

ВИДЕОЕНДОХІРУРГІЧНЕ ЛУКУВАННЯ АХАЛАЗІЇ КАРДІЇ ТА ГРИЖ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ

Усенко О.Ю., Тивончук О.С., Лаврик А.С., Згонник А.Ю., Дмитренко О.П.

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України, Київ

Вступ

Лапароскопічний доступ для виконання фундоплекції (Dallmange B.) та езофагокардіоміотомії (Cuschieri A.) вперше був застосований 20 років тому. За цей час відеохірургічні технології набули широкого розповсюдження і тепер розглядаються як метод вибору при лікуванні доброякісних захворювань стравоходу та шлунка в розвинутих країнах.

Матеріали і методи

У відділі хірургії стравоходу та реконструктивної гастроентерології НІХтаТ НАМН України ім. О.О. Шалімова з 2001 по 2011 рр. лапароскопічні технології при виконанні операцій на кардіоезофагеальній області використовувались у 157 хворих. Серед них: лапароскопічна езофагокардіоміотомія і фундоплекція (ЛЕКМТФ) виконана 92 пацієнтам на ахалазію кардії (АК); лапароскопічна фундоплекція і крурорафія (ЛФ) — 59 хворим на грижу стравохідного отвору діафрагми (ГСОД); лапароскопічна енуклеція лейоміоми стравоходу або шлунка 7 хворим.

Серед 92 хворих на АК було 55 жінок і 37 чоловіків, середній вік 44,3±13,8 (від 19 до 73 років). У 87 (94,6%) хворого — I тип ахалазії кардії, у 5 (5,4%) пацієнтів — II тип (S-подібний). У 23% пацієнтів встановлено розширення стравоходу більше 4 см, у 58% — більше 5 см і у 19% — 8 см і більше. 56% пацієнтів мали в анамнезі по два і більше курсів пневмокардіодилатації. Симультанні операції виконані 23 хворим (25%): холецистектомія — у 8; передня хіатоплексія — 13; дивертикулектомія — 1; фенестрація кисти печінки — в 1 пацієнта, конверсія в 3 (3,2%) хворих.

Серед 59 хворих на ГСОД було 27 жінки і 32 чоловіки, середній вік 39,7±13,8 (від 18 до 63 років). Акіальна грижа СОД (type I) встановлена у 47 пацієнтів, а саме: II стадія у 27; III стадія у 19 хворих. Параезофагеальна грижа СОД (type II) спостерігалась у 9 хво-

рих, змішана грижа, вкорочення стравоходу (type III) у 2; змішана грижа (type IV) у 1 пацієнтки. 5 (8,6%) хворим виконана симультанна холецистектомія. Конверсія в 2 (3,4%) хворих. ЛФ за Nissen виконана у 34 пацієнтів, за Nissen-Rossetti — у 3, за Toupet — у 17; за Nissen - Donahue (позавагусна) — у 5.

Результати

Відмінні і хороші результати після ЛЕКМТФ отримані у 90 (97,8%) пацієнтів, у них встановлено зниження тиску у порожнині стравоходу, звуження його діаметра, нормалізацію евакуації через стравохідно-шлунковий перехід. Спостерігались наступні інтраопераційні ускладнення: пневмомедіастинум — у 3 (3,3%), лівосторонній пневмоторакс — у 1 (1,1%), перфорація слизової оболонки в 4 (4,3%) пацієнтів. Віддалені: рецидив ахалазії — у 2 (2,2%) хворих.

Відмінні і хороші результати після ЛФ отримані у 57 (96,6%) пацієнтів, в них відмічена позитивна рентгенологічна, рН-метрична динаміка, відсутність або суттєве зниження клінічних проявів (загрудинні болі, печія, відрижка, регургітація). Ранні ускладнення: 3 (5,1%) хворих нестійка дисфагія, у 2 (3,4%) пневмомедіастинум, в 1 (1,7%) пневмоторакс. Віддалені: у 1 (1,7%) хворої виник рецидив грижі СОД через 1 рік, у 1 (1,7%) хворої посилились прояви стравоходу Барретта через 2 роки. Середнє післяопераційне перебування після обох операцій складало 3±1 дні.

Висновки

Прецизійність лапароскопічного доступу дозволяє покращити результати класичної відкритої хірургії доброякісних захворювань стравохідно-шлункового переходу. ЛЕКМТФ, ЛФ — є операціями вибору в хірургічному лікуванні ахалазії кардії і грижі СОД.

