

(для профилактики ее соскальзывания) к обеим ножкам диафрагмы использована у 116 больных); у 99 пациентов — по способу Тупе, у 25 пациентов — по Розетти.

#### Результаты

Интраоперационные осложнения отмечены у 25 больных (2,8%), послеоперационные осложнения отмечены у 15 больных (1,7%). Отдаленные результаты изучены у 799 пациентов (92%) в среднем через 4 года после операции (1 — 15 лет). Частота симптомов ГЭРБ после операции была достоверно меньшей во II группе, качество жизни по шкале *GERD-HRQL* достоверно улучшилось во II группе в большей степени, чем в I группе. Индекс *DeMeester* после операции также был достоверно меньшим во II группе по сравнению с I группой. Существенных отличий в динамике рефлюкс-эзофагита между группами не отмечалось. В целом, рецидивы ГЭРБ в I группе наблюдались у 45 больных (11,8%), преимущественно за счет рецидива ГПОД, а во II группе — существенно реже — у 11 больных (8,6%), причем при использовании оригинальной методики пластики ПОД рецидивы наблюдались не чаще, чем при стандартной методике. В то же время, дисфагия имела место несколько чаще во II группе (30 больных —

7,1%), чем в I группе (21 больных, 5,5%), причем в II группе преобладали пациенты с "узким ПОД". Однако, при использовании оригинальной методики дисфагия отмечалась достоверно реже (6 больных — 2%), чем при стандартной методике (10 больных — 7,5%). При использовании модифицированной ФП по Ниссену были получены достоверно лучшие результаты в плане частоты рецидивов ГЭРБ и дисфагии и качества жизни.

#### Выводы

ЛАРО высоко эффективны в лечении ГЭРБ, ассоциированной с ГПОД, хорошо переносятся пациентами и характеризуются небольшим процентом осложнений, что позволяет признать их операциями выбора в лечении данной патологии. При диаметре грыжевого дефекта более 5 см обязательной является комбинация курурафии с пластикой ПОД композиционным сетчатым трансплантатом, причем расположение трансплантата позади ножек диафрагмы уменьшает частоту дисфагии. Модифицированная ФП по Ниссену может уменьшить частоту рецидивов ГЭРБ и дисфагии и улучшить качество жизни пациентов по сравнению с классической методикой.

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ: ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ

Грубник В.В., Ткаченко А.И.

Одесский государственный медицинский университет, Украина

#### Summary

Laparoscopic surgery for common bile duct stones were performed at our hospital in 382 patients. 184 (48.1%) of them were operated urgently. There were 80 patients with jaundice and acute calculus cholecystitis and 61 patients with acute biliary pancreatitis. The obtained results showed great feasibility of laparoscopic biliary surgery.

*Key words:* choledocholithiasis, choledochotomy, extraction of common bile duct stones, laparoscopy.

#### Введение

Выбор оптимального метода лечения механической желтухи до настоящего времени остается дискуссионным [1,4,5]. Общепринято, что основными хирургическими методами лечения этого осложнения являлись лапаротомия и открытые вмешательства на желчных протоках, а также эндоскопическая папиллотомия и эндоскопическое удаление конкрементов [1]. Лапароскопические вмешательства на желчных протоках, по мнению целого ряда хирургов, имеют определенные преимущества по сравнению с открытыми операциями [5]. Целью настоящего исследования было проанализировать результаты лапароскопических вмешательств на желчных протоках у больных, которые оперировались в связи с развитием механической желтухи.

