

Список літератури

1. Андрущенко В. П. Спосіб профілактики післяопераційних раневих ускладнень алопластики передньої черевної стінки / В. П. Андрущенко, М. І. Кушнірчук // Хірургія України. - 2010. - № 2. - С. 51-55.
2. Багненко С. Ф. Острый панкреатит - современное состояние проблемы и нерешенные вопросы / С. Ф. Багненко, В. Р. Гольцов // Альманах института им. А. В. Вишневского. - 2008. - Т. 3, № 3. - С. 104-112.
3. Дронов О. І. Тактика лікування хворих з гострим некротичним панкреатитом / О.І. Дронов, О. І. Ковальська // Хірургія України. - 2008. - № 4 (додаток 1). - С. 80-904.
4. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости; под ред. В. С. Савельева - М.: "Триада - X", 2004. - 640 с.
5. Теслюк І. І. Гострий панкреатит. Проблеми діагностики та лікування / І. І. Теслюк, В. В. Сулик // Хірургія України. - 2013. - № 2 (21). - С. 54-59.
6. Хирургические инфекции: рук-во; под ред. Н.А. Ерюхина, Б.Р. Гельфанда, С.А. Шляпникова. - СПб: Питер, 2003. - 864 с.
7. Шалимов А. А. Современные тенденции в диагностике и лечении острого панкреатита / А. А. Шалимов, М. Е. Ничитайло, А. Н. Литвиненко // Клінічна хірургія. - 2006. - № 6. - С. 12-20.
8. Li H. O. Low-dose whole organ CT perfusion of the pancreas: preliminary study / H.O. Li, C. Sun, Z.D. Xu // Abdom. Imaging. - 2014. - Vol. 39 (1). - P. 40-7. doi: 10.1007/s00261-013-0045-1
9. Whole-organ perfusion of the pancreas using dynamic volume CT in patients with primary pancreas carcinoma: acquisition technique, post-processing and initial results / S. Kandel, C. Kloeters, H. Meyer [et al.] // Eur. Radiol. - 2009. - Vol. 19(11). - P. 2641-6. doi:10.1007/s00330-009-1453-z. Epub, 2009. May 27.

Пытлюк А.В., Телемуха С.Б., Павляк А.Я., Рабий С.А., Соколовский И.М.

КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ ПЕРФУЗИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ОТЕЧНОГО И НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Резюме. Несвоевременная диагностика панкреонекроза и выполнения запоздалых оперативных вмешательств способствуют высокой послеоперационной летальности в 20-72 % больных, без тенденции к снижению. Компьютерно-томографическая перфузиография - это метод лучевого исследования, который показывает, сколько миллилитров артериальной крови проходит через 100 грамм ткани за одну минуту. Преимуществом перфузиографии является то, что мы можем увидеть ранние изменения в ткани поджелудочной железы и определить участки, в которых нарушено кровоснабжение, метод позволяет четко дифференцировать острый отечный панкреатит от панкреонекроза.

Ключевые слова: компьютерно-томографическая перфузия, острый панкреатит.

Pytiuk O., Telemukha S., Pavlyak A., Rabyi S., Sokolovskiy I.

COMPUTER TOMOGRAPHIC PANCREAS PERFUSION IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE EDEMATOUS AND NECROTIC PANCREATITIS

Summary. Late diagnosis of pancreatic necrosis and delayed execution of surgical interventions contribute to higher postoperative mortality in 20-72 % of patients with no downward trend. Computer-tomographic perfusion - a method of radiation research that shows how many milliliters of arterial blood passes through 100 grams of tissue per minute. Perfusion advantage is that we can see early changes in pancreatic tissue and identify areas in which impaired blood flow, the method makes it possible to clearly differentiate from acute edematous pancreatitis from pancreatic necrosis.

Key words: computer-tomographic perfusion, acute pancreatitis.

Рецензент - д.мед.н., проф. Гончар М.Г.

Стаття надійшла до редакції 27.11.2015 р.

