

В случае введения инфицированных конкрементов в брюшную полость лабораторного животного (при деструктивном холецистите) высока вероятность возникновения перифокального гнойного воспаления с возможной генерализацией воспалительного процесса, вплоть до развития сепсиса – это предположение найдет отражение после анализа результатов проведенного нами моделирования данного патологического состояния.

**Выводы.** При введении в брюшную полость крыс даже неинфицированных желчных конкрементов в 33,3% случаев отмечено неполное их рассасывание с организацией и инкапсуляцией, что в дальнейшем может быть причиной развития осложнений. Это обуславливает необходимость извлечения из брюшной полости всех выпавших конкрементов при перфорации желчного пузыря.

## УДВОЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ: КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

Немтин А. З., Бугаков В. А., Легеза Н. В., Маслянский В. Б.

УЗ «Гомельская областная клиническая больница»,  
г. Гомель, Республика Беларусь

**Введение.** Удвоение желчного пузыря – редкая врождённая аномалия. Варианты дубликации: отделение от премордиального желчного пузыря либо наличие добавочного. Протекать может бессимптомно или проявляться симптомами, связанными с холелитиазом, холециститом, холангитом или панкреатитом. Специфических симптомов при удвоении желчного пузыря нет. Частота встречаемости данной аномалии составляет 2.5 случая на 100 000 населения. Наиболее доступным методом диагностики является ультразвуковое исследование, однако при атипичном расположении добавочного желчного пузыря возможны диагностические ошибки. Добавочный желчный пузырь, незамеченный на предоперационном УЗИ, может стать причиной для повторной операции, поэтому диагностика перед операцией является особо важным аспектом в лечении данной аномалии.

Хирургическое лечение – метод выбора для пациентов с данной аномалией.

Принято использовать классификацию дубликации желчного пузыря по Harlaftis: тип 1 – разделение премордиального желчного пузыря с общим желчным протоком (Y-форма, с двумя желчными протоками, переходящими в общий желчный проток, и V-форма, с двумя желчными протоками, соединёнными в шейке), тип 2 (самый частый) – наличие двух отдельных желчных пузырей с собственными желчными протоками, которые выходят независимо в общий желчный проток – H-тип. Тип 3 (редкий тип) – при котором устроение желчных пузырей, при наличии трёх отдельных желчных протоков. Такие анатомические вариации связаны с повышенной операционной сложностью и рисками, требующими проведения интраоперационной холангиографии при неясной анатомической картине.

Клинический случай № 1. Пациентка К., 36 лет, поступила во 2-е хирургическое отделение Гомельской областной клинической больницы с диагнозом «хронический калькулёзный холецистит». Страдает хроническим калькулёзным холециститом 6 лет. Лечилась амбулаторно. Обследование на догоспитальном этапе включало общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, электрокардиограмму, УЗИ органов брюшной полости, эзофагофиброгастродуоденоскопию, осмотр терапевтом. Произведена лапароскопическая холецистэктомия. Гистологический диагноз – хронический калькулёзный холецистит. На 6-е сутки в удовлетворительном состоянии выписана.

Через 3 недели после оперативного вмешательства возник приступ печёночной колики. Пациентка повторно обратилась во 2-е хирургическое отделение Гомельской областной клинической больницы с диагнозом «постхолецистэктомический синдром: холедохолитиаз?». При УЗИ ОБП выявлен желчный пузырь размерами 9 см – 4 см – 5 см, на 2/3 заполненный конкрементами. При эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии контрастируется желчный проток до 5 мм в диаметре, на всём протяжении однородный, не расширен, контраст свободно

поступает в двенадцатиперстную кишку. Пузырный проток с двумя клипсами, размером 5 мм. Ниже отхождения пузырьного протока на 3 см определяется желчный пузырь 9 см – 4 см – 5 см с конкрементами, имеющий собственный пузырьный проток.

Выполнен доступ через мини-лапаротомию. Добавочный желчный пузырь расположен позади париетальной брюшины в области передней поверхности верхнего полюса правой почки. Выполнена холецистэктомия. Гладкое послеоперационное течение. Гистологический диагноз – хронический калькулёзный холецистит. На 7-е сутки в удовлетворительном состоянии выписана.

Клинический случай № 2. Пациент В., 43 года, поступил во 2-е хирургическое отделение Гомельской областной клинической больницы с диагнозом «хронический калькулёзный холецистит. Киста холедоха?». Страдает хроническим калькулёзным холециститом 7 лет. Обследование на догоспитальном этапе включало ОАК, ОАМ, БАК, ЭКГ, УЗИ ОБП, ФГДС, осмотр терапевтом. В отделении выполнена магнитно-резонансная томография брюшной полости. При МРТ выявлено: желчный проток до 7 мм в диаметре, на всём протяжении однородный, не расширен. На уровне средней трети желчного протока выявлены два желчных пузыря с собственными пузырьными протоками и наличием конкрементов в обоих желчных пузырях.

Произведена лапароскопическая холецистэктомия с отдельным клипированием пузырных протоков и отдельным клипированием пузырных артерий. Послеоперационный период протекал гладко. Гистологический диагноз – хронический калькулёзный холецистит. Пациент выздоровел и был выписан на восьмые сутки.

#### **Выводы:**

1. Удвоение желчного пузыря – редкая врожденная аномалия, которая часто сопровождается желчнокаменной болезнью. Хирургическое лечение в таких случаях может сопровождаться ошибками, которых можно избежать, проведя детальное предоперационное обследование.

2. При подозрении на врожденные аномалии развития желчевыводящих путей МРТ является золотым стандартом неинвазивной диагностики.

3. На сегодняшний день лапароскопический метод лечения является методом выбора для пациентов с патологией внепеченочных желчных путей.

## **ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ОПЕРИРОВАННЫХ НА ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ НА КАЧЕСТВО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ**

Никитина Е. В., Подолинский С. Г., Козлова О. В.

УО «Витебский государственный ордена  
Дружбы народов медицинский университет»

УЗ «Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи», г. Витебск, Республика Беларусь

**Введение.** Современные требования к анестезиологическому пособию сводятся не только к антиноцицептивной защите организма, но и к полной защите от хирургической агрессии. Обширные хирургические повреждения способствуют тромбообразованию, эмболизации, парезу кишечника, проблемам с заживлением ран. Без адекватной защиты от стресса возможно развитие сепсиса и синдрома полиорганной недостаточности. Эффективность обезболивания в этих условиях может обеспечить только «мультимодальный» подход, включающий многоуровневую и многоцелевую антиноцицепцию. Адекватный антиноцицептивный контроль способствует быстрой активизации пациента, снижению осложнений, сокращению количества койко-дней, полностью соответствуя ERAS концепции. Применение опиоидов является «золотым стандартом» в лечении боли. В этой связи особый интерес представляет однократное интратекальное введение опиоидов, таких как морфин, перед операцией и общей анестезией. Достоинством морфина в этом случае является его гидрофильность, он медленно диффундирует в эпидуральное