ЕКСТРЕННА ДІАГНОСТИКА ТА НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ХВОРИМ ІЗ ГОСТРОКРОВОТОЧИВИМИ ДИВЕРТИКУЛАМИ ОБОДОВОЇ КИШКИ В УМОВАХ СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО СТАЦІОНАРУ

Фомін П.Д., Повч О.А., Ігнатюк О.В., Боярська М.Г., Андрусенко О.М.

Кафедра хірургії №3, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ, Україна
Клінічна лікарня №12, Київ, Україна

Вступ

Дивертикульоз ободової кишки зустрічається у 30% людей, старших 60-70 років [1]. Летальність при ускладнених дивертикулах ободової кишки в загальнохірургічних стаціонарах складає 11,9% [3]. Кишкова кровотеча різного ступеню важкості, як ускладнення, зустрічається в 120% пацієнтів із даною патологією [2]. Єдиною, найбільш достовірною методикою діагностики гострокровоточивих дивертикулів ободової кишки, залишається фіброколоноскопія [4], однак її можливості в плані екстренної діагностики та вибору лікувальної тактики в комплексі з хірургічними методиками, не до кінця вивчені.

Матеріали та методи

За 8-річний період (2002-2009) у Київському міському центрі по наданню невідкладної допомоги хворим із гострим шлунково-кишковими кровотечами перебувало 226 хворих із дивертикулами ободової кишки. Серед них, у 159 (70,4%), дана патологія ускладнилась кишковою кровотечею. Помірний ступінь кровотрати мала місце у 81 (50,9%), середня — в 40 (25,2%) і важка — в 38 (23,9%) пацієнтів. Кровоточиві дивертикули ободової кишки (КДОК) діагностовані у 101 (63,5%) жінки та 58 (36,5%) чоловіки, тобто особи жіночої статі складають близько 2/3 хворих із даною патологією. Спостерігається тенденція до зростання, за останні декілька років, кількості пацієнтів із КДОК із максимальною кількістю спостережуваних у 2009 році (табл. 1).

У віковому аспекті, серед пацієнтів із КДОК, має місце значна перевага хворих похилого і старшого віку: 145 (91,2%) із 159 хворих із КДОК, мали вік старше 61 року. Із них більше ніж 2/3 пацієнтів (109 хворих; 68,6%) були старшими за 70 років. 23 (14,5%) хворих поступали в клініку протягом 8-річного періоду спостереження по декілька разів: 5 пацієнтів — по чотири рази, 7 — по три рази та 11 — по два рази. Серед 159 пацієнтів із КДОК померло 3 (1,9%). Всі вони походилиго та старшого віку, мали важку ступінь кровотрати та важку супутню патологію. Двоє із них, померли в межах 1 доби із моменту поступлення. Оперовано 3 (1,9%) хворих, летальних наслідків не було. Кишкова кровотеча проявлялась симптомами — табл. 2.

Таким чином, по виділенню крові вишневого кольору з прямої кишки (73,6%) чи малозміненої крові (26,4%), можна було діагностувати кишкову кровотечу і запідозрити наявність у хворих КДОК. У 35 (22%) пацієнтів мало місце втрата свідомості, колаптоїдний стан, що свідчило про високу інтенсивність кровотечі із дивертикулів ободової кишки.

У 72 (45,3%) пацієнтів із КДОК спостерігалось продовження кровотечі на момент поступлення (27 хворих) та виникнення рецидиву кровотечі під час перебування в стаціонарі (45 пацієнтів). Саме ці групи хворих, зважаючи на віковий аспект, являються найбільш прогностично небезпечними в плані подальшого лікування.