Пытлюк Александр Володимирович - д.мед.н., проф., зав. кафедри хірургії стоматологічного факультету Івано-Франківського національного медичного університету; +38 050 534-6152; pupalex@gmail.com

Телемуха Святослав Богданович - к.мед.н., доц. кафедри хірургії стоматологічного факультету Івано-Франківського національного медичного університету; +38 050 373-4601; S1-tvfly@yandex.ru

Павляк Андрій Ярославович - к.мед.н., асист. кафедри хірургії стоматологічного факультету Івано-Франківського національного медичного університету; +38 095 035-2678; pavlyak@mail.ru

Рабий Степан Андрійович - лікар-рентгенолог Івано-Франківського національного медичного університету; stepanyo@mail.ua
Соколовський Ігор Михайлович - зав. відділення рентген діагностики; +38 050 551-3051; sokolyata5@ukr.net

© Плотников А.В. Грубник Ю.В.

УДК: 61.831-005-073.432.19:612.13

Плотников А.В., Грубник Ю.В.

Одесский национальный медицинский университет, кафедра хирургии № 3 с курсом нейрохирургии (ул. акад. Воробьева, 5, г. Одесса, Украина, 65031)

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ С ПРЕВАЛИРУЮЩИМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Резюме. В статье проанализированы результаты диагностики и лечения 822 пострадавших при политравме с превалирующим повреждением органов брюшной полости и грудной клетки. У 428 пациентов в лечебно-диагностическом алгоритме

применялась лапароскопия. В 150 (35 %) случаях не было выявлено существенных повреждений и операция закончилась дренированием брюшной полости. В 162 (37,9%) случаях произведены лапароскопические операции и в 116 (27,1 %) случаях произведена конверсия (лапаротомия). Послеоперационная летальность составила 5 (3 %) случаев.

Ключевые слова: лапароскопия, операция, повреждение, политравма.

Введение

Оказание помощи пострадавшим при сочетанной травме с превалирующим повреждением органов брюшной полости и грудной клетки сохраняет высокие цифры показателей диагностических ошибок, послеоперационных осложнений, инвалидизации и летальности, что говорит о необходимости дальнейшего совершенствования диагностических алгоритмов и хирургической помощи у данной категории больных [1]. В последние годы в зарубежной и отечественной хирургии получают широкое распространение малоинвазивные оперативные вмешательства, которые все больше распространяются на больных с экстренными хирургическими заболеваниями, благодаря внедрению в практику современных технологий. Повышение качества жизни больных, уменьшение продолжительности пребывания пациентов в стационаре, снижение сроков временной нетрудоспособности и числа осложнений являются важными достоинствами этих операций.

Целью исследования стало повышение эффективности оказания помощи больным при политравме с превалирующим повреждением органов брюшной полости и грудной клетки.

Методы и материалы

Под нашим наблюдением находилось 822 пострадавших с политравмой с превалирующей патологией повреждения органов брюшной полости и грудной клетки. Возраст пострадавших варьировал от 17 до 70 лет. Средний возраст составил $43,5 \pm 3,45$. Мужчин было 487 (59,25%), женщин - 335 (40,75%). У 281 пострадавшего имелась сопутствующая соматическая патология. В частности, ишемическая болезнь сердца, сопровождающаяся диффузным и постинфарктным кардиосклерозом, наблюдалась у 103 пострадавших (12,5%), хронический бронхит, эмфизема легких - у 62 (7,5%), сахарный диабет - у 57 (6,9%), хронический пиелонефрит - у 38 (4,6%), хроническое нарушение мозгового кровообращения - у 21 пострадавшего (2,6%).

С целью диагностики применялся определенный алгоритм, включающий в себя лабораторные тесты, УЗИ органов брюшной полости, полипозиционное рентгенологическое исследование, постановку шарящего катетера, КТ, МРТ, лапароскопию.

