

ишемии при отведении плеча до 90 градусов и более. Со временем, прогрессирование воспалительно-дегенеративных изменений приводит к частичным или полным разрывам мышц ротационной манжеты, что, в случаях, касающихся надостной мышцы, повышает переднюю нПС [3, с. 65].

Выводы. Таким образом, причины анатомо-функциональной недостаточности структур, стабилизирующих ПС требуют дальнейшего изучения в плане совершенствования диагностических мероприятий и улучшения результатов хирургического лечения вывихов ПС. Особого внимания заслуживает одна из них, а именно последствия интранатальной травмы плечевого сплетения у новорожденных. Своевременная коррекция костно-суставной и мышечной патологии позволит избежать серьезных осложнений в дальнейшем и обеспечить полноценную функцию верхней конечности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нестабильность плечевого сустава: обзор современных подходов к диагностике и лечению / П. М. Каданцев, А. Н. Логвинов, Д. О. Ильин [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2021. – № 5. – С. 109–124.
2. Агранович, О. Е. Контракция у больных с последствиями интранатальной травмы плечевого сплетения (обзор литературы) / О. Е. Агранович // Нервно-мышечные болезни. – 2021. – Т. 11, № 1. – С. 12–18.
3. Кутя, С. А. Функциональная анатомия плечевого сустава в норме и при повреждении вращательной манжеты / С. А. Кутя, А. В. Ткач // Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. – 2019. – Т. 9, № 3. – С. 61–67.
4. Патогенез развития деформаций и контрактур плечевого сустава у детей с последствиями интранатальной травмы плечевого сплетения / А. М. Ходоровская, О. Е. Агранович, М. В. Савина [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2022. – № 6-2. – С. 1–12.

ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАЦИИ ПРИ УДАЛЕНИИ «ТРУДНОГО» ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Гарелик П. В., Милешко М. И., Роуба А. П.

*Гродненский государственный медицинский университет
Гродно, Республика Беларусь*

Введение. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) за последние 2 десятилетия стала самой распространенной патологией во многих странах мира, в том числе и в РБ. В большинстве хирургических стационаров наиболее частой операцией является холецистэктомия (ХЭК), выполненная как в плановом, так и в экстренном порядке.

Техника удаления желчного пузыря (ЖП) как при открытом доступе, так и при лапароскопическом варианте детально разработана и ХЭК в подавляющем большинстве случаев легко выполнена с хорошими ближайшими и отдаленными результатами. Однако есть небольшая группа пациентов, у которых встречается так называемый «трудный» желчный пузырь и соответственно у этой категории оперируемых имеются технические сложности его удаления. Последние обусловлены наличием выраженных инфильтративно-воспалительных явлений или деструкцией стенки ЖП, которая разрушается при малейшем дотрагивании до нее инструментом. В этой группе пациентов формируется понятие «трудный» желчный пузырь, технические особенности его удаления продолжают дискуссироваться до настоящего времени [1].

Цель. Провести ретроспективный анализ технических особенностей операций, производимых при деструктивных формах холецистита.

Методы исследования. За последние 10 лет (2016-2025 гг.) в клинике общей хирургии прооперировано 2918 пациентов по поводу ЖКБ, из них хронический калькулезный холецистит встретился у 2076 человек, в 849 случаев имел место острый калькулезный холецистит. Среди всех анализируемых пациентов лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭК) произведена у 2836 (97,2%) и только у 82 человек (2,8%) из лапаротомного доступа (конверсия). Среди всех произведенных операций серьезные проблемы удаления желчного пузыря имели место у 98 человек (3,4%), которых мы внесли в группу «трудного» ЖП. У всех пациентов с острым холециститом удаление желчного пузыря было технически более сложным, чем при хроническом воспалении. Однако в выделенной группе с хронической или острой эмпиемой ЖП операция была особенно сложной из-за наличия выраженного инфильтрата в правом подреберье, наличие гнойно-воспалительных изменений, внутрипеченочного расположения ЖП и соответственно плохой дифференцировки тканей, отсутствие анатомических ориентиров или деструкции стенок ЖП. 98 оперативных вмешательств, объединенных понятием «трудный» ЖП были подвергнуты тщательному анализу.

Результаты и их обсуждение. Все пациенты с «трудным» желчным пузырем были обследованы до операции. УЗИ ЖП: у 72 человек отмечено утолщение стенки ЖП в пределах 4-8 мм, у 38 перивезикальные изменения в виде инфильтрации окружающих тканей и скопления жидкости, двухконтурность пузыря. Подобные изменения находили при КТ и МРТ исследовании соответственно у 32 пациентов. Характерных изменений в лабораторных анализах не выявлено.

