

вирсунгова протока (n=2), перкутанное дренирование под контролем трансабдоминального УЗИ (n=4). Вторую группу составили 11 пациентов, которым поэтапно (n=7) или в один этап (n=4) было выполнено комбинированное дренирование кист – эндоскопическое трансгастральное и стентирование вирсунгова протока. Обработка полученных данных осуществлялась в программе Statistica Statsoft 6.0; для анализа полученных данных использованы критерий Шапиро-Уилка ( $p < 0,05$ ), критерий Манн-Уитни ( $p < 0,05$ ) и критерий Уилкоксона ( $p < 0,05$ ). Полученные результаты. В первой группе регистрировались осложнения у 2 пациентов (13,3%,  $p > 0,05$ ) – продолжительная гипертермия с явления ССВО. Через 10 дней после дренирования средний объем полости кистозного образования уменьшился с 821 (546;1179) до 108 (69;177) см<sup>3</sup> ( $p < 0,05$ ). На момент выписки из стационара полная облитерация отмечена у 6 пациентов (40%,  $p < 0,05$ ). Продолжительность стационарного периода лечения составила 14 (12;24) койко-дней. Через 6 месяцев на контрольном КТ отмечалась облитерация псевдокисты у 10 пациентов (66,6%,  $p < 0,05$ ). Рецидив кисты отмечен у 5 пациентов (33,3%,  $p < 0,05$ ), что в свою очередь потребовало повторного хирургического вмешательства. Во второй группе осложнения наблюдались у 5 пациентов (45,5%,  $p < 0,05$ ). У 1 пациента наблюдалась стойкая гипертермия в течение 3 дней, у 3 пациентов явления острого панкреатита после этапа стентирования вирсунгова протока, у 1 пациента отмечен панкреонекроз, не потребовавший активной хирургической тактики. Динамика редукции полости кисты через 10 дней – с 778 (481;1047) до 57 (22;89) см<sup>3</sup>, что является статистически значимым в сравнении с пациентами 1 группы ( $p < 0,05$ ). Полость кисты после выписки полностью облитерировалась у 9 пациентов (81,8%,  $p < 0,05$ ), выявлено значимое отличие от пациентов 1 группы ( $p < 0,05$ ). Продолжительность госпитализации составила 16 (11;28) койко-дней ( $p < 0,05$ ), статистического отличия от пациентов 1 группы не отмечено ( $p > 0,05$ ). Спустя 6 месяцев после выписки рецидив кисты отмечен у 2 пациентов (18,2%), что достоверно меньше в сравнении с контрольной группой ( $p < 0,05$ ). Выводы. Таким образом, применение комбинации малоинвазивных интервенционных вмешательств позволяет статистически значимо уменьшить частоту послеоперационных осложнений и рецидивов кист.

### 269. Чрескожные минимально инвазивные вмешательства под сонофлюороскопическим контролем в лечении синдрома механической желтухи

Мамошин А.В. (1,2,3), Морозов Ю.М. (2),  
Сумин Д.С. (1,2,3), Адаменков Н.А. (1),  
Ветрова А.В. (1)

Орёл

- 1) БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница», 2) ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева», 3) Научно-технологический центр биомедицинской фотоники

Актуальность. Механическая желтуха – одно из наиболее частых проявлений заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны. Механическая желтуха оказывает влияние на прогноз заболеваний, осложняя их развитием холангита, печеночной недостаточности, течение послеоперационного периода, на своевременность выполненных хирургических вмешательств, снижается качество жизни и повышается процент летальных случаев. Наряду со значительными успехами в лечении механической желтухи хирургическое лечение обтурации желчевыводящих путей до сих пор связано с очень высоким числом осложнений и летальности. Целью работы является оценка эффективности и результатов выполняемых чрескожных миниинвазивных вмешательств в лечебно-диагностическом алгоритме синдрома механической желтухи опухолевого и не опухолевого генеза. Материал и методы. С января 2018 года по декабрь 2021 г. в хирургическом отделении Орловской областной клинической больницы у 388 пациентов с синдромом механической желтухи выполнены чрескожные миниинвазивные вмешательства. У 99 (25,7%) пациентов был диагностирован неопухолевый характер механической желтухи и этиологически был представлен: в 75% случаев холедохолитиазом; в 19,8% случаев рубцовыми стриктурами желчных протоков; ятрогенные повреждения общего желчного протока – в 5 (5,2%) случаях. Опухолевый характер механической желтухи был выявлен у 289 пациентов. Причины механической желтухи опухолевого генеза являлись: у 57,8% пациентов рак головки поджелудочной железы, у 15,2% пациентов холангиокарцинома общего желчного протока, у 6,5% пациентов холангиокарцинома проксимальных желчных протоков, рак желчного