Для остановки кровотечения паренхиматозных органов использовалась запатентованная нами методика наложения П-образных гемостатических швов на сетчатый имплантат "Rebound HDR" на нитеноловом каркасе. Сетку вводили в брюшную полость через лапаропорт, после чего за счет нитенолового каркаса она моментально расправлялась в брюшной полости, затем ее укладывали на диафрагмальную поверхность

печени, аналогичную сетку на нижнюю поверхность печени. Через сетки накладывали на печень П-образные швы. Поскольку сетка за счет нитенолового каркаса находилась в постоянном натяжении, то давление швов распределялось равномерно по всей поверхности сетки, что препятствовало прорезыванию швами ткани печени. Таким образом, удавалось достичь надежного гемостаза. Для лучшего гемостаза мы использовали в комбинации с сеткой на каркасе фибриновый клей "Тахокомб", который наносился на линию разреза и укладывался под сетку к линии разреза. В последнем случае сетка выполняла тампонирующую и фиксирующую функцию.

Для диагностики травмы грудной клетки нами использовались: рентгенография грудной клетки, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография. В ряде случаев выполнялась плевральная пункция.

При выявлении значительного количества крови в плевральной полости производилась торакоскопия, в ходе которой выявлялся источник кровотечения после аспирации крови и кровяных сгустков с последующей коагуляцией кровоточащих сосудов.

Торакоскопия выполнялась в 48 случаях и по следующей методике: выполняется в положении пациента лежа на здоровом боку на валике, расположенном на уровне 4-5 ребер, что обеспечивает максимальное разведение ребер на стороне вмешательства и дает хорошую визуализацию плевральной полости, всех отделов диафрагмы, средостения. По данным [3] она имеет чувствительность 100%, специфичность 97% и точность 98%. Для введения торакоскопа использовали точку в пятом или шестом межреберьях по среднеподмышечной линии. После введения торакоскопа при необходимости производили еще 2 или 3 дополнительных разреза грудной стенки, через которые устанавливали порты для введения манипуляторов и инструментов.

Результаты. Обсуждение

Проанализированы результаты диагностики и лечения 822 больных при политравме с повреждением органов брюшной полости и грудной клетки. У 190 больных в ходе обследования не выявлено значимых повреждений, что позволило лечить таких больных консервативно. В 204 случаях из общего количества больных в ходе обследования выявлены значительные повреждения органов брюшной полости и грудной клетки, что явилось показанием к экстренной лапаротомии. В 428 случаях для уточнения диагноза выполнялась лапароскопическая диагностика. Из 428 произведен-

Таблиця 1. Сравнительная таблица продолжительности оперативного лечения лапаротомно и лапароскопически оперированных больных при абдоминальной травме.

Виды операций	Время операции	
	Лапароскопически оперированные больные	Лапаротомно оперированные больные
Операции при травме печени 1-3 ст. по OIS	70,63±2,54	60±2,64
Операции при травме селезенки 1-2 ст. по OIS	51,38±1,88	73,25±3,75
Операции при ранении желудка	62±2,2	59,25±2,58
Операции при ранении тонкой кишки	52,88±1,82	48,63±1,82
Операции при ранении мочевого пузыря	46,88±0,65	65,38±1,28
Операции при ранении брыжейки кишечника	53,38±1,91	55,25±1,26
Всего больных	162	50

Примечание. $p < 0,05$.

Таблиця 2. Послеоперационные осложнения лапароскопически оперированных больных и лапаротомно оперированных больных контрольной группы.

Виды осложнений	Лапароскопически оперированные больные n=162	Лапаротомно оперированные больные n=50
Подтекание желчи	3	2
Пневмония	5	6
Эвентерация	-	2
Нагноение послеоперационной раны	-	5
Нагноение троакарных отверстий	4	
Цистит	3	1
Всего	15	16

Прмечание. $p > 0,05$.

ных видеолапароскопий в 150 случаях не было выявлено существенных повреждений органов брюшной полости, и вмешательство завершилось дренированием брюшной полости. В 162 случаях удалось произвести лапароскопические операции. При производстве лапароскопических оперативных вмешательств мы широко использовали с целью остановки кровотечения электрокоагуляцию в различных модификациях. Также для остановки кровотечения и получения надежного гемостаза нами разработана и внедрена в практическое применение методика фиксации полипропиленовых и других видов сеток на гибком нитеноловом каркасе к линии разрыва паренхиматозных органов [2].

С целью более надежного гемостаза в ряде случаев под сетку к линии разрыва укладывался "Тахокомб".

