

**Опубліковано:**

Капшитарь А. В. Верхняя срединная лапаротомия, преобразованная методом аппаратной коррекции ретракторами Сигала - Кабанова, как оперативный доступ в неотложной хирургии механической желтухи доброкачественной этиологии / А. В. Капшитарь // Актуальные проблемы хирургической гепатологии : материалы XX Международного конгресса Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ, 18–20 сент. 2013 г., г. Донецк. – Донецк : Издатель А. Ю. Заславский. – 2013. – С. 103–104.

## **Верхняя срединная лапаротомия, преобразованная методом аппаратной коррекции ретракторами Сигала - Кабанова, как оперативный доступ в неотложной хирургии механической желтухи доброкачественной этиологии**

**Капшитарь А. В.**

**Запорожский государственный университет, Запорожье, Украина**

**Цель исследования:** проанализировать результаты неотложного хирургического лечения механической желтухи доброкачественной этиологии при использовании верхней срединной лапаротомии, преобразованной путем аппаратной коррекции ретракторами Сигала — Кабанова.

**Материалы и методы.** В хирургическом отделении КП «Городская клиническая больница № 2» г. Запорожья, базовом отделении клиники общей хирургии ЗГМУ, с 2000 по 2012 г. по неотложным показаниям холецистэктомия из различных доступов выполнена у 468 пациентов. Механическая желтуха доброкачественной этиологии имела место у 47 (10 %) больных.

**Результаты.** У 22 (46,8 %) пациентов с механической желтухой оперативное пособие выполнено путем верхней срединной лапаротомии. Мужчин было 10 (45,5 %), женщин — 12 (54,5 %), их возраст колебался от 33 до 83 лет. Показанием к неотложной операции у 14 (63,6 %) больных был острый калькулезный холецистит, у 5 (22,7 %) — холецистопанкреатит, у 2 (9,1 %) — острый холецистит? перфоративная язва желудка? панкреонекроз? и у 1 (4,5 %) — перитонит. Верхняя срединная лапаротомия преобразована методом аппаратной коррекции ретракторами Сигала — Кабанова, что значительно улучшило условия оперативного доступа к большинству недостаточно доступных анатомических зон брюшной полости. По результатам операции всех пациентов разделили на 2 группы.

В I группу включили 15 (68,2 %) больных с острым калькулезным холециститом. Катаральная форма холецистита диагностирована у 5 (33,3 %) пациентов (холедохолитиаз — 2, холецистодуоденальный свищ — 2), флегмонозная — у 7 (46,7 %) (холедохолитиаз — 2, холангит — 4), гангренозная — у 2 (13,3 %) (синдром Мириззи — 1, холангит — 1) и у 1 (6,7 %) — гангренозно-перфоративная, холедохолитиаз. II группу составили 7 (31,8 %) больных острым холецистопанкреатитом. У этих больных отечная форма панкреатита сочеталась с гангренозным холециститом (1) и ферментативным холециститом (1). Асептический панкреонекроз, имевший место у 5 пациентов, также сочетался с ферментативным холециститом. Наряду с этим у 4 (18,2 %) больных выявлен околопузырный инфильтрат и у 2 (9,1 %) — абсцесс, у 8 (36,4 %) — перитонит и у 5 (22,7 %) — парапанкреатит. Всем

пациентам выполнены холецистэктомия от шейки, наружное дренирование холедоха (по Холстеду — 15, Вишневскому — 4, Керу — 3). Дополнительно у 5 (22,7 %) больных осуществлена холедохолитотомия, у 4 (18,2 %) — дренирование сальниковой сумки, у 2 (9,1 %) — разъединение холецистодуоденального свища, ушивание раны двенадцатиперстной кишки. Умерли 2 (9 %) больных пожилого и старческого возраста с гангренозно-перфоративной формой острого холецистита и тяжелой интоксикацией при наличии гнойного холангита (1) и гнойно-некротической фазы прогрессирующего панкреонекроза (1).

**Выводы.** Преобразование верхней срединной лапаротомии методом аппаратной коррекции ретракторами Сигала — Кабанова значительно улучшает оперативный доступ к органам брюшной полости, позволяет легко осуществить необходимый объем хирургического пособия при механической желтухе доброкачественной этиологии в неотложной хирургии.