Програм останніх 4 років спостережень апропонована і впроваджена в лікувальний процес активна тактика вєлення пацієнтів із КДОК (2006-2009 роки, 103 хворих). Зважаючи на велику кількість рецидивів кровотеч у хворих із КДОК, вважаємо за необхідне, після поступлення хворого в стаціонар, проведення екстренної підготовки і виконання колоноскопії (КС) з метою діагностики, зупинки кровотечі та вирішення питання про подальшу тактику ведення хворого. Серед 103 хворих із КДОК 2 періоду спостережень, із ознаками зупиненої кровотечі доставлено 69 пацієнтів (67%). На момент поступлення у них спостерігалось стійкі і стабільні показники гемодинаміки, не було втрати свідомості, виділень рідкого стугу із домішками зміненої (вишневого кольору) чи малозміненої крові. Необхідною умовою для встановлення джерела кишкової кровотечі і проведення ендоскопічних мір гемостазу є адекватна підготовка і очистка товстого кишківника від калових мас, зміненої крові. Для підготовки до екстренної КС у даній групі пацієнтів використовували три способи підготовки товстого кишківника :1. Пероральний прийом фортрансу (*Fortrans*) — 3-4 пакети, розведених на 1 л води кожний — вживати протягом 3-4 годин — виконання КС можливе через 2-4 години після завершення прийому лікарського засобу — 38 хворих; 2. Пероральний прийом Фліт Фосфо-сода (*Fleet Phospho-Soda*) — по схемі протягом 3 годин. Проведення КС можливе через 2-4 години після завершення прийому лікарського засобу — 24 пацієнти. Проведення тонкого зонду в 12-палу кишку (ендоскопічно) і поетапне введення розчину фортрансу у тонкий кишківник — 7 хворих.

Показником можливості виконання екстренної КС є виділення прозорого вмісту з прямої кишки при дефекації. Протипоказанням до виконання екстренної КС є підозра чи наявність даних про гостру кишкову непрохідність. У даній групі пацієнтів таких даних перед призначенням до очистки товстого кишківника ми не мали. У клініці проаналізовано всі 69 історій хвороби пацієнтів із КДОК для встановлення ступеню очистки кишківника різними методами для проведення екстренної КС. Якість підготовки оцінювали по параметрам, визначених Тімєрбулатов В.М. та співавт. (2007) — табл. 3.

Таким чином, найкращою методикою підготовки до екстренної КС за умови зупинки кровотечі і стабільного стану пацієнтів із КДОК є ендоскопічне проведення зонду у 12-палу кишку, повільне введення через зонд протягом 2-3 годин розчину "Фортрансу" з паралельною внутрішньовенною інфузією розчину церукалу (метоклопраміду) та проведення гемостатичної терапії.

При пероральному застосуванні послаблюючих засобів ("Фортранс" та "Фліт Фосфо-сода"), кращі результати отримані при застосуванні препарату "Фліт Фосфо-сода" ("відмінні" та "добрі" результати отримані в 75%, тоді як при використанні "Фортрансу" — в 57,9%).

Необхідно відмітити, що при підготовці 69 хворих до екстренної КС, у 17 із них (24,6%), виник рецидив кровотечі, що проявився колаптоїдним станом і втратою свідомості (5 пацієнтів), падінням артеріального тиску (6 хворих), багаторазове виділення малозміненої крові з прямої кишки (6 пацієнтів). У них, разом із застосуванням консервативної гемостатичної терапії, призначено очистку кишківника за допомогою сифонних клізм холодною водою.

Зовсім інша ситуація складається у пацієнтів із КДОК, що поступали в клініку з ознаками продовження кровотечі — 34 (33%) хворих. На наше переконання, проводити очистку кишківника розчинами Фортрансу чи Фліт Фосфо-сода через рот або виконувати зондове введення даних речовин є недоцільним, так як це відкладає проведення екстренної КС на тривалій проміжок часу. В даних умовах застосовували виконання декількохразових сифонних клізм холодною водою до отримання чистих промивних вод та внутрішньовенне введення розчину метоклопраміду (шерукалу). Паралельно застосовували внутрішньовенне введення гемостатичних засобів (розчину діцинону, трансекзамової кислоти, свіжезамороженої плазми).

При цьому, у 32 із 34 хворих, нам вдалось добитись позитивних результатів у вигляді можливості виконання екстренної КС. У 2 пацієнтів старшого віку, що доставлялись у клініку в крайньо важкому стані із-за важкої кровотрати та вираженої супутньої патології, розпочинали комплекс реанімаційних заходів для стабілізації гемодинаміки і підготовки до виконання екстренної КС не встигли розпочати. Обидві пацієнти померли в межах 1-1,5 год із моменту поступлення. У решті, 32 пацієнтів, вдалось добитись не тільки підготовки кишківника, а й тимчасової чи стійкої зупинки кровотрати (табл. 4).

