

4. Ранняя диагностика и адекватное лечение являются ключевыми для успешного исхода заболевания.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы: Клинические рекомендации РФ 2024 (Россия), URL: <https://diseases.medelement.com/disease/грыжа-пищеводного-отверстия-диафрагмы-кр-рф-2024/18425> (дата обращения 15.01.2025)
2. Иванов Ю.В., Епифанцев Е.А., Лысенко А.О., Станкевич В.Р., Смирнов А.В., Злобин А.И., Ахмедьянов А.Р., Грицун В.Ю., Величко Е.А. Особенности клинической картины, диагностики и лечения ущемленной посттравматической диафрагмальной грыжи (клинические наблюдения) // Клиническая и экспериментальная хирургия. Журнал имени академика Б.В. Петровского. 2021. Т. 9, № 3. С. 143-149. DOI: <https://doi.org/10.33029/2308-1198-2021-9-3-143-149>
3. Трудности диагностики ущемленных грыж диафрагмы : учебное пособие / М. И. Прищепо, С. В. Морозов, Н. А. Соловьева [и др.]. – Москва : Издательство "Знание-М", 2024. – 24 с. – ISBN 978-5-00255-018-0. – DOI 10.38006/00255-018-0.2024.1.24. – EDN CFCDAP

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЯТРОГЕННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Жамойтина А. Ю., Валах К. А.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель: Белюк К. С.

**Актуальность.** Хирургическая тактика при повреждении желчных протоков остается предметом оживленных дискуссий. До сих пор не существует общепринятого алгоритма в случае ятрогенной травмы желчевыводящих путей, в связи с чем сохраняется актуальность поиска оптимального метода хирургического лечения данной патологии [1,2].

**Цель.** Продемонстрировать результаты хирургического лечения пациента с ятрогенным повреждением желчных протоков.

**Методы исследования.** Пациент Х. поступил в отделение «Трансплантации органов и тканей, пластической и эндокринной хирургии» в УЗ «Гродненская университетская клиника». В анамнезе: длительное время страдает ЖКБ. Диагноз был выставлен, когда в ходе ультразвукового исследования органов брюшной полости – был выявлен конкремент желчного пузыря. Пациент был госпитализирован в ЦРБ области, где была выполнена лапароскопическая холецистэктомия с конверсией на лапаротомию. При выделении шейки общего желчного протока было обнаружено практически полное его пересечение –

повреждение II типа по Н. Bismuth. Исходя из анамнеза, клинических проявлений, данных лабораторных и инструментальных исследований, пациенту был выставлен диагноз: Постхолецистэктомический синдром: состояние после лапароскопии, лапаротомии, ушивания общего желчного протока с его наружным дренированием, желчеистечение, местный неотграниченный желчный перитонит. Пациенту была выполнена повторная лапаротомия с наружно-внутренним протезированием общего желчного протока по разработанной в клинике методике. Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациент был выписан на амбулаторное лечение по месту жительства.

**Результаты и их обсуждение.** Спустя 5 месяцев с момента операции пациент был снова госпитализирован для выполнения второго этапа хирургического лечения. Была выполнена гепатикоеюностомия по Ру на каркасном дренаже, выведенном через микроеюностому. Осложнений в послеоперационном периоде отмечено не было.

Применение наружно-внутреннего протезирования при повреждении желчевыводящих путей не только позволило создать необходимую декомпрессию желчных протоков, но и обеспечило длительный, безопасный и комфортный для пациента возврат желчи в просвет двенадцатиперстной кишки, что позволило лучше подготовить пациента к реконструктивному этапу хирургического вмешательства.

**Выводы.** Методика наружно-внутреннего протезирования может стать более совершенной альтернативой наружному дренированию желчных протоков при их ятрогенном повреждении, позволяя устранить ключевые отрицательные моменты длительного наружного желчеотведения и предотвратить развитие синдрома ахолии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Singh, A., & Tewari, J. (2020). Aholia Syndrome: Mechanisms and Management. *American Journal of Gastroenterology*, 115(9), 1421-1428.
2. Bishop, J. R., & Pomeroy, S. L. (2019). Cholestasis and its Consequences: Pathophysiology, Diagnosis, and Management. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 53(2), 91-98.