

больных варьировал от 15 до 86 лет. Мужчин было 63 (32,81%), а женщин 129 (67,19%). Открытыми абдоминальными вмешательствами были: холецистэктомия и грыжесечение по поводу пупочной грыжи у 21(32,31%) больных, аппендэктомия и аднексэктомия у 16 (24,62%), резекция желудка и холецистэктомия у 12 (18,46%), резекция тонкой кишки и аппендэктомия у 9 (13,85%), резекция толстой кишки и холецистэктомия у 3(4,62%), резекция толстой кишки и аднексэктомия у 2 (3,08%), резекция толстой кишки и резекция мочевого пузыря у 1 (1,54%), резекция толстой кишки и резекция печени у 1 (1,54%). Было выполнено 127 лапароскопических вмешательств при различных заболеваниях органов брюшной полости и малого таза. С лапароскопическими холецистэктомиями одномоментно были выполнены: гинекологические лапароскопические вмешательства у 51 (40,16%) больных, фундопликация при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у 37 (29,13%), лапароскопическая герниопластика у 15 (11,81%), лапароскопическая операция Геллера – Дора при ахалазии кардии у 12 (9,45%), биопсия печени у 9 (7,09%), спленэктомия у 2 (1,58 %) больных и колэктомия у 1 (0,79%) больного. Для обоснования проведения одномоментных вмешательств, во всех случаях пациенты были полностью обследованы. Результаты и обсуждение: По классификации В.А. Гологорского у значительной части больных (93,23%) операции относились к I, II и III степеням тяжести. Самыми тяжелыми были операции, одновременно выполненные на желудке и толстой кишке открытым способом. В общем 67% одномоментных вмешательств были плановыми, а 33% срочными. Среди пациентов первой группы, у 93%, решение провести комбинированную операцию, было принято во время обследования больного. Но у остальных 7%, такая необходимость была выявлена при осмотре абдоминальной полости. Несмотря на удлинение операций и постоперационные осложнения у 2,5% больных, летальных последствий не наблюдалось. Выводы: При одномоментных хирургических вмешательствах средне-тяжелой степени не удлиняется время госпитализации, не наблюдается статистически значимая разница в смертности и осложнениях по сравнению с аналогичными однокомпонентными операциями. Параллельное лечение нескольких хирургических заболеваний, ликвидация повторного анестезиологического риска и потребности в дорогостоящем обследовании обосновывают внедрение в клиническую практику и по возможности

увеличение частоты комбинированных операций в будущем.

#### **76. Ущемление тонкой кишки в зоне введения 12 мм порта в раннем послеоперационном периоде**

*Армашов В.П., Мирошников Д.А., Матвеев Н.Л., Горский В.А., Череватенко А.М., Павленко В.В.*

Москва

ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава РФ

Троакарные грыжи после выполнения эндовидеохирургических вмешательств на органах брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза становятся все более частым явлением. Не менее редкими являются и их ущемления. Но говорить об ущемлении непосредственно грыжи можно только в отдаленном послеоперационном периоде, когда уже имеется сформированный грыжевой мешок. Ущемления же в раннем послеоперационном периоде, как правило, обусловлены подкожной или полной эвентрацией. Подобный случай мы и хотим представить вашему вниманию. У пациентки имело место ущемление тонкой кишки в дефекте апоневроза в месте введения 12 мм порта в левой подвздошной области на 5 сутки послеоперационного периода. Описание клинического случая. Пациентка К., 59 лет, обратилась в приемное отделение с жалобами на наличие болезненного инфильтрата в зоне послеоперационной троакарной раны левой подвздошной области. Образование возникло внезапно около 6 часов назад при незначительной физической нагрузке. Ранее находилась на лечении в гинекологическом отделении с диагнозом опухоль правого яичника, миома матки с субсерозным ростом узлов. 5 суток назад была выполнена плановая лапароскопическая двухсторонняя аднексэктомия и миомэктомия. В левой подвздошной области устанавливался 12 мм порт с целью введения морцеллятора. Троакарные раны после завершения вмешательства были ушиты. При УЗИ зоны инфильтрата выявлен дефект апоневроза брюшной стенки до 10,8 мм в диаметре и петля кишки в подкожной клетчатке. В экстренном порядке под местной анестезией была выполнена

ревизия, диагноз подтвержден. Кишка находилась в подкожной клетчатке, грыжевого мешка выявлено не было. После рассечения ущемляющего кольца и освобождения кишки последняя признана жизнеспособной. Выполнено послойное ушивание раны. Послеоперационный период протекал без особенностей, заживление первичное. Вывод. В большинстве случаев подобные проблемы связаны с теми или иными погрешностями при восстановлении целостности брюшной стенки. Представленный случай наглядно демонстрирует, что введение портов большого размера требует более тщательного ушивания троакарных ран.