В 41 случае при повреждениях печени III степени по шкале OIS (Organ Injury Scaling), когда имелась суб-

капсулярная гематома более 25-50% поверхности печени с продолжающимся кровотечением, использовалась методика наложения сетчатого имплантата на нитеноловом каркасе. Гемостаз при субкапсулярных гематомах с продолжающимся кровотечением, а также внутривеночных гематомах, по предложенной нами методике (использование полипропиленовой сетки на гибком нитеноловом каркасе), оказался очень эффективным методом. Рецидива кровотечения ни в одном из 34 случаев не отмечено. Брюшная полость обязательно дренировалась в правом подреберье полихлорвиниловым дренажем.

С целью снижения риска возникновения необратимого шока и восполнения объема циркулирующей крови у больных с выраженной кровопотерей средней и тяжелой степени нами широко использовалась аутогемотрансфузия с применением аппарата Cell Saver 5 у 43 пациентов.

Применяя аппарат Cell Saver 5, можно расширить показания к лапароскопии и лапароскопическим операциям даже при гемоперитонии до 1500 мл и существенно ограничить противопоказания к лапароскопическим вмешательствам, обращая больше внимания на состояние гемодинамики и нарушение сердечно-сосудистой деятельности. На основании наших данных мы считаем, что противопоказаниями к применению лапароскопической техники при травмах живота является терминальное состояние больных, множественные повреждения полых органов, разлитой гнойный перитонит, массивное внутрибрюшное кровотечение свыше 1500 мл крови, повреждение диафрагмы, а также отдельные сочетания повреждений, при которых наблюдается размоложение внутренних органов брюшной полости. Таким образом, применение лапароскопических технологий при травмах живота оправдано. Широкие диагностические и лечебные возможности метода определяют не только целесообразность, но и необходимость обоснованной активной хирургической тактики. По нашим данным, лапароскопические методики позволяют исключить напрасные лапаротомии, выполнить операцию в полном объеме у более, чем половины больных (62%), нуждающихся в эндовидеолапароскопических вмешательствах.

Учитывая, что ввиду различной степени тяжести общего состояния больных, а также различной степени тяжести повреждений органов, сравнить 162 больных, оперированных лапароскопически, с 320 больными, оперированными лапаротомно, не представляется возможным. Для оценки эффективности лапароскопических операций при сочетанной травме с преобладающим повреждением органов брюшной полости и грудной клетки была взята группа из 50 больных, находившихся на лечении до введения в практику лапароскопических операций и имевших степень повреждения, не превышающую 1-3 ст. по шка-

Таблиця 3. Ефективність лапароскопічних операцій по сравнению с традиційними.

Група больних	Кількість больних	Середній койко/день	Послеопераційні ускладнення	Кількість умерших
Больні, оперированні лапароскопічно	162	5,64±0,4	15 (9%)	5 (3%)
Больні, оперированні лапаротомно	50	8,25±0,39	16 (32%)	4 (8%)

Примечание. $p < 0,05$.

ле OIS, що відповідає ступеню пошкодження органів брюшної порожнини і грудної клітки больних, оперированих лапароскопічно. Для оцінки ефективності лапароскопічних операцій проведено порівняльний аналіз тривалості операцій, виконаних лапароскопічно, і аналогічних операцій у контрольній групі больних, оперированих лапаротомно. Ці дані представлені в таблиці 1. З таблиці 1 видно, що тривалість відеолапароскопічного втручання в більшості випадків була менше тривалістю за рахунок того, що відкриття і закриття лапаротомного доступу потребує більше часу.

Найбільші відмінності між відеолапароскопічним і традиційним лапаротомним втручанням проявляються в післяопераційному періоді. Тривалість лікування в умовах інтенсивної терапії після відеолапароскопічної операції складала 0,84±0,4 сутки, у пацієнтів після лапаротомної операції вона складала 1,20±0,4 сутки ($p > 0,05$) і у постраждалих, перенеслих літальну лапаротомію, 2,60±0,7 сутки. Звертає на себе увагу збільшення термінів перебування в реанімаційному відділенні при необхідності конверсії до 3,08±0,7 сутки.

