных 3 пациентов выявлены нерезектабельные опухоли: обходной гастроэнтероанастомоз сформирован 1 пациентке, эксплоративная лапаротомия выполнена в 2 случаях.

**Заключение.** Высокий риск развития осложнений в отдалённом послеоперационном периоде, а также малигнизация кист, свидетельствуют о необходимости динамического

мониторинга состояния пациентов, перенесших оперативные вмешательства по поводу кистозной трансформации желчных протоков.

## **ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ И ОПЕРАЦИЙ ИЗ МИНИДОСТУПА**

**Стяжкина С.Н., Леднева А.В., Ситников В.А., Климентов М.Н., Порываева Е.Л.,  
Коробейников В.И., Рылова Н.В.**

**ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России,  
Ижевск, Россия**

**БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР», Ижевск, Россия**

Послеоперационная вентральная грыжа — довольно частое осложнение в абдоминальной хирургии, возникающее, по данным разных авторов, у 2—15% больных, перенесших лапаротомическое вмешательство (Browne J., 2000; Нелюбин П.С., 2007). Примерно в 50% случаев послеоперационные вентральные грыжи развиваются в течение первых 2 лет с момента хирургического вмешательства и 74% — после 3 лет (Misiakos E.P., 2008).

На сегодняшний день происходит осознание необходимости уменьшения длины разреза передней брюшной стенки и более бережного отношения к ее тканям. Операции выполняются из небольших, так называемых мини-доступов, причем с применением, как обычных инструментов, так и инструментов и ранорасширителей оригинальных конструкций (Эльбашир М.Т., 2002; Прудков М.И. 2003).

Новым поворотом в хирургии стало внедрение эндоскопической техники. Ph. Mouret, осуществивший первую ЛХЭ в 1987 году, был одним из основоположников лапароскопического метода в абдоминальной хирургии. В России лапароскопическая холецистэктомия была впервые выполнена в январе 1991 г. проф. Ю.И. Галлингером.

По мере развития и внедрения лапароскопической техники оперативных вмешательств в абдоминальной хирургии росло и число сообщений об осложнениях этих операций. По данным ряда авторов число осложнений составляет от 1% до 8,5% (Савельев В.С., 1994; Иванова Т.В., Оноприев А.В., 1995; Хлебников Е.П., Кубышкин В.А., 1998). При лапароскопической холецистэктомии на первое место выходит травма холедоха. Но существует еще одно более редкое и менее опасное для жизни пациента, но снижающее качество жизни - это послеоперационные вентральные грыжи на месте троакарных ран. В 1968 г. R. Fear первым сообщил о случае появления послеоперационной грыжи в месте установки троакара после лапароскопии. По данным зарубежной литературы осложнения,

связанные с использованием троакара, у пациентов происходят приблизительно в 1-6% случаев (Chatzipapas I.K., 1999; Bowrey D.J., 2001; Di Lorenzo N., 2002).

Проведен анализ оперативного лечения 269 пациентов с вентральными грыжами, из них в 6 случаях (2,2%) грыжи появились после лапароскопической холецистэктомии, в 3 случаях (1,2%) после операции холецистэктомии из минидоступа. У всех 9 больных обнаружены признаки дисплазии соединительной ткани (ДСТ).

Причин развития послеоперационных вентральных грыж после лапароскопической холецистэктомии много. По нашим данным, в первую очередь - это общие причины, а потом уже технические дефекты введения троакаров и ушивания троакарных ран. На первом месте среди причин развития грыж в послеоперационном периоде стоит дисплазия соединительной ткани, признаки которой обнаружены у всех больных с послеоперационными вентральными грыжами. Не менее важную роль играет возраст пациента и наличие коморбидной патологии, такой как ожирение, сахарный диабет, бронхиальная астма, заболевания сердечно-сосудистой системы. Коморбидная патология в раннем послеоперационном периоде может способствовать плохой регенерации ран, повышению внутрибрюшного давления, например, в результате кашля, рвоты, пареза кишечника, развития сером и нагноений ран. Технические трудности во время операции также могут спровоцировать развитие грыж в послеоперационном периоде, в первую очередь - это расширение окологречной раны для извлечения желчного пузыря. В более позднем послеоперационном периоде развитию грыж может способствовать нарушение рекомендаций врача по уменьшению физических нагрузок.

**Выводы.** Диспластикозависимые изменения должны расцениваться как единый процесс, а заболевания с этим связанные как коморбидная патология. Часто диспластический синдром становится причиной послеоперационных осложнений, таких как послеоперационные вентральные грыжи, даже после лапароскопических вмешательств, которые снижают качество жизни пациентов и требуют хирургической коррекции.

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ**

**Тарасов А.Н., Шестопапов С.С., Лаврентьев О.В., Ефремов А.П., Захаров В.О., Семенов В.О., Базанов А.В., Абдрашитов Р.Р.**

**Кафедра госпитальной хирургии ЮУГМУ, ГБУЗ ЧОКБ №1**

**г. Челябинск.**

Лапароскопическая холецистэктомия в течение 30 лет успешно используется в мировой хирургической практике. На начальном этапе внедрения этой операции

повсеместно отмечено увеличение количества осложнений в том числе и техногенного характера. Уточнение технологии операции, способов профилактики и лечения осложнений, системы специализированной подготовки хирургов для выполнения лапароскопических операций способствовало заметному сокращению их числа. Однако, до настоящего времени вопросы, посвященные повышению безопасности лапароскопических операций сохраняют высокий интерес. Этому способствует и неуклонное расширение диапазона таких вмешательств.

**Целью настоящего исследования стало** определение эффективности различных подходов к повышению безопасности лапароскопических операций.

#### **Материал и методы исследования:**

Выполнение лапароскопической холецистэктомии в Челябинской областной клинической больнице начато в 1994, спленэктомии - в 1997, операций на почке - в 1998, фундопликации – в 1999 году. За 17 лет накоплен опыт 8200 лапароскопических операций, на основании которого разработаны и внедрены в клиническую практику различных методологических подходов, повышающих безопасность представленных операций, защищенных двумя патентами и представлены в двух кандидатских и одной докторской диссертации, учебных пособиях и различных публикациях. Разработаны подходы подготовки хирургов для выполнения лапароскопических операций. С 2008 года и по настоящее время используем коробчатые тренажеры различных конструкций в т.ч. и фирмы Шторц. Это позволило обеспечить эффективное внедрение лапароскопических технологий в хирургических отделениях и освоение их всеми хирургами. В настоящем исследовании представлен анализ результатов 3441 лапароскопических операций за последний пятилетний период времени, выполненных в 2011-2015 году, в т.ч. лапароскопическая холецистэктомия (ЛХ) -2607, спленэктомия (ЛСЭ) – 60, пластика грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) – 268, паховой – 102, послеоперационной – 48, операции на желудке – 38, кишечнике – 17, симультанные – 174, на почке -127. При анализе учтены осложнения, обусловленные исключительно погрешностями выполнения операций.

#### **Результаты и обсуждение.**

В анализируемый промежуток времени доля ЛХ составила 78,4%. Конверсия доступа выполнена у 27(1,0%) больных, по требованию у 11(0,4%), для устранения осложнений у 16(0,6%). Точечные повреждения устранены лапароскопически у 5(0,4%) больных. Послеоперационные осложнения ЛХ 44(1,7%) обусловлены желчеистечением, дефектами гемостаза и септическими явлениями. Для устранения интраабдоминальных осложнений у 43(1,6%) использована релапароскопия. Лапаротомия для устранения повреждения тонкой кишки потребовалась у одного пациента. Летальность 0,04%(1).

Осложнения после выполнения других операций зарегистрированы у 28(3,4%) больных, интраоперационные - у 16(1,9%), потребовавшие выполнения конверсии доступа и послеоперационные у 12(1,4%), в т.ч. обусловленные дефектами гемостаза 6(0,7%), септическими осложнениями 5(0,6%). Летальность 0,1%(1). Наиболее серьезные осложнения были связаны с некрозом дна желудка после фундопликации у двух больных. Релапароскопия для устранения осложнений использована у 9(32.1%) больных, эффективно у 8 из них.

Подавляющее большинство осложнений ассоциируется с этапом внедрения новых лапароскопических операций, новых лапароскопических хирургических приемов или новых лапароскопических инструментов. Это предусматривает необходимость более точного планирования внедрения инноваций.

Общее количество осложнений и летальность при расширении диапазона лапароскопических операций относительно невелико. Это обусловлено хорошей технической подготовкой хирургов, эффективным формированием хирургических бригад и отбором пациентов.

Наибольшее число тяжелых осложнений и летальность зарегистрированы при поздней 2-5 день диагностике послеоперационных осложнений. Это предопределяет необходимость расширения показаний к релапароскопии или пункции под УСГ навигацией у пациентов при выявлении признаков интоксикации, пареза кишечника, желчеистечения, кровотечения, больших объемов жидкости в брюшной полости, перитонеальной симптоматики через 12 -24 часа после операции.