#### Материалы и методы

С 1992 года нами выполнено 6200 лапароскопических холецистэктомий. Конкременты в желчных протоках были выявлены у 652 (10,5%) пациентов. Из этого числа больных лапароскопические вмешательства на желчных протоках произведены у 382 больных, из них 184 (48,1%) пациентов оперированы на фоне механической желтухи. Холеохолитиаз, как причина механической желтухи выявлен у 115 больных, желтуха на фоне острого калькулезного холецистита была у 98 пациентов, острый билиарный панкреатит с преимущественным поражением головки поджелудочной железы был у 61 пациентом. У 29 больных холеохолитиаз осложнился желтухой и тяжелым холангитом. У 92 больных, лапароскопические операции были выполнены после эндоскопической папиллотомии с безуспешными попытками удаления конкрементов из холедоха. В исследуемой группе (n=184) преобладали женщины, их было 124. Возраст больных колебался от 26 до 84 лет, средний возраст составил 58±11 лет. У всех больных были повышены по сравнению с нормой показатели билирубина, АСТ, АЛТ, ЩФ.

Интраоперационная холангиография была произведена только у 46 (25%) больных. Для холедохоскопии через пузырный проток использовали холедохоскопы диаметром 3 мм фирмы "Суркон" и "Storz".

При лапароскопической холедохотомии осмотр протоков производили с помощью фиброхоледохоскопа "Olympus" (d 5 мм). Для удаления конкрементов использовали корзинки типа Дормиа, баллонные катетеры типа Фогарти, а также холедохосекстратор. Показанием к наружному дренированию холедоха были признаки желчной гипертензии и холангита.

#### Результаты

У 95 (51,6%) пациентов холедох у которых был расширен незначительно (до 10-11 мм), конкременты удалены через пузырный проток. Это были больные с небольшими единичными конкрементами (не более 5-6 мм).

Удаление конкрементов через культю пузырного протока выполнено у больных с билиарным панкреатитом, после баллонной дилатации сфинктера большого дуоденального сосочка (БДС). Это позволило беспрепятственно вымывать камни в просвет двенадцатиперстной кишки. Дилатация облегчалась внутривенным введением, за 10-15 минут до манипуляции, 0,1-0,15 мл 0,1% раствора изокета [2]. Наружное дренирование холедоха выполнено у 62 больных, в случаях холангита или сужении интрапанкреатической части холедоха. Антеградное стентирование холедоха, специальными стентами диаметром 5Fg и 7Fg, было выполнено у 43 больных, что позволило нам отказаться от наружного дренирования.

## СПОСІБ ДРЕНУВАННЯ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

Іщенко В.Ф., Стрийків М.П., Євстахевич І.Й., Іщенко Ф.П., Євстахевич Ю.Л.

Інститут патології крові та трансфузійної медицини АМН України, Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького, Україна

Існують способи дренування черевної порожнини після проведення лапароскопічної холецистектомії шляхом: прошовтування дренажів через проколи черевної стінки в місцях стояння допоміжних троакарів [1,2]; введення дренажа через троакар в правому підребер'ї [3]. Однак, для таких дренувань властивим є травматичність та незручність введення в перших випадках, неефективність дренування через неможливість ввести більшу кількість дренажів в останній методіци [1-3]. Найбільш оптимальним є спосіб

дренування черевної порожнини при лапароскопічній холецистектомії, який полягає у введенні лапароскопічного 5 мм затискача через епігастральний 10 мм троакар, виведенні його назовні через троакар в правому підребер'ї, одночасно забираючи троакар, захоплюючи кінці дренажних трубок і зворотнім рухом затискача вводити їх в черевну порожнину і встановлюють до отвору Вінслова [4]. Недоліком всіх цих способів є дренування тільки правого підребер'я простору.

#### Литература

1. Ничитайло М.Е., Грубник В.В., и др. (2005) Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков. (Київ). "Здоров'я", 424 с.
2. Грубник В.В., Ткаченко О.І., Герасимов Д.В. з співавт. (2004) Спосіб лікування холедохолітіаза. Патент №2708 України. Бюл. 7: 2
3. Berthou J.C., Drouard F., Charbonneau P., Moussalier K. (1998) Evaluation of laparoscopic management of common bile duct stones in 220 patients. *Surg. Endosc.* 12 (1): 16-22
4. Karaliotis C., Sgrakis G., Goumas C. et al. (2008) Laparoscopic common bile duct exploration after failed endoscopic stone extraction. *Surg. Endosc.* 22: 1826-1831