Таблиця 2. Структура симптомів кровотечі у хворих із КДОК

Симптоми кровотечі	Кількість хворих
Виділення крові вишневого кольору при дефекації	117 (73,6%)
Виділення малозміненої крові при дефекації	42 (26,4%)
Втрата свідомості, колаптоїдний стан	35 (22%)
Падіння артеріального тиску, тахікардія	64 (40,3%)
Блідість шкірних покривів	62 (40%)
Холодний липкий піт	39 (24,5%)

Таблиця 1. Розподіл хворих із КДОК по рокам спостережень

К-сть хворих із КДОК	Роки спостереження								Всього
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
N, (%)	7 (4,4%)	15 (9,4%)	20 (12,6%)	14 (8,8%)	27 (17%)	16 (10,1%)	22 (13,8%)	38 (23,9%)	159 (100%)

Таблиця 3. Результати очистки кишківника у хворих із КДОК, у яких кишкова кровотеча зупинилась

Способи очистки кишківника	Результати досліджень				
	відміно	добре	задовільно	незадовільно	всього
Прийм Фортрансу через рот	6 (15,8%)	16 (42,1%)	14 (36,8%)	2 (5,8%)	38 (100%)
Прийм Фліт Фосфо-соли через рот	5 (20,8%)	13 (54,2%)	6 (25%)	0 (0%)	24 (100%)
Проведення зонду у 12-палу кишку і введення через нього розчину Фортрансу	4 (57,1%)	3 (42,9%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (100%)
Всього	15	32	20	2	69

Результати

При виконанні первинної екстренної КС у хворих із КДОК ми виявили наступні стигмати кровотечі.

- Продовження кровотечі із дивертикула (-ів) — 27 пацієнтів (27,3%):
 - 1а — активна кровотеча (артеріальна чи венозна) — 9 хворих (9,1%);
 - 1б — просочування крові — 7 хворих (7,1%);
 - 1в — підтікання крові із-під згортка — 11 пацієнтів (11,1%).
- Нестійкий гемостаз у зоні дивертикула (-ів) — 32 хворих (32,3%):
 - 2а — тромбовані судини — 18 хворих (18,2%);
 - 2б — згортки крові — 14 пацієнтів (14,1%).
- Стойкий гемостаз у зоні дивертикула (-ів) — 40 пацієнтів (40,4%).

При ендоскопічному виявленні продовження кровотечі із дивертикула/-ів ободової кишки, застосовували аргоно-плазменну коагуляцію (9 пацієнтів) та обробку кровотечі поверхні розчином капроферу (18 хворих). За умови спроби зупинки активної кровотечі методом аргоно-плазменної коагуляції досягали успіху у момент дослідження в 100% випадків. Однак, у 6 пацієнтів, у наступному, виник рецидив кровотечі, що вимагав повторної КС. У 3 хворих, у наступному, кровотеча більше не продовжувалась. У решті (3 хворих) після повторної зупинки кровотечі виник ще один рецидив, в результаті чого ці хворі були оперовані на висоті третього рецидиву кровотечі в клініці. За умови спроби зупинки кровотечі шляхом обробки кровотечі поверхні розчином капроферу (підгрупи 1б та 1в), позитивний ефект на момент дослідження також досягнутий у всіх 18 хворих, однак, у 7 із них виник рецидив кровотечі, що вимагав повторної КС із виконанням подібних ендоскопічних мір гемостазу, який мав позитивний ефект і кровотеча у даних пацієнтів більше не продовжувалась.

Таким чином, рецидив кровотечі спостерігався у 13 (48,1%) із 27 хворих із КДОК, у яких фіброколоноскопично діагностовано продовження кровотечі, що вимагало повторної КС із виконанням мір гемостазу, а троє пацієнтів були оперовані, у зв'язку з неефективністю консервативних та ендоскопічних методів лікування.

У 32 хворих із нестійким гемостазом у зоні дивертикула (-ів) ободової кишки, при екстренній КС застосовано обробку ділянки згортка чи тромбованих судин розчином капроферу. Продовження кровотечі на момент огляду не було. У наступному, у 7 хворих, що мали пухкий згортки та 5 пацієнтів із тромбованими судинами в зоні ураження, виник рецидив кровотечі, що обумовило повторну КС із заходами ендоскопічного гемостазу. У 1 хворого, в наступному, через 16 год, виник третій рецидив кровотечі. Виконання КС, заливка пухкого згортки розчином капроферу була ефективною і кровотеча біль-

Таблиця 4. Результати очистки кишківника у хворих із КДОК, у яких кишкова кровотеча продовжувалась чи наступав рецидив кровотечі (група 2)

Способи очистки кишківника	Результати досліджень				
	відміно	добре	задовільно	незадовільно	всього
Сифонна клізма холодною водою в/в введення розчину церукалу	9 (28,1%)	18 (56,3%)	5 (15,6%)	0 (0%)	32 (100%)

ше не продовжувалась. Однак, на 4 добу перебування в клініці, хвора померла без ознак продовження кровотечі в результаті важкої супутньої патології (септичний ендокардит, залишкові явища ГПМК).