**Выводы:** Своевременно выполненная релапароскопия или пункционное дренирование осумкованных образований позволяют эффективно устранить подавляющее количество осложнений лапароскопической операции и существенно снижает тяжесть их проявлений.

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ.**

**Тимербулатов М.В., Сендерович Е.И., Зиганшин Т.М., Рахимов Р.Р.**

**Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии ИПО ГБОУ ВПО  
Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Уфа,  
Россия**

**ГБУЗ РБ Городская клиническая больница №21 г. Уфа, Россия**



**Цель исследования:** улучшение результатов лечения больных с острым панкреатитом тяжелой степени путем оценки эффективности применения лапароскопических операций.

**Материалы и методы.** На базе хирургического отделения ГБУЗ РБ ГKB № 21 за период с 2010 по 2015 гг. был прооперирован 81 пациент с тяжелым острым панкреатитом, перенесший открытые и лапароскопические операции. Среди пациентов было 55 (67,9%) мужчины и 26 (32,1%) женщины, возраст больных варьировал в пределах от 22 до 87 лет. Средний возраст составил  $48,2 \pm 13,4$  года. Поздняя госпитализация (более 24 часов) наблюдалась у 79% пациентов.

Всем пациентам проводили комплекс лабораторно-инструментальных диагностических исследований: УЗИ ОБП, КТ ОБП и ОГК с болюсным контрастированием в динамике. Все пациенты находились на лечении в отделении хирургической реанимации. Дальнейшее лечение осуществляли в хирургическом отделении. Оценка тяжести состояния больных проводили по APACHE II, SAPS, HAPS (harmless acute pancreatitis score). Полиорганную недостаточность оценивали по шкалам MODS, SOFA. С целью определения степени эндотоксинемии применяли количественное определение содержания липополисахарида в плазме крови больных с помощью стандартизованного кинетического хромогенного турбидиметрического метода по конечной точке с использованием реактива — LAL Endosafe ENDOCHROME™ («HyCult biotechnology», Голландия). Оперативные вмешательства выполнялись на 3-4 неделе от начала заболевания. Больные были разделены на две группы. В первую группу включены 16 пациентов, которые прошли через открытые операции. Вторую группу составили 55 пациента, прошедшие через лапароскопические операции, такие как санации сальниковой сумки и брюшной полости с формированием минилюмботомий. При прогрессировании фазы секвестрации у 40 (72,7%) больных были выполнены видео-ассистированные санации с установкой handport в левом подреберье и формированием оментобурстомы. В зависимости от течения патологического процесса выполнялось от 4 до 10 программированных санаций с секвестрнекрэктомией. 10 пациентам были выполнены лапаротомии по поводу аррозивного кровотечения из забрюшинной клетчатки. Данные пациенты исключены из исследования.

Микробиологические исследования посевов крови, перитонеального экссудата и гнойного отделяемого из полости абсцессов, забрюшинных флегмон у оперированных больных позволили выявить возбудителей гнойной инфекции: E.coli, Enterobacter, Ps.aeroginosae.

**Результаты.** Средний срок пребывания составлял в первой группе  $90 \pm 5,4$  дней, когда во второй  $80 \pm 3,7$  дней.

Летальность в первой группе была 62,5%, во второй группе – 27,3%. Причинами смерти во всех случаях явилось развитие выраженного синдрома эндогенной интоксикации, развившегося после массивной антибиотикотерапии, полиорганной недостаточности и гнойно-септических осложнений. Наружный панкреатический сформировался в первой группе у 4 (25%) больных, однако во второй группе данное осложнение наблюдалось в 21,8%. Псевдокисты поджелудочной железы сформировались в первой группе у 4 (25%) пациентов, когда во второй – 20%, что потребовало в дальнейшем дренирующих операций.

**Выводы.** Применение лапароскопических операций в лечении острого панкреатита тяжелой степени позволило значительно снизить летальность у больных до среднемировых значений. Увеличение количества лапароскопических вмешательств способствует снижению операционной летальности по сравнению с широкими лапаротомиями, и уменьшает необходимость выполнения обширных оперативных вмешательств в любые сроки, улучшает реабилитацию пациентов в послеоперационном периоде с сокращением количества койко-дней, проводимых в стационаре. Однако лапароскопические операции не позволяют всегда адекватно дренировать гнойные очаги, что может привести грозному осложнению, такому как аррозивное кровотечение из забрюшинной клетчатки.

## **ПРЕДОПЕРАЦИОННОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ - ГЛАВНЫЙ ЭТАП В ВЫБОРЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

**Тимербулатов В.М., Сагитов Р.Б., Гарипов Р.М., Тимербулатов Ш.В.**

**Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии ИПО ГБОУ ВПО  
Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Уфа,  
Россия**

С развитием минимально инвазивной хирургии у хирургов появился дополнительный набор вариантов выполнения оперативных вмешательств: лапароскопических, минидоступных, комбинированных, робот-ассистированных и операций из единого доступа. Оснащение крупных клиник, медицинских организаций ангиохирургами, накопления опыта рентгенхирургии позволило внедрить гибридные операции - последовательное выполнение рентгенэндоваскулярных операций и других вариантов хирургических вмешательств.

Достижение запланированного результата- одного из них критериев качества лечения – во многом зависит от полноты и точности дооперационного обследования, анализа полученных результатов и выбора наиболее рационального, безопасного способа оперативного лечения. Конечно, крайне важно иметь необходимую аппаратуру для выполнения различных вариантов операций и соответствующую теоретическую,

экспериментальную и клиническую подготовку наличие новейшей техники, но при отсутствии опыта её применения, не повод для начала внедрения новых технологий для данной клиники.

**Цель исследования:** разработка принципов дооперационного планирования и моделирования минимально инвазивных операций в хирургии органов брюшной полости.

**Материалы и методы.** Основную группу составили 4247 больных, оперированных миниинвазивными методами с заболеваниями органов брюшной полости за последние 5 лет, которым применялись разработанные алгоритмы дооперационного планирования, расчета технической сложности и объема оперативного вмешательства. Сравнительную группу составили больные (4196), оперированные до внедрения вышеуказанного алгоритма. В обеих группах использовали одинаковые методы исследования согласно протоколам. Основной задачей предоперационного обследования, кроме установления необходимости и метода хирургического вмешательства являлось максимальное уточнение анатомии расположения органа, особенно трубчатых структур (сосудов). При любых неясных ситуациях расположения органа, подозрения на аномалии проводили томографические исследования в 3D измерениях. Была выработана программа балльной оценки технической сложности приемов миниинвазивных операций на основе анкетирования 31 хирурга–эксперта. Оценку технической сложности лапароскопического и минилапаротомного доступа проводили по пятибалльной системе технической сложности доступа, визуализации, диссекции и мобилизации, шовной техники, извлечения органа из брюшной полости и т.д. как легкой, средней, тяжелой и самой тяжелой степеням. Были определены факторы, усложняющие проведение миниинвазивных операций, ранее перенесенные операции и наличие предполагаемых спаек, крупные размеры оперируемого органа, наличие жизненно-важных структур в зоне операции и т.д. на основании которых рассчитывается вероятность конверсии. При этом конверсия при лапароскопии может быть заранее запланирована на этап минидоступа, как этап миниинвазивной операции.

**Результаты.** Внедрение указанных разработок в клиническую практику позволило добиться точности дооперационного моделирования до 99,3%, снизить частоту вынужденной конверсии в 8 раз, частоту послеоперационных осложнений в 3,6 раза.

**Заключение.** Разработанные принципы дооперационного планирования и моделирования минимально инвазивных операций позволяют более эффективно выполнять оперативное вмешательство в хирургии органов брюшной полости.

## **АНАЛИЗ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ**

**Устинов Г.Г., Шойхет Я.Н., Инговатова Г.М.**

**ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России,  
Барнаул, Россия**

В Алтайский краевой гепатологический центр из различных лечебных учреждений края госпитализировано 138 больных с повреждением внепеченочных желчных путей. Возраст пациентов был от 19 до 76 лет. Среди больных преобладали женщины - 115 (83,3%), мужчин – 23 (16,7%). Вид и уровень повреждения диагностировали на основании клинической картины, эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии и магнитно-резонансной томографии с контрастным усилением.

Из 138 больных 65 (47,1%) были оперированы по поводу хронического калькулезного холецистита, 68 (49,3%) пациентов - острого калькулезного холецистита. Лапароскопическая холецистэктомия выполнялась 107 (84,9%) пациентам. У 5 (3,6%) больных травма холедоха возникла во время резекции желудка по поводу язвы двенадцатиперстной кишки.