#### **77. Декомпрессия главного панкреатического протока в профилактике острого постманипуляционного панкреатита при транспапиллярных вмешательствах**

*Веденин Ю.И., Зюбина Е.Н., Мандриков В.В.,  
Туровец М.И., Гушул А.В., Ногина А.А.,  
Михайличенко Г.В.*

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский  
университет

Транспапиллярные вмешательства сопровождаются отеком устья большого дуоденального сосочка (БДС), что может привести к развитию панкреатической гипертензии и воспалительному ответу ткани поджелудочной железы. Острый постманипуляционный панкреатит (ОПМП) возникает у 1–3% пациентов при эндоскопических операциях по поводу холедохолитиаза и в 5–30% наблюдений при выполнении ретроградных вмешательств на фоне стеноза БДС. Эффективным методом профилактики ОПМП является стентирование главного панкреатического протока (ГПП), которое активно используется во всем мире как этап завершения ретроградных вмешательств на БДС у пациентов, входящих в группу высокого риска его развития. Цель: улучшить результаты эндоскопических транспапиллярных вмешательствах у пациентов с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной зоны. Материалы и методы. В период с января 2015 года по январь 2020 года в Клинике №1 ВолгГМУ выполнено 1285

транспапиллярных вмешательств у 1135 больных. Мужчин было 408 (35,9%), женщин – 727 (64,1%) человек. Средний возраст составил  $59,7 \pm 1,2$  лет. Проведен анализ 1029 (80,1%) транспапиллярных вмешательств по поводу доброкачественной патологии (холедохолитиаз, стеноз БДС, стриктуры терминального отдела холедоха, хронический панкреатит) и 256 (19,9%) по поводу злокачественных заболеваний (рак БДС, опухоли головки поджелудочной железы, метастазы гепатодуоденальной зоны, проксимальная холангиокарцинома, рак желчного пузыря). Результаты и обсуждения. После 1285 транспапиллярных вмешательств ОПМП развился у 57 пациентов (4,4%). У 49 пациентов с явлениями острого панкреатита в течении 24 часов выполнили стентирование ГПП, которое выполняли пластиковыми стентами диаметром 5 Ch, длиной 50 мм. Декомпрессия ГПП с проведением консервативной терапии позволили достичь уменьшение болевого синдрома, снижение амилаземии и регрессии клинических признаков ОПМП. У 321 пациента основной группы стентирование ГПП выполнили в качестве завершающего этапа транспапиллярного вмешательства (при выраженном отеке зоны ЭПСТ, при канюляции или попадании контрастирующего вещества в ГПП, при папиллостенозе). Из них ОПМП развился в 14 (4,3%) наблюдениях. Летальных исходов не было. В контрольную группу были включены 45 больных, стентирование ГПП на завершающем этапе которым не выполняли. В данной группе клинико-лабораторные проявления ОПМП были отмечены у 23 (51,1%) пациента. У 5 больных диагностировали панкреатит тяжелой степени с исходом в асептический панкреонекроз и развитием осложнений, что явилось показанием к выполнению лечебно-санационной лапароскопии. У 2 пациентов отмечено фульминантное течение ОПМП с исходом в тотальный панкреонекроз. У 7 пациентов диагностировали острый панкреатит среднетяжелой степени и у 9 легкой степени, который купирован консервативно. Летальность составила 4,4%. Выводы. Стентирование ГПП у пациентов с высоким риском развития послеоперационных осложнений после транспапиллярных вмешательств, позволяет полностью купировать явления ОПМП, либо избежать его дальнейшего прогрессирования, путем декомпрессии в первые 24 часа его манифестации.