Таким чином, рецидив кровотечі спостерігався у 12 (37,5%) із 32 хворих із нестійким гемостазом у зоні КДОК, що вимагало повторних (у 11 пацієнтів) чи третього (1 хворий) виконання КС із мірами ендоскопічного гемостазу. У 40 пацієнтів третьої групи (стійкий гемостаз), при екстренній КС виявляли поодинокі чи множинні дивертикули в ободовій кишці з ознаками кровотечі, що відбулась. Виявлені дані не потребували проведення повторного дослідження. У наступному, в жодного пацієнта даної групи не спостерігали продовження кровотечі.

Висновки

Серед хворих із дивертикулярною хворобою ободової кишки, у 70,1% має місце ускладнення у вигляді кишкової кровотечі. Спостерігається тенденція до збільшення хворих із КДОК за останні роки. Серед пацієнтів із КДОК переважають особи похилого і старечого віку: 106 (90,6%) із 117 хворих із КДОК, мали вік старше 61 року, а 2/3 пацієнтів (78 хворих; 66,7%) — були старшими за 70 років. У віковому аспекті, серед пацієнтів із даною патологією, переважають жінки: особи жіночої статі складають, близько, 2/3 — 63,2%. Майже у половині хворих із КДОК діагностовано середню та важку ступінь кровотрати (48,7%), а в 23,9% пацієнтів — виявлено важку кровотрату. 45,3% пацієнтів із КДОК мали продовження кровотечі чи рецидив кровотечі під час перебування в клініці.

Запропонований діагностичний алгоритм екстренної підготовки кишківника та виконання невідкладної фіброколоноскопії з метою виявлення стигматів кровотечі та зупинки її різними методами. При неефективності консервативних та ендоскопічних мір гемостазу, продовження кровотечі із дивертикулів, пацієнти потребують екстренного оперативного втручання. Запропонований алгоритм ведення хворих із КДОК дозволив знизити загальну летальність до 1,9%, а серед оперованих хворих — летальних наслідків не було.

Література

- Артеми В.А., Кожугина М.В. (2007) Особенности течения дивертикулярной болезни толстой кишки у лиц пожилого возраста. Клиническая геронтология: 9-19
- Тимербулатов В.М., Тимербулатов М.В., Мехдиев Д.И., Куляпи А.В. (2007) Дивертикулярная болезнь толстой кишки. (Москва). "НПП Джангар". 192 с.
- Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И. и соавт. (2009) Собственный опыт лечения осложненных форм дивертикулярной болезни толстой кишки. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 19; 5: 68-71
- Terdiman J.P. (2001) Colonoscopic management of lower gastrointestinal hemorrhage. Current gastroenterology reports. 3; 5: 43

ВЫПОЛНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ, ОСЛОЖНЕННОМ ПУЗЫРНО-КИШЕЧНЫМ ЖЕЛЧНЫМ СВИЩОМ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Хворостов Е.Д., Захарченко Ю.Б., Томин М.С., Морозов С.А.

Кафедра хирургических болезней, Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина, Украина

Введение

Лапароскопическая холецистэктомия выгодно отличается низкой травматичностью, однако требует тщательного дооперационного обследования больного с целью предельной верификации диагноза и установления факта наличия осложненной желчекаменной болезни, которые оказывают влияние на изменение техники, объема, продолжительности данного оперативного вмешательства, и вообще, определяют возможность его выполнения с учетом технического обеспечения клиники. Такое осложнение желчекаменной болезни как пузырно-кишечные желчные свищи довольно редко встречаются в клинической практике, их частота составляет 0,3-5% среди всех оперативных вмешательств на желчных путях [4]. Дооперационная диагностика их составляет определенную проблему так, как требуют выполнения эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ), дуоденографии (ДГ) или ирригографии (ИГ), отличающиеся инвазивностью и высокой стоимостью. По этой причине основная масса данной патологии диагностируется в процессе лапароскопической холецистэктомии во время мобилизации желчного пузыря из перипузырных адгезивных образований, и ставит перед хирургом дилемму — продолжать лапароскопическую холецистэктомию или осуществлять переход на лапаротомный доступ. До настоящего времени не найден однозначный ответ на вопрос о необходимости перехода к лапаротомии после субоперационной диагностики внутреннего желчного свища между желчным пузырем и просветом кишки [1-4].