Наиболее частым анатомическим расположением повреждения был общий печеночный проток в месте впадения в него пузырного — 62 (44,9%) пациента. Травма холедоха отмечена реже - у 14 (10,2%) больных. И в первом и во втором случае расстояние до конfluence превышало 2 см. Пересечение общего печеночного протока на уровне бифуркации (расстояние до нее менее 1 см) обнаружено у 26 (18,8%) пациентов. Повреждение бифуркации, но с сохранением соединения правого и левого печеночных протоков произошло у 21 (15,2%) больных. Полное разрушение конfluence с зиянием правого и левого печеночных протоков было у 4 (2,9%) пациентов. Травму правого печеночного протока без повреждения конfluence наблюдали у 6 (4,4%) пациентов. Повреждение дистального отдела холедоха было у 5 (3,6%) пациентов.

Тип повреждения желчных путей разнообразен. Частичное ранение протока с иссечением части его передне-боковой стенки, менее 25% диаметра наблюдали у 28 (20,3%) пациентов. Полное пересечение общего печеночного и общего желчного протока было у 84 (60,9%) больных. Из них иссечение участка протока до 3-4 см было у 23 больных. Перевязку или клипирование желчных путей (окклюзию) встретили у 26 (18,8 %) больных.

Во время операции травма желчных путей распознана у 32 (23,2%) пациентов. В раннем послеоперационном периоде, до выписки из стационара, повреждение установлено у 79 (57,2%) больных. В позднем послеоперационном периоде, от месяца до года, осложнение диагностировано у 27 (19,6%) пациентов.

Анализ интраоперационной травмы желчных путей позволил выявить три главных причины их повреждения. Первая причина (68,8%) нарушение анатомических взаимоотношений элементов шейки желчного пузыря вследствие выраженного воспалительного инфильтрата или фиброзно-склеротического изменения тканей. Вторая причина (18,8%) анатомические варианты и аномалии развития пузырного протока и внепеченочных желчных путей. Третья (12,4%) технические погрешности хирурга при выполнении холецистэктомии или резекции желудка по поводу пенетрирующей в печеночодвенадцатиперстную связку язвы.

При повреждении желчных путей трудно, да, пожалуй, и невозможно, выполнять какую-то одну определенную операцию. Выбор объема и вида оперативного вмешательства зависел от времени прошедшего с момента травмы, уровня, протяженности, диаметра холедоха и состояния окружающих тканей. Дренирующие операции при травме желчных путей выполнялись в хирургических отделениях, где произошло повреждение, как временная мера. Восстановительные операции сшивание холедоха на дренаже были произведены 17 пациентам. Остальным больным проведены реконструктивные операции. Билиодигестивные анастомозы на выключенной по Ру петле тонкой кишки без каркасного дренирования наложены 29 больным. Остальным пациентам наложен гепатоеюноанастомоз или при высоком повреждении протоков гепатоеюноанастомоз на сквозном транспеченочном дренаже типа Gotze (1930). Этот способ позволял держать дренаж длительное время, периодически меняя его, до формирования стойкого фиброзного канала.

**Заключение.** Интраоперационное повреждение желчных путей остается наиболее тяжелым, потенциально опасным для жизни осложнением холецистэктомии. При обнаружении травмы во время операции в хирургических отделениях предпочтительнее выполнять наружное дренирование желчных путей. Реконструктивные операции целесообразно проводить в специализированных отделениях или гепатологических центрах.

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ**

**Федоровский В.В.**

**ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава  
России, Новосибирск, Россия**

**МБУЗ Городская клиническая больница №34 г. Новосибирск, Россия**

**Цель исследования:** оценить возможности лапароскопической холецистэктомии в лечении больных с острым холециститом в городской больнице скорой помощи.

**Материалы и методы.** По поводу острого холецистита выполнено 2153 холецистэктомии. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) сделана 1440 больным. Открытым способом и из мини-доступа оперировано 713 больных. Флегмонозный холецистит был у 61,64%, гангренозный – у 19,67% больных.

**Результаты.** При ЛХЭ имели место следующие интраоперационные осложнения: кровотечение из пузырной артерии - 15, кровотечение из ложа желчного пузыря - 6, кровотечение из раны передней брюшной стенки - 4, повреждение диафрагмы и пневмоторакс – 1, ранения протоков – 3. Необходимость конверсии возникла у 23 больных (1,6%). Причиной конверсии наиболее часто являлось наличие плотного инфильтрата, распространенный перитонит, повреждение желчных протоков. При открытых операциях полное пересечение протока имелось в 5 случаях, частичное - в одном, в то время как при ЛХЭ - полное пересечение в 2 случаях и частичное - в 1.

В раннем послеоперационном периоде наблюдались такие осложнения: желчеистечение из ложа желчного пузыря - 6 (у двух больных потребовалась релапаротомия, у 4 сделана релапароскопия), желчные затеки - 3 (сделаны пункции и дренирование под контролем УЗИ), кровотечение из ложа желчного пузыря, потребовавшее релапаротомии. У 1 пациентки, 32 лет, на следующие сутки после ЛХЭ начала нарастать желтуха за счет прямого билирубина. На третьи сутки, когда общий билирубин стал больше 100 ммоль/л при нормальных трансаминазах, сделана лапаротомия, при которой не обнаружено каких либо механических причин желтухи, однако в общем печеночном протоке не было желчи. В дальнейшем удалось выяснить, что больная длительно принимала один из травяных чаев для снижения веса. Желтуха постепенно купировалась на фоне интенсивной терапии.

Обсуждение результатов: при сравнении количества таких серьезных осложнений как ранение протоков отмечено, что при ЛХЭ по поводу острого холецистита их количество меньше, чем при открытых операциях (0,2% против 0,84%) и меньше, чем при плановых ЛХЭ.

После ЛХЭ по поводу острого холецистита умерло 3 (0,2%) больных. Среди больных, оперированных лапаротомным доступом, умерло 5 (0,7%) человек. Возможно, большее число осложнений и летальность связаны с более тяжелым состоянием и имеющимися осложнениями у больных, оперированных открыто. Противопоказаниями к лапароскопической операции были – наличие ранее перенесенных операций на верхнем этаже брюшной полости, распространенный перитонит, тяжелая патология легких и сердца. Важными факторами являются также наличие оборудования и обученных квалифицированных специалистов. При паравезикальном инфильтрате операция начиналась с обзорной лапароскопии и, при наличии рыхлого инфильтрата выполнялась

лапароскопически, при плотном инфильтрате – продолжалась открыто. Если до 2005 года ЛХЭ при остром холецистите составляли менее четверти от всех операций, то в настоящее время – больше половины.

**Выводы.** ЛХЭ является эффективным методом лечения при остром холецистите. Наличие, ранее перенесенных операций на верхнем этаже брюшной полости, недостаток оборудования и обученных специалистов ограничивают применение ЛХЭ. Своевременное оперативное лечение при остром холецистите до развития плотного паравезикального инфильтрата, распространенного перитонита позволяет чаще использовать лапароскопическую холецистэктомию.

## **ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИБРЮШНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ**

**Хаджибаев А.М., Алтыев Б.К., Хаджибаев Ф.А., Шукуров Б.И., Мирзакулов А.Г.**

**Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент,**

**Узбекистан**

**Цель исследования:** совершенствование диагностики и лечения внутрибрюшных осложнений после хирургического лечения больных с острыми и осложненными формами холелитиаза.

**Материалы и методы.** Проведен анализ диагностики и лечения 6436 больных с желчнокаменной болезнью, оперированных в экстренном и срочном порядке период с 2008 по 2015 гг. При этом изучена структура послеоперационных осложнений и установлены показания и противопоказания к выполнению лапароскопии. Средний возраст пациентов  $52,3 \pm 11,9$  года, соотношение мужчин и женщин 1:6.

Холецистэктомия выполнена у 4638 (72,1%) больных, холецистэктомия и наружное дренирование желчных протоков (в т.ч. с холедохолитотомией) – у 1724 (26,8%) и у 74 (1,1%) с билиодигестивными анастомозами. 1798 (27,9%) больных оперированы на фоне механической желтухи, у 310 (17,2%) из них была клиника холангита.

**Результаты.** Осложнения раннего послеоперационного периода развились у 189 (2,9%) пациентов, в т.ч. специфические интраабдоминальные – у 132 (69,8%), общие неспецифические – у 57 (30,2%). Умерли 4 (7,0%) пациента по причине ТЭЛА (3) и ОИМ (1).

Проанализированы результаты лечения 132 пациентов с послеоперационными интраабдоминальными осложнениями. Желчеистечение возникло у 45 (34,1%) из них, абсцессы брюшной полости – у 52 (39,4%), внутрибрюшное кровотечение – у 12 (9,1%),

острый панкреатит – у 22 (16,7%), желудочно-кишечное кровотечение из зоны билиодигестивного анастомоза – у 1 (0,8%).

По поводу перечисленных осложнений выполнено всего 157 различных лечебно-диагностических манипуляций, в том числе чрескожные пункционно-дренажные санации гнойников – у 22 (14,0%), эндоскопический гемостаз – у 55 (35,0%), лапаротомия – у 43 (27,4%). В остальных 37 (23,6%) случаях выполнена лапароскопия при клинико-инструментальных признаках желчеистечения (n=23), внутрибрюшного кровотечения (n=6), острого послеоперационного панкреатита (n=7), интраабдоминальных абсцессов (n=1).