пузыря – у 4,7% больных, у 4% пациентов рак большого соска ДПК, метастазирование у 11,5% больных и у 0,4% пациента рак двенадцатиперстной кишки. Результаты и обсуждение. На первом этапе для всех пациентов, под сонофлуороскопическим контролем, выполнена чрескожно-чреспеченочная холангиография для оценки уровня и степени блока с последующей чрескожно-чреспеченочной холангиостомией. Выполнено 546 чрескожных вмешательств. Характер вмешательств для пациентов с механической желтухой неопухолевого генеза было следующим: наружная холангиостомия – 77,6%; наружновнутренняя холангиостомия 7,7%; антеградная баллонная пластика – 12,9%. При холедохолитиазе выполнено: в 62% случаев наружная холангиостомия, в 3,4% случаев произведено наружновнутреннее дренирование. У пациентов с рубцовыми стриктурами желчных протоков выполнено: в 11,2% случаев наружная холангиостомия, наружновнутреннее дренирование в 4,3% случаев, антеградная баллонная пластика в 12,9% случаев. При ятрогенном повреждении общего желчного протока в 4,3% случаев была выполнена наружная холангиостомия. У пациентов с механической желтухой, обусловленной опухолевым поражением выполнен следующий спектр вмешательств: наружная холангиостомия – 62,4%; антеградное эндобилиарное стентирование – 23,5%; наружновнутреннее дренирование протоков – 11,3%; антеградная баллонная пластика – 0,5%; чрескожно-чреспеченочная микрохолецистостомия – 2,2%. Осложнения, после выполненных чрескожных миниинвазивных вмешательств, возникли в 71 случае (13%). 29 больных (7,4%) скончалось, что обусловлено прогрессированием полиорганной недостаточности на фоне прогрессирования онкологического процесса. Данные проведенного исследования позволяют констатировать высокую эффективность применения антеградных миниинвазивных вмешательств при заболеваниях гепатопанкреатобилиарной зоны, осложненных механической желтухой. Вывод и рекомендации. В современной хирургической стратегии лечения синдрома механической желтухи чрескожные миниинвазивные вмешательства являются неотъемлемой частью. Использование данных технологий дает возможность своевременно уточнить характер нарушения проходимости желчевыводящих путей, эффективно нивелировать билиарную гипертензию и определить последующее тактическое направление в лечении данной категории пациентов. Исследование

выполнено при поддержке Российского научного фонда в рамках проекта №21–15–00325.

### **270. Лапароскопическая хирургия прободной язвы: новый способ закрытия перфорации**

*Сажин И.В. (1,2), Хрипун А.И. (2), Шурыгин С.Н. (3), Цулая А.З. (1)*

Москва

1) ГБУЗ "ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ", 2) РНИМУ им Н.И. Пирогова, 3) РУДН

В настоящее время существуют различные варианты хирургического лечения перфоративной язвы желудка, самым частым из которых является ушивание перфорации. Часто ушивание выполняется лапароскопическим способом. В ряде случаев хирург сталкивается с осложнениями, которые ограничивают применение простого узлового шва, либо других вариантов ушивания при закрытии перфорации. К таким осложнениям относятся большие размеры перфорационного отверстия, выраженная инфильтрация краев дефекта, прорезывание швов при завязывании узлов, отсутствие возможности тампонады сальником или другими близлежащими тканями. Нами разработан в эксперименте способ лапароскопического ушивания перфоративной язвы желудка с формированием прикрытой перфорации. Анатомической основой способа является подвижность и эластичность стенки желудка. Предложенный нами способ позволяет шире применять малоинвазивные технологии при прободной язве желудка. Способ заключается в следующем. В зоне перфорации накладываются две основных линии серозно-мышечного шва полифиламентной рассасывающейся нитью условным диаметром 2-0 на колющей игле 25-26 мм ? окружности. Одна из них расположена над, а другая – под перфоративным отверстием. Отступ от него сверху и снизу составляет по 20 мм. Швы накладываются таким образом, чтобы вкол иглы располагался на расстоянии 40 мм от проксимального края перфоративного отверстия, а выкол – на расстоянии 20 мм от его дистального края. Концы нитей завязываются попарно. При затягивании указанных узлов проксимальная по