Связь проблемы с важными научными или практическими заданиями

Работа выполнена в соответствии с комплексной научно-исследовательской работой кафедры хирургических болезней Харьковского национального университета "Разработка малоинвазивных оперативных вмешательств с использованием низких температур в лечении больных желчекаменной болезнью и язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки" номер регистрации 0100U005308.

В связи с развитием и совершенствованием методики лапароскопической холецистэктомии расширяется перечень показаний для ее выполнения при различных вариантах осложненных форм течения желчекаменной болезни. Поэтому, наличие пузырно-кишечного желчного свища, осложнившего течение желчекаменной болезни, в настоящее время не рассматривается как абсолютное противопоказание для выполнения лапароскопической холецистэктомии. Однако, в отношении дооперационной и субоперационной диагностики указанного осложнения не принято окончательного решения. Не решен вопрос об изменении техники лапароскопической холецистэктомии при выявлении пузырно-кишечного свища, а также показаниях к возможной конверсии [1,3].

Выделение нерешенных ранее частей общей проблемы

Важной проблемой, требующей разрешения, является дооперационная диагностика пузырно-кишечного желчного свища. Решение ее может быть достигнуто путем выяв-

ления при скрининговом УЗС характерных ультразвуковых симптомов, сопутствующих внутреннему пузырно-кишечному желчному свищу, и на основании этого определение показаний к выполнению ЭРХПГ, ДГ или ИГ. Другим вопросом, требующим разрешения, является изменение техники лапароскопической холецистэктомии при возникшей необходимости в ходе операции прибегнуть к вмешательству на кишечной стенке, несущей свищ, с целью его закрытия в случаях, когда отсутствует техника лапароскопического кишечного шва (что является стандартной ситуацией в условиях общехирургической клиники) [1,3].

Целью исследования явилась оценка возможности дооперационной ультразвуковой диагностики пузырно-кишечного желчного свища, определение адекватного объема и последовательности выполнения отдельных этапов оперативного вмешательства при лапароскопической холецистэктомии в случае хронического калькулезного холецистита, осложненного пузырно-кишечным желчным свищем у пациентов пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы

Проанализированы результаты хирургического лечения 7 пациентов пожилого и старческого возраста, у которых течение хронического калькулезного холецистита осложнилось пузырно-кишечным желчным свищем. Все пациенты женского пола, по возрастным показателям находились в пределах от 68 до 83 лет. Избыточная масса тела не присутствовала. Исходя из анамнестических данных, у пациентов в прошлом отсутствовали симптомы механической желтухи, тентической лихорадки с ознобом и острого панкреатита. Клинические проявления хронического холецистита с ультразвуковой верификацией, при первично хронической форме течения у всех больных, продолжались до поступления в клинику на протяжении от 5 до 16 лет. Пузырно-дуоденальный свищ имел место в 5 (71,4%) случаях, пузырно-поперечноободочный — в 2 (28,6%) случаях. При УЗС у всех пациентов были выявлены изменения желчного пузыря, разной степени выраженности, характерные для продолжительного воспалительного процесса и определяющие рубцово-сморщенный желчный пузырь: утолщение стенки, деформация просвета в форме продолговатого узкого полостного образования по оси пузыря, наличие гиперэхогенных образований с акустической дорожкой в просвете, изменение внешнего контура пузыря до узкого продольного гиперэхогенного образования. Кроме того, установлено контактное расположение к стенке желчного пузыря кишечной петли. Ширина просвета гепатикохоледоха, свободного от включений, не превышала 8,4 мм, при гиперэхогенных характеристиках стенки. Таким образом, у пациентов отсутствовали симптомы пузырно-кишечного желчного свища (визуализация соустья между просветом желчного пузыря и кишки), что не определяло показаний для проведения ЭРХПГ, ДГ, ИГ. Стандартная фиброгастроскопия была выполнена всем пациентам, но так как свищевое отверстие находилось в нисходящем отделе двенадцатиперстной кишки оно оказалось недосягаемым для визуализации. При лапароскопическом вмешательстве вы-