Показаниями к лапароскопии у пациентов с интраабдоминальными осложнениями после операций на желчных путях считали: 1) истечение более 150 мл крови - по улавливающему дренажу из брюшной полости в течение 2 часов с момента завершения операции; 2) желчеистечение по улавливающему дренажу из брюшной полости более 200 мл в сутки; 3) скопление экссудата в проекции малого сальника и сальниковой сумки, увеличение размеров и плотности поджелудочной железы; 4) наличие интраабдоминальных абсцессов при неэффективности пункционно-дренажного метода коррекции; 5) ультразвуковая картина наличия свободной жидкости в брюшной полости при клинических признаках внутрибрюшного кровотечения или появлении перитонеальных симптомов.

Противопоказаниями к выполнению лапароскопии являлись: 1) крайне тяжелое состояние больного; 2) нестабильность гемодинамики пациента (АД < 100 мм рт. ст., пульс > 110 в мин). В подобных клинических ситуациях дальнейшую тактику определяли после стабилизации состояния пациента.

**Заключение.** Применение лапароскопии в диагностике и лечении осложнений после операций на желчевыводящих путях позволяет эффективно выявлять и устранять жидкостные скопления в брюшной полости, не прибегая к релапаротомии.

## **МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТРИКТУР ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ**

**Хаджибаев А.М., Хаджибаев Ф.А., Хашимов М.А., Тилемисов С.О.**

**Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент,  
Узбекистан**

**Цель исследования:** анализ результатов применения эндоскопических транспапиллярных вмешательств у больных с повреждениями и доброкачественными стриктурами желчных протоков.



**Материалы и методы.** За период 2004-2015 гг. в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи выполнено 166 различных оперативных вмешательств больным с ятрогенными повреждениями и рубцовыми стриктурами желчных протоков после холецистэктомии, большую часть которых выполняли в различных больницах нашей Республики. Из них 75 (45,2%) пациентам выполнены миниинвазивные эндоскопические вмешательства.

**Результаты.** Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) выполнена 11 больным с резидуальным холедохолитиазом осложненным несостоятельностью культи пузырного протока, а также 3 пациентам с постожоговой перфорацией желчных протоков в ходе лапароскопической холецистэктомии. 12 пациентам выполнена ЭПСТ с последующим бужированием неполной стриктуры желчных протоков и литоэкстракцией, однако в дальнейшем, в связи с рецидивным холедохолитиазом, через 8-12 месяцев, у 5 из них выполнены реконструктивные операции. ЭПСТ с удалением «потерянных» дренажей произведено у 9 больных, у 5 из них, несмотря на повторные сеансы дилатации стриктур, в дальнейшем потребовалось выполнение повторных хирургических операций. 21 пациенту с рубцовой стриктурой желчных протоков выполнено назобилиарное дренирование, как первый этап подготовки к реконструктивной операции. После разрешения механической желтухи этим больным были выполнены реконструктивные операции. Эндобилиарное стентирование при неполных боковых повреждениях желчных протоков произведено у 19 больных. У 12 из них стентирование привело к быстрому закрытию наружных желчных свищей, а у 2 из них в отдаленном периоде образовались посттравматические стриктуры, потребовавшие хирургического вмешательства. В 5 случаях с неполными рубцовыми стриктурами желчных протоков произведена баллонная дилатация стриктуры с последующим эндобилиарным стентированием.

**Заключение.** В исследуемой группе больных (n=75) у 42 (56%) пациентов минимально инвазивные вмешательства из транспапиллярного доступа при лечении повреждений и доброкачественных стриктур явились окончательным методом лечения, а у 33 (44%) больных в последующем потребовались повторные реконструктивные вмешательства.

Проведённое исследование показало, что в случаях желчеистечения по дренажу в послеоперационном периоде, а также при неблагоприятных результатах хирургического лечения необходимо с диагностической и лечебной целью выполнение РПХГ с последующими транспапиллярными вмешательствами.

## **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ХОЛЕЦИСТО-БИЛИАРНЫХ СВИЩАХ**

**Хаджибаев А.М., Алиджанов Ф.Б., Хаджибаев Ф.А., Махамадаминов А.Г.**

**Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент,  
Узбекистан**

**Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан**

По данным отечественной и зарубежной литературы в настоящее время отмечается прогрессирующий рост числа больных осложненными формами желчно-каменной болезни (ЖКБ) формированием холецисто-билиарного свища (ХБС) с развитием механической желтухи и гнойного холангита. При этом ХБС у больных с различными формами ЖКБ составляет от 2,7 до 5,0 %, а летальность при этом достигает до 13,3%.

**Цель исследования:** улучшение результатов диагностики и лечения больных ЖКБ, осложненных развитием ХБС.

**Материалы и методы.** Исследования проведены у 134 больных с ХБС поступивших в хирургические отделения РНЦЭМП МЗ РУз, из них мужчин – 28, женщин – 106, средний возраст составлял 59,2 года. Всем больным при поступлении в клинику проводили общеклинические, лабораторные и специальные инструментальные исследования позволявшие оценить общего состояния больных, выявить сопутствующие заболевания и определить степень оперативно-анестезиологического риска. Среди специальных инструментальных исследований наиболее важное значение придавали эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии с папилосфинктеротомией (ЭРХПГ, ЭПСТ), чрескожно-чреспеченочной холангиографии и стомии (ЧЧХГ, ЧЧХС), а также МРТ-холангиографии.

У всех обследованных больных при поступлении наблюдали явления механической желтухи, у 50 (37,3%) она сочеталась с клиникой гнойного холангита. Согласно классификации М.А. Veltran с соавт. (2008) у 58 больных определялся ХБС, занимающий 1/3 окружности гепатикохоледоха, 2/3 окружности – у 72, ХБС с разрушением гепатикохоледоха по всей окружности - у 4.

**Результаты.** В связи с наличием у всех обследованных больных явлений механической желтухи процесс их лечения старались начинать с выполнения эндоскопических вмешательств на холедохе. При этом литоэкстракцию удалось осуществить только у 5 больных (3,8%) после механической литотрипсии. У 112 больных (83,6%) хирургические вмешательства были выполнены после ЭПСТ, у 13 (9,7%) после ЭПСТ и ЧЧХС, а у 4 пациентов (2,9%) хирургические вмешательства были выполнены без эндоскопических манипуляций.

Среди последних у 90 больных было выполнено традиционное ушивание свища с дренированием гепатикохоледоха. Из них у 56 ушивание осуществлялось без пластики, а у 34 с пластикой гепатикохоледоха. У 3 пациентов оперативное вмешательство завершали гепатикоэюностомией, а у 1 – гепатикодуоденостомией.

У остальных 35 пациентов произведена операция ликвидации ХБС по новой методике нашей клиники заключающаяся в проведении резекции желчного пузыря с сохранением его задней стенки и формированием из нее лоскута для закрытия образованного дефекта в стенке общего желчного протока. Во время закрытия дефекта образовывали канал, через который осуществляли дренирование общего желчного протока по типу Пиковского. На данный способ лечения больных ЖКБ осложненных образованием ХБС, нами получено удостоверение на рац. пред. № 00004 от 20.02.2012 г.

Послеоперационные осложнения всего возникли у 34 больных. Послеоперационные осложнения неспецифического характера встречались у всех больных практически с одинаковой частотой. Специфические осложнения в виде несостоятельности швов гепатикохоледоха (5), деформации и сужения последнего (3) наблюдались при традиционных оперативных вмешательствах. У пациентов, оперированных по методике нашей клиники, их не было.

**Заключение.** Лечение больных с ЖКБ осложненных образованием ХБС должно быть комплексным и начинаться с эндоскопических вмешательств на холедохе. При неэффективности эндоскопических способов лечения больным показаны различные открытые хирургические вмешательства. Среди последних, операцией выбора является ликвидация ХБС по методике нашей клиники.

## **ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ЧРЕСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА**

**Хаджибаев Ф.А., Баймурадов Ш.Э., Хашимов М.А., Эшмурадов А.Б.**

**Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи**

**Ташкент, Узбекистан**

**Цель исследования:** анализ осложнений эндоскопических транспапиллярных вмешательств при механической желтухе не опухолевой этиологии.

**Материалы и методы.** В основу исследования положены результаты ретроспективного анализа историй болезни 5598 больных с ЖКБ осложненной механической желтухой не опухолевой этиологии, госпитализированных в отделения экстренной хирургии, в период с 2002 по 2015 гг. Возраст больных варьировал в пределах от

18 до 92 лет (в среднем  $64,1 \pm 3,7$ ). Ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ) без лечебных манипуляций выполнена 292 (5,2%) пациентам. У остальных 5306 (94,8%) больных эндоскопическое вмешательство дополнено эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ), показаниями к которой явились холедохолитиаз - у 4517 (80,7%) и стеноз большого дуоденального сосочка (БДС) – у 789 (14,1%).