Порівняння післяопераційних ускладнень в контрольних групах больних наведено в таблиці 2. Об'єднавши ці дані, ми отримали достовірне ($p < 0,05$) відміння переваги лапароскопічних операцій в порівнянні з лапаротомними. Дані порівняння представлені в таблиці 3.

Висновки і перспективи подальших розробок

1. Достовірно ($p < 0,05$) встановлено: після лапароскопічних операцій середній койко/день менше,

чим у лапаротомно оперированих больних, і становить 5,64±0,4 проти 8,25±0,39. Також зменшилася середній койко/день в відділенні інтенсивної терапії в післяопераційному періоді, після лапароскопічних операцій, до 0,84±0,4 сутки. При лапароскопічних операціях менше кількість післяопераційних ускладнень, яке склало 9%, в той час як після лапаротомних операцій кількість ускладнень склало 32%. Відзначено зниження летальності після лапароскопічних операцій до 3%, при лапаротомному доступі летальність складала 9%.

2. Розроблені нами методи лапароскопічної зупинки кровотеч при травмі паренхіматозних органів з використанням поліпропіленової сітки дозволяють розширити показання до виконання лапароскопічних операцій і значно підвищують їх ефективність.

3. Застосування Cell Saver 5 дозволяє розширити показання до застосування лапароскопічних операцій у больних з стабільною гемодинамікою при поєднаній травмі живота, кровотечею в брюшну порожнину, дає можливість значно покращити стан хворого, скоротити час виконання операції, знизити ризик післяопераційних ускладнень, летальності. В ряді випадків вдається уникнути гемотрансфузії донорської крові, що допомагає уникнути гемотрансфузійних ускладнень і можливого інфікування захворюваннями, передаваними трансфузією.

Планується продовжити розробку лікувально-діагностичного алгоритму, а також впровадження в практику розроблених методик лапароскопічних операцій у больних при політравмі з переважним пошкодженням органів брюшної порожнини і грудної клітки.

Список літератури

- Абакумов М. М. Пошкодження живота при поєднаній травмі / Абакумов М. М., Лебедев Н. В., Маличук В. І. - М.: Медицина, 2005. - 178 с.
- Патент № 66396 Україна МПК А61В 17/03 (2006.01) Спосіб лапароскопічного лікування кровотеч при травмі печінки / Грубнік Ю.В., Плотніков А.В.; заявник та патентовласник Одеський національний медичний університет. - № u 2011 13643; заявл. 21.11.2011; опубл. 26.12.2011. - Бюл. № 20.
- Assessment of nonoperative management of blunt spleen and liver trauma / P. S. Om // Am. Surg. - 2005. - Vol. 71. - P. 379-386.

Плотніков А.В., Грубнік Ю.В.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ У ХВОРИХ ПРИ ПОЛІТРАВМІ З ПРЕВАЛЮЮЧИМ УШКОДЖЕННЯМ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ І ГРУДНОЇ КЛІТКИ

Резюме. У статті проаналізовано результати діагностики і лікування 822 постраждалих при політравмі з переважним пошкодженням органів черевної порожнини і грудної клітки. У 428 пацієнтів в лікувально-діагностичному алгоритмі застосовувалася лапароскопія. У 150 (35%) випадках не було виявлено суттєвих пошкоджень, і операція закінчилася дренажуванням

черевної порожнини. У 162 (37,9%) випадках зроблені лапароскопічні операції і в 116 (27,1%) випадках проведена конверсія (лапаростомія). Післяопераційна летальність склала 5 (3%) випадків.

Ключові слова: лапароскопія, операція, пошкодження, політравма.

Plotnikov A.V., Grubnik Yu.V.

EFFECTIVENESS OF LAPAROSCOPIC OPERATIONS IN PATIENTS WITH POLYTRAUMA WITH THE PREVAILING ABDOMINAL AND THORAX INJURY

Summary. The article analyzes the results of the diagnosis and treatment of 822 patients with polytrauma with the prevailing abdominal and thorax injury. In 428 cases laparoscopy has been used for the purposes of diagnosing and treatment. In 150 (35%) cases, no significant injuries have been discovered, and the surgery ended with the abdominal drainage. In 162 (37,9%) cases, laparoscopic surgery and in 116 (27,1%) cases, the conversion (laparostomy) have been done. Post-surgical mortality was 5 (3%) cases.

