

что значительно затрудняет использование этого показателя для мониторинга лечения варфарином. Также назначается ацетилсалициловая кислота в небольших дозах – 75-100 мг/сут.

Среди дезагрегантов, использующихся в комплексной терапии трофических язв, вызванных АФС, предпочтение отдается Курантилу, учитывая более эффективное, в сравнении с пентоксифиллином, влияние на микроциркуляцию.

Базисными противовоспалительными препаратами первой линии являются препараты аминохинонолинового ряда (гидроксихлорохин – плаквенил, хлорохин – делатил), которые могут обеспечивать довольно эффективную профилактику тромбозов (по крайней мере, при вторичном АФС на фоне СКВ). Наряду с противовоспалительным действием, гидроксихлорохин обладает определенным антитромботическим (подавляет агрегацию и адгезию тромбоцитов, уменьшает размер тромба) и гиполипидемическим эффектами. Плаквенил назначается длительно в дозе 400 мг/1 на ночь. При резистентности пациентов к вышеуказанной терапии, частом рецидивировании трофических нарушений или прогрессировании процесса решается вопрос о выборе в качестве базисной терапии цитостатиков (азатиоприн 100 м/сут, циклофосфамид (цитоксан, эндоксан) 0,5-1 г/сут. Следует особо отметить, что при наличии трофических язв обязательным условием для возможности назначения

цитостатиков является отсутствие активного местного инфекционно-воспалительного процесса и полное очищение язв [1, 4, 7, 9].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Все больные трофическими язвами на фоне АФС должны находиться под длительным диспансерным наблюдением ревматолога, первоочередной задачей которого является оценка риска рецидивирования тромбозов и их профилактика. Необходим контроль активности основного заболевания (при вторичном АФС), своевременное выявление и лечение сопутствующей патологии, в том числе инфекционных осложнений, а также воздействие на корректируемые факторы риска тромбозов. Установлено, что prognostически неблагоприятными факторами в отношении летальности при АФС являются артериальные тромбозы, высокая частота тромботических осложнений и тромбоцитопения, а из лабораторных маркеров – наличие волчаночного антикоагулянта. Течение АФС, тяжесть и распространенность тромботических осложнений непредсказуемы. Универсальные схемы терапии, к сожалению, отсутствуют. Вышеупомянутые факты, а также полиорганное поражение, требуют объединения врачей различных специальностей для решения проблем, связанных с ведением данной категории больных.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Основы диагностики и терапии антифосфолипидного синдрома /Баркаган З. С., Момот А. П., Сердюк Г. В. и др. – М., 2003. – С. 31-35.
2. Hughes, G.R.V. The antiphospholipid syndrome: ten years on /G.R.V. Hughes //Lancet. – 1993. – V. 342, № 8867. – P. 341-344.
3. Arnout, J. Antiphospholipid syndrome: diagnostic aspects of lupus anticoagulant/J. Arnout //Thromb. Haemost. – 2001. – V. 86, № 1. – P. 83-91.
4. Баркаган З.С. Очерки антитромботической фармакопрофилактики и терапии /З.С.Баркаган. – М., 2000. – 142 с.
5. Антифосфолипидный синдром в акушерской практике /А.Д. Макацария, О.В.Бицадзе, Н.Г. Ганиевская и др. – М., 2000. – 344 с.
6. Макацария, А.Д. Тромбофилические состояния в акушерской практике /А.Д. Макацария, О.В. Бицадзе. – М., 2001. – 703 с.
7. Патология сосудов при антифосфолипидном синдроме /Е.Л. Насонов, А.А. Баранов, Н.П. Шилкина и др. – М.-Ярославль, 1995.
8. Патоморфологическое исследование биоптатов кожно-мышечного лоскута при антифосфолипидном синдроме /Н.Н. Чапаева, А.А. Демин, М.А. Трифонова и др. //Бюл. СО РАМН. – 2008. – № 2. – С. 35-39.
9. The antiphospholipid syndrome: history, definition, classification, and differential diagnosis /R.A. Asherson, R. Cervera, J.C. Piette et al. //Thromb. Haemost. – 2006. – № 4. – P. 295-306.