**Результаты.** Частота осложнений эндоскопических транспапиллярных вмешательств составила 3,2% (179 из 5598 больных). Одним из наиболее частым осложнением после РХПГ является панкреатит. У 78 (1,4%) больных острый панкреатит был купирован консервативной терапией, у 11 (0,2%) пациентов на фоне консервативной терапии развился панкреонекроз. На 4-е и 6-е сутки этим больным была выполнена операция: лапаротомия, холецистэктомия, наружное дренирование холедоха (по Пиковскому – 9, по Керу – 2), вскрытие сальниковой сумки, санация и дренирование сальниковой сумки. Из числа оперированных умерли 7 вследствие полиорганной недостаточности на фоне острого инфицированного жирового панкреонекроза с гнойным холангитом. Кровотечение после ЭПСТ наблюдались в 44 (0,8%) случаях. У 10 из 44 пациентов кровотечение из папиллотомной раны остановлено оперативным вмешательством. Из числа оперированных умерли 3 больных. 34 пациентам кровотечение из папиллотомной раны остановлено эндоскопической электрокоагуляцией, аргоноплазменной коагуляцией и обкалыванием смесью 0,18% раствора адреналина и 3% гипертонического раствора, последующими консервативными мероприятиями. Клиника гнойного холангита после транспапиллярных эндоскопических вмешательств развился у 28 (0,5%) пациентов. При развитии постманипуляционного холангита проводили назобилиарное дренирование холедоха, брали бакпосев из просвета холедоха, проводили антибактериальную терапию согласно чувствительности микрофлоры, в последующем промывали холедох антисептическими растворами. 16 (0,3%) пациентам с перфорацией двенадцатиперстной кишки выполнено оперативное вмешательство трансдуоденальная папиллосфинктеропластика с холецистэктомией и дренированием холедоха по Пиковскому. Послеоперационная летальность составила 40%. В 3 (0,1%) случаях наблюдали вклинение корзинки Dormia в желчном протоке при попытке удаления крупного камня. Все больные в экстренном порядке оперированы, им выполнены холедохотомия, удаление конкремента с холецистэктомией и наружное дренированием холедоха.

**Заключение.** РХПГ и ЭПСТ при адекватном выполнении в условиях специализированных эндохирургических отделений позволяют повысить качество диагностики, снизить частоту осложнений и улучшить результаты лечения больных с механической желтухой.

## СПОСОБ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Асаров А.А., Холматов Ш.Т., Каримов М.Р.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования:** снизить частоту интраоперационных осложнений при остром холецистите путем разработки нового способа выполнения лапароскопической холецистэктомии.

**Материалы и методы.** За период с 1995 по 2015 гг. во 2 клинике Ташкентской медицинской академии выполнено 338 лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ) при остром калькулезном холецистите, в 25 наблюдениях выполнена конверсия.

Одним из сложных моментов выполнения ЛХЭ при остром холецистите является выделение элементов шейки желчного пузыря. При "открытой" технике проведения оперативного вмешательства для снижения числа осложнений, в аналогичных случаях, рекомендуется проведение холецистэктомии "от дна", что не предусмотрено при традиционной технике выполнения ЛХЭ.

Нами предложена методика выполнения ЛХЭ, включающей в себя элементы выполнения холецистэктомии "от дна" и "от шейки". По предложенной методике в клинике оперировано 37 пациентов. Техника выполнения заключалась в следующем: в области шейки, на 1,0 – 1,5 см выше ее на передней стенке в поперечном направлении крючком перфорировали стенку желчного пузыря. В отверстие вводили наконечник аквапуратора, с потоком жидкости аспирировали песок и мелкие камни. Отверстие в пузыре расширяли до 1,5 – 2,0 см в поперечном направлении. При этом дно пузыря, захваченное зажимом, больше запрокидывалось под диафрагму. Вторым зажимом фиксировали проксимальный край рассеченной стенки желчного пузыря. В области печеночно-пузырного перехода с обеих сторон в продольном направлении, Т-образно, по отношению к разрезу в стенке тела желчного пузыря, производили рассечение эндокрючком серозной оболочки пузыря на протяжении 1,5 – 2,0 см. Подтягивая зажимом, захваченным за проксимальный край рассеченного участка пузыря, диссектором отделяли с обеих сторон заднюю стенку пузыря от ложа, с одновременным его пересечением под коагуляцией. При этом происходило пересечение либо ствола, либо ветвей пузырной артерии, что при недостаточной коагуляции могло давать значительное кровотечение, останавливаемое дополнительной коагуляцией. В дальнейшем, дистальная половина желчного пузыря, захваченная зажимом использовалась для отведения печени и создания условий для проведения операции. Зажим на проксимальной части переносили с передней на заднюю стенку. Диссектором производили выделение проксимальной части пузыря по направлению к шейке. Препаровка элементов

шейки желчного пузыря осуществлялась сзади, что обычно не вызывало каких-либо трудностей. Первым этапом выделялась, клипировалась, пересекалась пузырная артерия. Далее проксимальная часть пузыря представляла из себя воронку, основанием которой являлся пузырный проток, легко дифференцируемый как снаружи, так и изнутри пузыря. Окружающие ткани пузырного протока тупым путем смещали по направлению к холедоху. На пузырный проток накладывали клипсы, он пересекался и проксимальная часть пузыря удалялась. Дистальную половину пузыря отделяли от ложа традиционным путем.

**Результаты.** До внедрения данной методики в клинике выполнено 124 ЛХЭ, в 18 случаях произведено конверсия. После внедрения данной методики ЛХЭ выполнено 214 больным, в 7 наблюдениях был переход на открытый способ операции.

**Заключение.** Разработанная методика ЛХЭ позволило улучшить результаты лечения пациентов с острым холециститом за счет снижения частоты конверсий с 12,6% до 3,1%.

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ: ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА**

**Хатьков И.Е., Цвиркун В.В., Израилов Р.Е., Алиханов Р.Б., Андрианов А.В., Тютюнник П.С., Хисамов А.А.**

**ГБУЗ Московский Клинический Научный Центр ДЗ г. Москвы, Россия**

**Цель исследования:** проанализировать осложнения после лапароскопических вмешательств у больных с осложненным течением хронического панкреатита.

**Материалы и методы.** В период с декабря 2012 г. по январь 2016 г. 48 пациентам (31 мужчине и 17 женщинам) с осложненным течением хронического панкреатита были выполнены оперативные вмешательства: цистоэнтеростомия (n=6), продольная панкреатоеюностомия (n=6), операция Фрея (n=22), дистальная резекция (n=1) и панкреатодуоденальная резекция n=13. Из них 11 операций были дополнены симультанными вмешательствами (холецистэктомия, удаление правого надпочечника с опухолью, фундопликация по Ниссану, внутрибрюшная пластика грыжевого дефекта, холедохоеюностомия, наружное дренирование кисты, дистальная резекция поджелудочной железы со спленэктомией). Все операции выполнялись через 5 троакарных доступов.

**Результаты.** Операции были выполнены полностью лапароскопическим способом в 45 случаях. Конверсия потребовалась у 3 пациентов на этапе освоения методики в связи с выраженным инфильтративно-спаечным процессом. Летальных исходов не было. Послеоперационные осложнения возникли у 13 (28.8%) пациентов, из них по классификации Clavien-Dindo I степени – 1, II степени – 5, IIIa степени – 7. Панкреатическая фистула

степень В (классификация ISGPS) возникла у 4 пациентов. Кровотечение из области панкреатоеюноанастомоза степень В (классификация ISGPS) – у 4 пациентов. В 1 случае после панкреатодуоденальной резекции послеоперационный период осложнился несостоятельностью билиодигестивного анастомоза, которая была разрешена с помощью пункционно-дренажных методов. Гастростаза, либо осложнения со стороны раны не отмечено ни у одного пациента. Средний койко-день составил 10.4 койко-дня.

**Выводы.** Лапароскопические вмешательства у пациентов с осложненным течением хронического панкреатита характеризуется небольшим числом послеоперационных осложнений, которые могут быть разрешены с помощью современных миниинвазивных технологий.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ «СВЕЖИХ» ПОВРЕЖДЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ**

**Чевокин А.Ю., Гальперин Э.И.**

**Городская клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева, Москва, Россия**

**Кафедра госпитальной хирургии РНИМУ,**

**ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.**

**Сеченова Минздрава России, Москва, Россия**

Частота повреждений внепеченочных желчных протоков при проведении лапароскопической холецистэктомии составляет 0,2–0,4% и не имеет тенденции к снижению за последние 10–15 лет.