Key words: laparoscopy, surgery, injury, polytrauma.

Рецензент - д.мед.н., проф. Ткаченко О.І.

Стаття надійшла до редакції 27.11.2015 р.

Плотников Андрей Валерьевич - соискатель кафедры хирургии № 3 с курсом нейрохирургии Одесского национального медицинского университета, врач-хирург 11 городской клинической больницы; +38 0970454102; Doc.av@i.ua

Грубник Юрий Владимирович - д.м.н., проф. кафедры хирургии №3 с курсом нейрохирургии Одесского национального медицинского университета, зав. отделением хирургии 11ГКБ; +38 067 760-68-75; Doc.av@i.ua.

© Тамм Т.И., Мамонтов И.Н., Крамаренко К.А., Захарчук А.П.

УДК: 616.367-089

Тамм Т.И., Мамонтов И.Н., Крамаренко К.А., Захарчук А.П.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, кафедра хирургии и проктологии (просп. Московский, 197, г. Харьков, Украина, 61037)

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МИРИЗЗИ

Резюме. В работе представлены результаты лечения 27 больного с синдромом Мириizzi. Проанализированы варианты хирургического лечения. При I типе в 11 из 12 случаев выполняли холецистэктомию. Первым этапом лечения 15 больных со II типом были эндоскопические вмешательства - литотрипсия с литоэкстракция или назобилиарное дренирование. На втором этапе выполняли оперативное вмешательство: парциальную холецистэктомию с пластикой гепатикохоледоха (11), холецистостомию (2), гепатикоюностомию (1). Рациональное использование эндоскопических и хирургических вмешательств СМ позволило сохранить физиологический пассаж желчи в 96,3% случаев синдрома Мириizzi.

Ключевые слова: синдром Мириizzi, УЗИ, ЭРХПГ, хирургическое лечение.

Введение

Среди больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ) в 0,2-5,0 % случаев встречается Синдром Мириizzi, который представляет собой нарушение проходимости желчных путей вследствие воспалительно-дегенеративных изменений между стенкой желчного пузыря и гепатикохоледохом [3-5].

Впервые нарушение проходимости гепатикохоледоха при его сдавлении камнем, находившимся в шейке желчного пузыря описал в 1948 г. Pablo Luis Mirizzi [8]. В последствии развитие такого осложнения назвали синдромом Мириizzi.

Существует несколько классификаций синдрома Мириizzi: McSherry (1982), Csendes (1989), М.Е. Ничитайло (2005) [1, 7, 9]. Основным фактором, лежащим в их основе, является наличие или отсутствие фистулы между желчным пузырем и желчевыводящими путями. Это явилось принципом в создании первой и наиболее распространенной классификации McSherry (1982): I тип - сдавление гепатикохоледоха камнем, находящемся в просвете пузыря, его шейке или пузырном протоке. Наличие образованного свища меж-

ду желчным пузырем и желчевыносящими протоками с обструкцией последним конкрементом обозначили как II тип синдрома Мириizzi [8]. Такая классификация удобна в повседневной работе хирурга. Правильная диагностика типа синдрома Мириizzi позволяет выбрать адекватную тактику лечения больных в зависимости от наличия или отсутствия фистулы.

Диагностика синдрома Мириizzi и его типа определяется с помощью эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ). Во время исследования одновременно возможно выполнение не только диагностических, но и лечебных манипуляций - стентирования холедоха, установки назобилиарного дренажа (НБД), литотрипсии и литоэкстракции [1, 3-5]. Основными задачами хирургического лечения является устранение причины обструкции гепатикохоледоха и восстановление физиологического пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку. Для этого предложено выполнять холецистэктомию при I типе и холедохолитотомию с пластикой дефекта гепатикохоледоха при II типе синдрома Мириizzi. При значительном дефекте гепатикохоледоха