**Батискин С.А., Золоев Г.К.**

Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов,  
г. Новокузнецк

## МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ АМПУТАЦИИ НА УРОВНЕ ГОЛЕНИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Сохранение коленного сустава по-прежнему остается одним из наиболее сложных разделов хирургии ампутации нижней конечности. Последнее относится к выбору уровня усечения конечности и к методическим вопросам оперативного лечения.

**Материал и методы.** В данной работе проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, которым выполнены ампутации нижних конечностей в периоды с 1998 г. по 2005 г. и с 2008 г. по 2012 г. в отделении сосудистой хирургии ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России. Изучены результаты лечения и реабилитации больных; использована база данных, содержащая такие параметры, как: вид нозологии, пол, возраст пациентов, лодыжечно-артериальное давление (ЛАД), степень ишемии по классификации А.В. Покровского, данные о пульсации магистральных артерий нижних конечностей, сведения о проведенной ранее артериальной реконструкции. В настоящее исследование включена группа пациентов, у которых выполнены 283 ампутации голени. Изучены методические аспекты, которые могут повлиять на заживление раны культуры голени первичным натяжением.

**Результаты и заключение.** Анализ результатов трех методов пластики послеоперационной раны после ампутации нижней конечности на уровне голени показал, что традиционное ушивание послеоперационной раны приводит к более частому выполнению высоких реампутаций на уровне бедра, чем после пластики раны редкими узловыми швами на фасцию и кожу. Минимизация формирования осложнений со стороны культуры голени способствует большой вероятности заживления раны первичным натяжением. Сохранение коленного сустава повышает эффективность реабилитации и качества жизни инвалидов с постампутационными дефектами конечности.

**Ключевые слова:** сахарный диабет; облитерирующий атеросклероз; облитерирующий тромбангиит;  
методы ампутации конечности; заживление раны первичным натяжением.

**Batiskin S., Zoloyev G.**

Novokuznetsk Scientific and Practical Center of Medical and Social Examination  
and Rehabilitation of Disabled People, Novokuznetsk

#### METHODOLOGICAL FACTORS INFLUENCING TRANSTIBIAL AMPUTATIONS IN PATIENTS WITH LOWER LIMB ISCHEMIA

Knee preservation remains one of the most complex parts of lower limb amputation surgery, that relates to the choice of the amputation level and methodological issues of surgical treatment.

**Materials and methods.** This paper presents a retrospective analysis of the case reports of patients who underwent lower limb amputations in Vascular Surgery unit of our institution in 1998-2005 and 2008-2012. We studied the outcomes of patients' treatment and rehabilitation using database including such parameters as clinical entity, gender, age, ankle-brachial index, the degree of ischemia according to A. Pokrovsky, the data on the pulsation of lower limb major arteries, and the data on previous arterial reconstruction. This study included group of patients who had undergone 283 amputations. We studied methodological factors that might influence the healing of the below-knee stump by primary intention.

**Results and conclusions.** As shown by an analysis of the outcomes of three methods of post-amputation wound plasty following lower limb amputation, conventional post-procedural wound closure leads to an increased prevalence of high reamputations at the femoral level, as compared to wound plasty by rare interrupted sutures on the skin and fascia. The lowering of complications in below-knee stumps increases the likelihood of wound healing by primary intention. Knee preservation increases the efficacy of amputation and the quality of life in patients with post-amputation limb defects.

**Key words:** diabetes mellitus; atherosclerosis obliterans; thromboangiitis obliterans;  
methods of primary amputation; wound healing by primary intention.

**A**мпутация нижней конечности на уровне голени, несомненно, имеет очевидные преимущества перед ампутацией на уровне бедра. Однако выполняется большое количество трансфермальных усечений конечностей [1, 2]. Мнение о том, что выполнение ампутации на уровне бедра способствует заживлению раны первичным натяжением, является ошибочным. Установлена вероятность того, что заживление раны первичным натяжением после усечения конечности на уровне бедра и голени отличается незначительно, 75-85 % и 85-93 % [3-5].

Однако сохранение коленного сустава по-прежнему остается одним из наиболее сложных разделов хирургии. Последнее относится к выбору уровня усечения конечности и к методическим вопросам оперативного лечения.