Оперативное вмешательство во всех случаях начинали с лапароскопии. В связи с наличием каменистой плотности инфильтрата и невозможность дифференцировки анатомических структур, ЛХЭК удалось выполнить с техническими трудностями только у 16 пациентов, у остальных (82) перешли на открытое вмешательство. Особые сложности возникали если инфильтрат располагался в области шейки пузыря и распространялся на гепатодуоденальную

связку, двенадцатиперстную кишку и даже пилорический отдел желудка, при этом совершенно не дифференцировались элементы треугольника Кало. При выделении ЖП из инфильтрата у 22 человек наступила деструкция гангренозно-измененной стенки пузыря. В семи наблюдениях имело место разной степени выраженности внутripеченочное расположение желчного пузыря. В 8 случаях весь просвет ЖП был заполнен камнями, стенка его плотная, пузырь неподвижен. В этой ситуации пришлось вскрыть просвет ЖП, удалить из него камни, после чего манипулировать на ЖП стало значительно легче. С техническими трудностями удалить желчный пузырь от шейки представилась возможность у 58 пациентов. Еще у 11 человек начинали ХЭК от шейки, однако потом перешли на удаление ЖП от дна. В 9 наблюдениях ХЭК сразу начинали от дна. Практически у всех пациентов отек и инфильтрация тканей переходили с ЖП на гепатодуоденальную связку и гепатикохоледох не определялся. Во избежании повреждения элементов связки у части пациентов пузырь пересекался и удалялся на уровне шейки без выделения пузырного протока. У 20 пациентов с деструкцией стенок или со вскрытым желчным пузырем мы произвели субтотальную ХЭК или ХЭК по методу Прибрама: после пересечения шейки пузыря он иссекался с помощью диатермокоагуляции или ножницами по периметру сращения ЖП с тканью печени. При этом часть пузыря в области его ложа не удалялась. В большинстве своем слизистая оболочка в области ложа уже была расплавлена гнойным содержимым, в отдельных местах коагулировалась оставшаяся часть слизистой. Операция завершалась постановкой хлорвиниловой трубки. Выделение ЖП из инфильтрата и его удаление во всех случаях сопровождалось кровотечением, однако оно не было обильным и останавливалось с помощью диатермокоагуляции. В 3 случаях имело место струйное кровотечение с пузырной артерии, которое было остановлено клипированием [1] или прошиванием и перевязкой сосуда [2, с. 54].

В послеоперационном периоде в течении 1-2 суток наблюдалось более выраженное серозное отделяемое чем при плановой – холецистэктомии. У 2 пациентов после операции наблюдалось кровотечение: выделение крови по трубке и снижение гемоглобина. Производилась релапароскопия, санация подпеченочного пространства. При ревизии поля операционного действия источник кровотечения не установлен. В последующем кровотечение не возобновилось. Ещё у 4 пациентов имело место выделение желчи по трубке в количестве 50-120 мл, которое прекратилось самостоятельно в течении 2-3 дней. Все пациенты поправились.

Выводы.

1. Среди пациентов с ЖКБ и острыми или хроническими гнойно-воспалительными изменениями у небольшого числа пациентов (3,4%) имеются технические сложности операции его удаления, что формирует понятие «трудный» ЖП.

2. У этой категории пациентов предпочтение следует отдавать открытому доступу в брюшную полость, в небольшом числе случаев операция выполняема во время лапароскопии.

3. Технические приемы операции при «трудном» желчном пузыре могут быть: вскрытие пузыря и удаление огромных камней, субтотальная холецистэктомия (операция Прибрама), поочередное (от шейки и от дна) удаление пузыря.

ЛИТЕРАТУРА

1. Причины «трудных» лапароскопических холецистэктомий при остром калькулёзном холецистите и некоторые технические аспекты их выполнения / А. Н. Голомидов, С. Г. Гривенко, А. П. Калинин, А. У. Красота // Таврический медико-биологический вестник. – 2019. – Т. 22, № 4. – С. 57–62.
2. Ташкинов, А. В. Нестандартные методы лапароскопической холецистэктомии при остром калькулёзном холецистите / А. В. Ташкинов. – Хабаровск : ДВГМУ, 2014. – 102. с.

РАДИКАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСФОРМИРОВАННЫХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Глабай В. П.¹, Анипченко А. Н.², Гобеджишвили В. В.¹

¹*Первый Московский государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова*

²*Городская клиническая больница им. М.П. Кончаловского
Москва, Зеленоград, Россия*

Актуальность. Возникновение несформированных тонкокишечных свищей после выполненных операций оказывается трагедией для пациента и хирурга, прежде всего, из-за малой эффективности общепринятых методов лечения, часто приводящих к увеличению количества и прогрессированию свищей и, как следствие, летальному исходу, достигающему 50-90% [1. с. 42]. Обусловлено это укоренившимся среди практических хирургов мнением об опасности выполнения резекционных методов лечения несформированных тонкокишечных свищей, особенно, в условиях перитонита, «замороженного живота», тяжести состояния пациентов, выраженности инфильтрации и мацерации кожи вокруг свищей, а также о достаточной эффективности иссечения краев свища и ушивания свища, применения обтураторов и отрицательного давления с целью устранения или перевода несформированных свищей в трубчатые, различных приспособлений для реинфузии кишечного отделяемого.