**Материалы и методы.** В период с 1988 г. по 2015 г. наблюдали 179 больных с повреждением желчных протоков. Ранение мелких протоков в ложе желчного пузыря, несостоятельность культи пузырного протока («малые» повреждения) были у 84 больных, магистральных желчных протоков (МЖП) – у 95. Всем больным произведен необходимый комплекс исследований (УЗИ, КТ, фистулография, ЭРХПГ, интраоперационное УЗИ, МРТ - холангиография). На основании анализа больных с повреждением МЖП сделано заключение о важности учета трех факторов при определении тактики лечения: характера повреждения (пересечение, иссечение, краевое ранение протоков), его локализация (вне- и внутripеченочные протоки), наличие хирурга – специалиста в реконструктивной хирургии желчных протоков. Использованы два тактических варианта: 2 – этапный метод лечения с дренированием проксимального отдела желчевыводящей системы на первом этапе и реконструктивным вмешательством на втором (72 больных), одномоментная коррекция – у 23 больных. Введение дренажной трубки в желчные протоки на 2–3 месяца значительно

«повышает» первоначальный уровень повреждения, что заставляет стремиться к проведению 2 этапа операции в первые 5 суток после повреждения. Методом выбора хирургического лечения при повреждении МЖП была реконструктивная операция – наложение прецизионного билиодигестивного анастомоза (БДА) с сопоставлением неизмененных слизистых протоков и кишки и «отключением» петли кишки по Ру длиной 80 см. «Ключом» операции является подготовка площадки неизмененных желчных протоков. Разработаны методики выделения протоков в зависимости от типа повреждения (классификация Э.И. Гальперина, 2004). При повреждении «+1» и «0» площадку создавали за счет рассечения на 1,5 – 2 см левого долевого протока. При внутривнутрипеченочных повреждениях МЖП выполняли краевую резекцию печени у 34 больных, создавая как отдельные билиодигестивные соустья, так и «единые» с вновь сформированным конfluenceм гепатикохоледоха. Прецизионный БДА без каркаса удалось наложить у 78,4%, комбинированные – у 7,8%, каркасные – у 13,8%.

**Результаты.** Отдаленные результаты прослежены в сроки от 1,5 до 27 лет у 143 больных. Формирование стриктуры отмечено у 3 больных (при одноэтапном лечении у 2 больных, 2-х этапном – у 1 больного). Больные оперированы повторно с хорошим результатом.

**Выводы** 1. Квалификация хирурга при полном пересечении или иссечении МЖП во многом определяет результаты операции. Отсутствие хирурга специалиста оправдывает дренирование желчного дерева как первого этапа лечения.

2. Прецизионный бескаркасный БДА является операцией «выбора» при лечении «свежих» повреждений МЖП.

3. Каркасное дренирование должно применяться по строгим показаниям при уровне локализации повреждения «-2» и «-3» (невозможность иссечения рубцовых тканей, узкой площадке, трудностях при наложении прецизионного анастомоза при наличии гнойных образований в портальных воротах печени).

## **ВЛИЯНИЕ ХИМИОТЕРАПИИ НА ПРОФИЛАКТИКУ РЕЦИДИВА ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ**

**Шамсиев А.М., Рахманов К.Э., Шамсиев Ж.А., Курбаниязов З.Б.**

**Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан**

**Введение.** Современное состояние хирургии эхинококкоза печени нельзя признать удовлетворительным, поскольку после первично выполненных операций наблюдается значительное число рецидивных форм, приводящих к повторным операциям.



По данным разных авторов, частота рецидивов после хирургического лечения эхинококкоза различной локализации составляет примерно 10% и колеблется в пределах 3 – 54%. Наиболее сложную проблему представляют повторные и многократные рецидивы эхинококкоза, при которых возможен летальный исход.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 513 больных, оперированных в отделении хирургии клиники СамМИ за последние 10 лет (2006-2015 гг.). По поводу первичного эхинококкоза печени оперировано 379 (73,9%) больных. Доля первично-множественного эхинококкоза составила 26,9% (n = 102).

Повторно по поводу эхинококкоза печени и органов брюшной полости оперировано 134 больных: по поводу рецидивного – 74 (55,2%), резидуального – 13 (9,7%), диссеминированного эхинококкоза брюшной полости – 7 (5,2%), по поводу имплантационного эхинококкоза – 39 (29,1%), по поводу реинвазивного эхинококкоза – 1 (0,7%). Из них 19 ранее были оперированы в нашем отделении, т.е. на 379 первичных операций частота рецидива составила 5,0%. Остальные 115 больных, поступивших на повторное оперативное лечение, были ранее оперированы в других хирургических учреждениях.

Всем поступившим больным производился комплекс клинических, лабораторных и инструментальных исследований. Среди инструментальных методов исследования применялись рентгенография, УЗИ и КТ.

В зависимости от размеров эхинококковых кист, их числа и локализации, стадии развития эхинококкового паразита, характера осложнений, состояния фиброзной капсулы, общего состояния больных были использованы различные способы эхинококкэктомии и методы ликвидации остаточной полости.

Для интраоперационной обработки гидатидных кист наиболее надежным и пригодным для практического применения оказался 80–100% глицерин, подогретый до температуры 700С. Глицерин активен даже при значительном разведении, гарантирует большую его надежность, что экспериментально доказано. Выявлено, что горячий раствор глицерина вызывает гибель 100% протосколексов в течение  $1 \pm 0,2$  мин, а полное истребление ацефалоцист наступает в среднем через  $3 \pm 0,5$  мин экспозиции.

**Результаты.** Из всей группы оперированных больных, 207 пациентов ограничены хирургическим вмешательством, им химиотерапия не проводилась. У всех остальных 306 оперированных больных химиотерапия проведена в полноценном объеме. Применяли альбендазол в дозе 10–12 мг/кг/сут, рекомендованной ВОЗ (1983). Препараты назначали прерывистыми курсами (1 мес. лечения и 15 дней – перерыв). Число курсов лечения в каждом наблюдении подбирали строго индивидуально в зависимости от размера, числа и

характера кист. Во время лечения регулярно (1 раз в 15 дней) проводили клинические, лабораторные исследования.

Контроль за состоянием оперативного участка осуществлялся путем динамического УЗИ и КТ каждые 3 мес. в течение 1 года наблюдения и каждые 6 мес. в последующие годы.

У больных без химиотерапии частота рецидива, составила 9,7% (n = 20). У больных после профилактической химиотерапии рецидивы отмечены лишь в 3 (0,9%) случаях. В остальных наблюдениях (n=303) после проведенного курса послеоперационной химиотерапии в сроки наблюдения от 1 года до 5 лет рецидива заболевания не отмечено.

Проведен анализ взаимосвязи локализации рецидивных кист с местом первичного поражения у 23 больных повторным эхинококкозом. При этом локализация рецидивной кисты лишь у 26% больных совпала с поsegmentарной локализацией первичной кисты, что позволило исключить абсолютное доминирование роли фиброзной капсулы в генезе рецидивного течения заболевания.

Вероятность развития рецидива при этом, возможно, связана с тем, что первичное поражение печени изначально могло быть множественным, а развитие только одной паразитарной кисты связано с ее доминированием, конкурентно подавляющим рост остальных кист.

**Заключение.** Первичная операция по поводу эхинококкоза печени без вспомогательной профилактической химиотерапии, проведенная даже в условиях современного высокотехнологичного хирургического учреждения, не гарантирует от рецидива заболевания.

Применение противорецидивной химиотерапии в послеоперационном периоде производными бензимидазольных карбаматов (альбендазол) позволяет свести к минимуму частоту рецидивов заболевания. Показанием к применению лечебной изолированной химиотерапии при эхинококкозе печени как альтернативе хирургическому лечению могут быть эхинококковые кисты до 5 см в диаметре.

Рецидивный эхинококкоз печени, строго связанный с областью первичной локализации паразитарной кисты, составил 26,0% от всех рецидивных форм. Большая доля рецидивных эхинококковых кист в удаленных от первичного очага сегментах (56,5%) и даже поражение другой доли (17,5%) ставят под сомнение роль фиброзной капсулы первичной кисты как основного фактора рецидива заболевания.

# **ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ «СВЕЖИХ» ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ**

**Шаповальянц С.Г., Будзинский С.А., Федоров Е.Д.**

**Кафедра госпитальной хирургии №2 с ПНИЛ хирургической гастроэнтрологии и  
эндоскопии ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский  
университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия**

**ГБУЗ Городская клиническая больница №31, Москва, Россия**

Многолетние наблюдения показывают стабильную частоту интраоперационных повреждений желчных протоков, встречающихся главным образом при холецистэктомии и не имеющих отчетливой зависимости от технического способа выделения желчного пузыря, степени его воспалительных изменений, опыта хирурга, длительности заболевания, а также других факторов

В клинике в течение поледних 5 лет наблюдали 27 больных с повреждениями магистральных желчных протоков, выявленными в ближайшем послеоперационном периоде, 18 из них переведены из других лечебных учреждений. Женщин было 19, мужчин – 8, возраст пациентов варьировал в пределах от 32 до 78 лет (средний возраст –  $50.6 \pm 16.4$  года). Повреждение желчных протоков возникло в 17 случаях после операций по поводу острого калькулезного холецистита и хронического - в 10. При этом лапароскопическая холецистэктомия проводилась в 18 наблюдениях, хирургическое удаление желчного пузыря – в 7, а холецистэктомия с холедохолитотомией и дренированием холедоха по Керу, так же как и холецистэктомия из минилапаротомного доступа – по 1.