**Цель настоящей работы** – изучить методические аспекты при выполнении ампутации на уровне голени.

#### Корреспонденцию адресовать:

БАТИСКИН Сергей Анатольевич,  
654055, г. Новокузнецк, ул. Малая, 7,  
ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России.  
Тел. 37-78-15.  
E-mail: root@reabil-nk.ru

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Объектом исследования служили больные атеросклерозом, сахарным диабетом (СД), облитерирующими тромбангиитом (ОТ), которым выполнены «большие» ампутации конечности (на уровне бедра или голени) в отделении сосудистой хирургии (ОСХ) ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в период с 1998 г. по 2005 г.

Исследование включает два взаимосвязанных раздела. В первом проведено сравнительное изучение результатов операции при применении двух способов закрытия раны, отличающихся степенью герметичности закрытия раны. Один способ – это наложение наводящих швов (3-5 швов) на фасцию и кожу (1-я группа больных), полость раны полностью вентилируема, а зона опила большеберцовой кости легкодоступна для возможной санации. Другой (2-я группа больных) – это традиционная кожно-мышечно-фасциальная пластика (кожные швы накладываются с расстоянием между ними примерно через один сантиметр); закрытие раны в этом случае достаточно герметично. В первую группу вошли пациенты, у которых проведена 61 ампутация нижней конечности на уровне голени. Во второй группе больных выполнено 133 операции.

Второй раздел работы посвящен апробации некоторых методических примеров, применяемых во время ампутации голени, описание которых дано далее. Этот раздел работы основан на данных результатов лечения 89 больных, госпитализированных в клинику в период 2008-2012 гг. В ходе этой части исследования проведен анализ результатов кожно-фасциальной пластики 53 пациентов (1-я группа), где на фасцию накладывались 3-4 наводящих узловых шва и первично-отсроченные внутрикожные швы. Второй способ – наложение наводящих узловых швов (3-5 швов) на фасцию и кожу, проведен у 36 больных (2-я группа), которым выполнена ампутация нижней конечности на уровне голени.

В качестве первичных материалов исследования служили следующие документы: истории болезни (карта стационарного больного) пациентов, госпитализированных в ОСХ ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России; сведения базы данных «Клиника» всех больных, госпитализированных в клинику ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России и сведения локальных баз данных. В них занесены сведения о возрасте, половой принадлежности больных, коде диагноза в соответствии с МКБ-10, данные показателей гемодинамики и ишемии конечности по классификации А.В. Покровского в дооперационном периоде. В базу внесена информация обо всех операциях – ампутациях бедра, голени, предшествующих реконструктивных операциях на артериях.

Критериями включения служили: наличие у больного облитерирующего атеросклероза (ОА), облитерирующего тромбангиита, сахарного диабета с нарушением периферического кровообращения; тяжелая хроническая ишемия, как причина усечения конечности; ампутация на уровне голени.

При поступлении больных в ОСХ ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России большое внимание уделялось сбору анамнеза. Выяснялись сведения о болевом синдроме, длительности существования перемежающейся хромоты, характере и локализации болей при ходьбе, расстоянии безболевой ходьбы, болях в покое, их интенсивности, усиливших или снижении болей в горизонтальном положении и при опускании ноги с кровати. При осмотре пациента визуально оценивали цвет кожных покровов и наличие видимых трофических расстройств: истончение кожных покровов, бугристость и пористость ногтевых пластинок, наличие трофических язв или некрозов. Объективное исследование включало: пальпаторное определение пульсации артерий нижних конечностей в типичных точках, проведение аусcultации аорты, подвздошных и бедренных артерий. Всем больным проводилась ультразвуковая допплерография с измерением артериального давления в передней и задней большеберцовых артериях и первом пальце стопы. Рас-

считывался лодыжечно-плечевой индекс для определения критической ишемии конечности. Верификация осуществлялась на основании критериев, представленных в материалах Трансатлантического консенсуса по лечению облитерирующих заболеваний артерий при ЛАД  $\leq$  50-70 мм рт. ст. или артериальном давлении в первом пальце стопы  $\leq$  30-50 мм рт. ст. на фоне болей в покое или/и наличии язв, некрозов.