Клинические проявления данного осложнения во всех случаях заключались в наличии желчеистечения или появлении механической желтухи. Затеки желчи, выявленные при УЗИ, имели место в 18 случаях, желчеистечение по ранее установленному дренажу – в 6, желчный перитонит – в 3. Помимо этого, в 10 наблюдениях была отмечена механическая желтуха. Срок диагностики повреждений желчных протоков после холецистэктомии составил от 3 до 14 дней.

Эндоскопическая ретроградная холангиография (ЭРХГ) с последующим выполнением папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) была произведена у всех 27 пациентов. Считаем необходимым выполнение процедуры в срочном порядке при подозрении на возникшее осложнение. Во всех случаях диагноз травмы внепеченочных желчных протоков был подтвержден. При этом в 17 наблюдениях травма желчного протока носила краевой характер (повреждения общего печеночного и общего желчного протоков – в 12 случаях, недостаточность культы пузырного протока - в 4, недостаточность швов в области

расположения дренажа Кера – в 1). Полное пересечение общего желчного и печеночного протоков выявлено в 8 случаях, клипирование гепатикохоледохса – в 2.

После установки рентгенологического диагноза в 16 случаях удалось произвести билиодуоденальное протезирование с установкой проксимального конца дренажа выше области дефекта протока, за счет чего происходила герметизация желчных путей и обеспечение оттока желчи в двенадцатиперстную кишку.

Во всех наблюдениях первично устанавливали стент минимального диаметра (7 Fr). Подобные вмешательства были осуществимы у пациентов с так называемыми «малыми» повреждениями желчевыводящих протоков. В тоже время, в 10 случаях полного пересечения и клипирования желчных протоков, а также в 1 наблюдении деформации протока в области повреждения, произвести их стентирование не представилось возможным, что потребовало выполнения срочных хирургических вмешательств в объеме наложения билиодигестивных анастомозов на отключенной петле по Ру (9 наблюдений) или пластики протока на дренаже Кера (2).

Отдаленные результаты транспапиллярного стентирования (более 3 лет) у 11 пациентов хорошие. 3 больных продолжают сеансы рестентирования. Еще в 2 наблюдения в связи с рецидивирующим холангитом и желтухой выполнены билиодигестивные анастомозы традиционным способом.

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ И РУБЦОВЫХ СТРИКТУРАХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

**Шестопалов С.С., Сарсенбаев Б.Х., Дорофеева Т.Е., Халилов Э.М., Иралимов А.Г.**

**ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»**

Повреждение внепеченочных желчных протоков (ВЖП) продолжает оставаться одним из наиболее грозных осложнений в абдоминальной хирургии. Частота повреждений ВЖП при открытой холецистэктомии составляет 0,1-0,8%, при лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) – от 0,3 до 3%, при минилапаротомной холецистэктомии (МХЭ) – 0,2-2,5%.

**Цель:** Изучение ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения повреждений и рубцовых стриктур ВЖП, определение оптимальной хирургической тактики.

**Материал и методы исследования:** В исследование включены 82 больных с повреждениями и рубцовыми стриктурами ВЖП, которые находились на лечении в отделении хирургии печени, желчных путей и поджелудочной железы ГБУЗ «ЧОКБ» в

период с 2006 по 2015 год. Среди больных было 65 (79,3%) женщин и 17 (20,7%) мужчин в возрасте от 25 до 77 лет. Средний возраст составил 51 (43÷63) год. В работе использовались классификация повреждений и послеоперационных рубцовых стриктур ВЖП профессора Э.И. Гальперина.

**Результаты исследования и обсуждение:** Повреждение ВЖП у 58 (70,7%) больных произошло при ЛХЭ, у 24 (29,3%) больных – при МХЭ. Холецистэктомия была выполнена по поводу хронического калькулезного холецистита у 47 (57,3%) больных, острого калькулезного холецистита – у 35 (42,7%).

Из 82 больных у 7 повреждение ВЖП произошло в нашей клинике, остальные больные направлены из других лечебных учреждений города и области. Травма желчных протоков выявлена во время операции у 21 (25,6%) пациента, в послеоперационном периоде – у 61 (74,4%). Парциальное рассечение желчных протоков было у 9 (10,9%) больных, полное рассечение – у 25 (30,5%), иссечение части протока – у 23 (28%), окклюзия вследствие клипирования, прошивания или перевязки – у 16 (19,5%), электротравма – у 6 (7,3%) больных. Распределение больных по уровню первичного повреждения ВЖП: общий желчный проток – 25 (30,4%), общий печеночный проток – 44 (53,6%), конфлюэнс – 7 (8,5%), правый печеночный проток – 3 (3,6%). У 3 больных определить характер и первичный уровень травмы печеночных протоков не удалось.

У 4 из 7 наших больных повреждение ВЖП выявлено во время операции, всем выполнены восстановительные операции на Т-образном дренаже, у 2 больных развилась рубцовая стриктура билиобилиарного соустья, что потребовало проведения реконструктивных операций. Повреждения ВЖП выявлены в послеоперационном периоде у 3 больных, в одном случае (на 3 сутки) сформирован билиобилиарный анастомоз на Т-образном дренаже с благоприятным исходом, в двух случаях проведено наружное дренирование общего печеночного протока, вторым этапом – реконструктивная операция.

65 больных направлены в нашу клинику с рубцовыми стриктурами ВЖП (у 19 из них были наружные желчные свищи). Распределение больных по типу стриктуры: тип «+2» – 12, тип «+1» – 15, тип «0» – 14, тип «-1» – 18, тип «-2» – 3, тип «-3» – 3. Реконструктивной операцией выбора являлась гепатикоюностомия на петле по Ру с соблюдением принципов прецизионности.

В исследуемой группе пациентов был один летальный исход (1,2%). Осложнения развились после операции у 12 больных (14,6%). Отдаленные результаты лечения прослежены у 75 (91,4%) больных в сроки от 6 месяцев до 10 лет. Отличный и хороший отдаленный результат получен у 67 (89,3%), удовлетворительный у 6 (8,1%), неудовлетворительный у 2 (2,6%) больных.

**Выводы:** 1. Хирургическая тактика зависит от характера травмы желчных протоков и времени ее выявления. Показания к выполнению восстановительных операций при повреждениях и рубцовых стриктурах желчных протоков являются ограниченными, операцией выбора является формирование прецизионного билиодигестивного анастомоза при наличии условий.

2. Коррекция повреждений и рубцовых стриктур желчных протоков должна осуществляться в специализированных центрах, обладающих опытом их лечения.

## **НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСТОЯННОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ И БИЛИДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ИХ РУБЦОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СВЕРХЭЛАСТИЧНЫХ СТЕНТОВ ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА**

**Штофин С.Г., Сыдыгалиев Н.А., Иванян К.Г.**

**Кафедра общей хирургии лечебного факультета ГБОУ ВПО Новосибирский  
государственный медицинский университет Минздрава России, Новосибирск, Россия**

Несмотря на давно отработанную и постоянно совершенствующуюся технику выполнения холецистэктомии, частота повреждений желчных протоков не имеет тенденции к снижению. Внедрение лапароскопической холецистэктомии повлекло за собой увеличение в 2-4 раза частоты повреждений желчных протоков - до 0,1-3%. Ранние («свежие») повреждения желчеотводящих путей могут диагностироваться во время операции и/или в послеоперационном периоде. Травмы гепатикохоледоха выявляются в 20-40% наблюдений уже после выписки из стационара. Реконструктивная операция, при которой формируется билиодигестивный анастомоз, является самым оптимальным вариантом хирургического лечения повреждения желчевыводящих протоков. Хирургические вмешательства при ранних «свежих» поражениях внепеченочных желчных протоков (ВПЖП) в 15-25 % наблюдений заканчиваются созданием обходных билиодигестивных анастомозов (БДА). Рубцевание последних наступает в 8,4-28,3%.

Открытие никелида титана привело к созданию нового поколения биосовместимых имплантатов. Импланты из никелида титана практически лишены недостатков. Приоритет в их разработке принадлежит В.Э. Гюнтеру, Г.Ц. Дамбаеву, М.М. Соловьеву и др. Достойное место занимает стентирование в билиарной хирургии.

В последние годы в реконструктивной хирургии желчевыводящих путей все активнее используются стенты дилататоры из сверхэластичного никелида титана с эффектом памяти формы, позволяющие устранять нарушения желчеоттока с хорошими результатами.

Полученные данные позволяют несколько сгладить проблему хирургического лечения больных с рубцовыми поражениями внепеченочных желчных путей за счет применения новых имплантатов с памятью формы.

Изучены непосредственные и отдаленные результаты лечения больных с рубцовыми стриктурами ВЖП при использовании сверхэластичных стентов из никелида титана на примере города Новосибирска в основных стационарах. В итоге, полученные результаты, КЖ у пациентов, оперированных путем постоянного стентирования тубулярных структур имплантатами из никелида титана, были значительно выше, что говорит об улучшении КЖ этих больных, в сравнении с больными, которым выполнялись традиционные хирургические операции при повреждении и/или рубцовых стриктурах ВЖП. Важно также отметить относительная простота технологии стентирования, малая травматичность, несмещаемость в тубулярной структуре или анастомозе делает эту операцию методом выбора.

**Выводы.** 1. Показанием к применению никелид титановых стентов являются: рубцовые поражения ВЖП и БДА, «свежая» травма внепеченочных желчных протоков, создание билиодигестивных анастомозов при «неблагоприятном» типе желчных протоков.

2. Отсутствие ранних послеоперационных специфических осложнений, позволяет надежно предотвратить рестеноз желчеотводящих соустий.

3. Использование сверхэластичных стентов из никелида титана позволили количество неудовлетворительных отдаленных результатов операции снизить с 16,7% до 0%

4. В отдаленном периоде у пациентов, оперированных путем постоянного стентирования тубулярных структур имплантатами из никелида титана, показатели КЖ увеличены, что говорит о повышении жизненной активности, и характеризуются улучшением физического и эмоционального состояния пациентов.

#### **Практические рекомендации:**

- при подозрении на повреждение и/или рубцовую стриктуру ВЖП в послеоперационном периоде обязательно лечение больного в специализированном центре хирургии;
- пациенты с рубцовыми стриктурами ВЖП и БДА, пролеченные традиционными хирургическими методами, являются группой потенциального риска развития повторных стриктур, лигатурного холедохолитиаза и нуждаются в активном наблюдении в отдаленном послеоперационном периоде для своевременного выявления развивающихся послеоперационных заболеваний желчных протоков;
- при хирургическом лечении больных с рубцовыми стриктурами ВЖП и БДА целесообразным является применение никелид титановых конструкций по разработанной методике, как более эффективным.

## ОСЛОЖНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Шуркалин Б.К., Кригер А.Г., Горский В.А., Фаллер А.П., Ованесян Э.Р.

Кафедра хирургии медико-биологического факультета ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова  
Минздрава России, Москва, Россия

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) несмотря на множество позитивных качеств, таит в себе угрозу развития осложнений, не всегда характерных для традиционной операции. Анализ выявленных осложнений представляем в данном сообщении.

**Материалы и методы.** В хирургической клинике МБФ РНИМУ за 10 лет было выполнено 2065 ЛХЭ. По поводу хронического холецистита были оперированы 1156 (56%) больных, по поводу острого - 895 (43,4%). С полипозом и раком желчного пузыря - 14 пациентов. У 64 (3,1%) больных были вынуждены перейти на открытый доступ вследствие возникновения осложнений у 8 и технических трудностей у 56 человек. Интра- или послеоперационные осложнения отмечены у 102 (4,9%) больных. При этом летальность составила 0,05% (одна пациентка умерла от инфаркта миокарда).

**Результаты.** Наиболее грозное осложнение, повреждение гепатикохоледоха, отмечено у 7 (0,34%) больных. При этом в 2 случаях диагностировали полное поперечное пересечение холедоха, а у 5 пациентов отмечено его краевое ранение. Повреждения магистральных желчных протоков были связаны с недостаточной визуализацией тубулярных структур в инфильтрированных тканях либо с вариабельностью анатомии желчных путей - «пузырь-наездник».

У 9 (0,44%) пациентов возникло интраоперационное кровотечение, потребовавшее конверсии у 4 больных. В 5 случаях кровотечение остановлено лапароскопически с применением субстанции «Тахокомб». В послеоперационном периоде кровотечение отмечено у 3 (0,15%) больных - выполнена релапаротомия.

Желчеистечение наблюдали у 12 (0,58%) пациентов. При этом лишь в одном случае имело место прорезывание клипсой культи пузырного протока (релапароскопия с повторным клипированием). В остальных наблюдениях оно было обусловлено повреждением дополнительных поверхностно расположенных желчных протоков в ложе пузыря. Данные желчеистечения не требовали повторного вмешательства и прекращались самостоятельно.

Механическая желтуха в послеоперационном периоде развилась у 1 (0,05%) больной с недиагностированным до операции холедохолитиазом. Желтуха ликвидирована ЭПСТ и литоэкстракцией.



Инфекционные внутрибрюшные и раневые осложнения отмечены у 49 (2,37%) больных. При этом преобладали нагноения пупочной ранки. Из внеорганных осложнений следует отметить пневмонии, развившиеся у 14 больных, и острый тромбоз подкожных вен (6 пациентов).

**Заключение.** При анализе полученных результатов нам видятся следующие пути профилактики осложнений ЛХЭ:

- 1) детальное квалифицированное обследование больных в предоперационном периоде;
- 2) ранняя операция у больных острым холециститом;
- 3) четкое соблюдение оперативного приема, визуальный контроль любого действия;
- 4) знания о наличии редких вариантов анатомических взаимоотношений;
- 5) осуществление конверсии при возникновении подозрения на возможность повреждения тубулярных структур, особенно в условиях инфильтрированных тканей;
- 6) строгое соблюдение асептики и осуществление превентивной антибактериальной терапии;
- 7) ранняя активизация больных.

**ВЗАИМНОЕ УСИЛЕНИЕ ЭФФЕКТА ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ВОЗДЕЙСТВИИ  
МЕХАНИЧЕСКОГО АГЕНТА И ЛАЗЕРА С ЦЕЛЬЮ ФРАГМЕНТАЦИИ  
КОНКРЕМЕНТОВ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ (РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВЫХ  
ИСПЫТАНИЙ IN VITRO)**

**Юрченко В.В., Сеницын А., Ныжник Л.М., Кузнецов Г.Л.**

**ФГАОУ ВПО «Балтийский федеральный университет им. И. Канта», Калининград,  
Россия**

**ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области», Калининград,  
Россия**

**Актуальность.** В настоящее время эндохирургическое лечение холедохолитиаза является общепринятым стандартом в практическом здравоохранении. Наиболее часто встречающимся препятствием, ограничивающим данный способ, является высокая твердость крупных (правильнее сказать, не соответствующих размерами наиболее узкой части дистальных отделов общего желчного протока) конкрементов, препятствующих их фрагментации механической литотрипсией. Прочие известные технологии дробления требуют или использования холангиоскопа (бэби-скоп, Spy-glass и т.д.), или высокорискованный вследствие отсутствия фиксации конкремента в момент воздействия фрагментирующего агента, что может привести к неконтролируемому движению

образующихся осколков, или не обеспечивают точного контроля направления воздействующего фактора на камень. Проблема ущемления резистентного в корзинке конкремента может таить в себе серьёзные угрозы вследствие необходимости экстренной лапаротомии. Способов прогноза этих ситуаций на настоящий момент не существует ввиду невозможности определить структуру и состав минеральной матрицы камня до его извлечения, а его умеренные размеры могут создавать иллюзию перспективности эндохирургического лечения. Предложенные в настоящее время разъединяющиеся при интенсивном воздействии корзинки (Boston Scientific) лишь частично разрешают подобную клиническую ситуацию, т.к. вклиненный с частью корзинки конкремент спазмолитической терапией заставить мигрировать в супрастенотическое расширение достаточно проблематично, а быстро прогрессирующая механическая желтуха, как правило, осложняющаяся гнойным холангитом на фоне выполнения ЭРХПГ, не оставляет выбора. Таким образом, усовершенствование малоинвазивных способов лечения холедохолитиаза является вполне актуальным. Дополнительные возможности при данной технологии предоставляет комбинирование воздействующих на конкремент факторов.

**Цель исследования:** исследование возможностей комбинированного воздействия на конкремент лазерного излучения и механической фрагментации.

**Материалы и методы.** Предметом исследования являлись ущемлённые конкременты гепатикохоледоха, потребовавшие лапаротомии. Данные конкременты непосредственно после вмешательства погружались в желчь для сохранения их свойств. Основным технологическим препятствием для усовершенствования способа являлось необходимость помещения всех элементов литотриптора в узкую «рубашку», чей максимальный диаметр не должен превышать 4 мм и должен обладать достаточной гибкостью для формирования изгиба, позволяющего ввести данную конструкцию ретроградно через папиллотомическое соустье в желчные протоки.

**Результаты.** После решения вышеперечисленных проблем было проведено 4 попытки литотрипсии «твёрдых» конкрементов. В трёх наблюдениях конкременты были разрушены, причём все фрагменты были не более 5 мм в максимальном измерении, т.е. легко были бы выведения из желчных протоков при их санации корзинками.

**Заключение.** Первые результаты позволяют судить о перспективности дальнейшего усовершенствования комбинированных способов литотрипсии.