Для более точного подтверждения окклюзии или стеноза артериального русла нижних конечностей больному выполнялась контрастная ангиография на рентгеновском аппарате «Hiralux-2» или дуплексное сканирование артерий на аппарате «Aloka SSD-1700» и «Shimadzu SDU 2200». Гемодинамически значимым стенозом считали уменьшение просвета сосуда на 65 % или более. Окклюзию артерий верифицировали на основании отсутствия контрастирования или эхолокации кровотока в соответствующем сегменте.

Аnestезиологическим пособием при выполнении ампутации голени служила спинномозговая или эпидуральная анестезия.

**Статистическая обработка.** Вычисляли выборочную долю (%) и среднюю ошибку выборки (m). Сравнение долей проводили с помощью соответствующего t-критерия Стьюдента. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ . Вычисление проводилось с помощью пакета прикладных программ «STATISTICA» (версия 10.0.1011.0 компании StatSoft, Inc США, лицензионное соглашение № SN AXAAR207P396130FA-0).

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Данные сравнительного анализа результатов операций в двух группах обследованных больных представлены в таблице 1. В 30-дневный период после транстибиальной ампутации число реампутаций на более проксимальном уровне (уровень бедра) в 1-й группе больных статистически достоверно не отличалось от такового во второй группе пациентов. Напротив, в 3-х месячный период после ампутации голени число реампутаций на уровне бедра во 2-й группе было статистически достоверно выше, чем в 1-й группе больных.

Сравнительный анализ данных приведен в таблице 2. Установлено, что частота реампутаций на уровне бедра в этой группе больных с предложенным вариантом кожной пластики в виде отсроченного непрерывного внутрикожного шва статистически значимо не отличалась от показателей в контрольной группе больных.

Рассмотрим первый методический элемент, выполняемый в ходе операции. Задний кожно-мышечно-фасциальный лоскут выкраивается после лигиро-

### Сведения об авторах:

БАТИСКИН Сергей Анатольевич, врач-хирург, отделение сосудистой хирургии, ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: root@reabil-nk.ru

ЗОЛОЕВ Георгий Кимович, доктор мед. наук, профессор, генеральный директор, ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: root@reabil-nk.ru

**Таблица 1**  
**Число ампутаций голени и реампутаций на уровне бедра, реампутаций бедра в 30-дневный и 3-месячный периоды с 1998 по 2005 гг. при различных способах пластики**

Периоды наблюдения	1 группа			2 группа			р		
	n <sub>1</sub>	n <sub>2</sub>	̄x, %	m	n <sub>1</sub>	n <sub>2</sub>	̄x, %	m	
30-дневный период	61	4	6,5	3,2	133	15	11,3	2,7	> 0,05
90-дневный период	61	4	6,5	3,2	133	23	17,3	3,3	< 0,05

Примечание: р - уровень статистической значимости различий показателей в 1 и 2 группах от соответствующего показателя при реампутации на уровне бедра; n<sub>1</sub> - число ампутаций голени, n<sub>2</sub> - число реампутаций на уровне бедра.

**Таблица 2**  
**Число ампутаций голени и реампутаций на уровне бедра, реампутаций бедра в 30-дневный и 3-месячный периоды с 2008 по 2012 гг. при различных способах пластики**

Периоды наблюдения	1 группа			2 группа			р		
	n <sub>1</sub>	n <sub>2</sub>	̄x, %	m	n <sub>1</sub>	n <sub>2</sub>	̄x, %	m	
30-дневный период	53	2	3,8	3,6	36	1	2,8	4,1	> 0,05
90-дневный период	53	5	9,4	3,6	36	4	11,1	4,0	> 0,05

Примечание: р - уровень статистической значимости различий показателей в 1 и 2 группах от соответствующего показателя при реампутации на уровне бедра; n<sub>1</sub> - число ампутаций голени, n<sub>2</sub> - число реампутаций на уровне бедра.

вания магистральных сосудов. После проведения остеотомии вдоль задней поверхности дистальной (ниже опила) части берцовых костей ампутационным ножом максимально близко к кости рассекались ткани на расстоянии 7-8 см, что давало возможность лучшего обзора и доступа к сосудисто-нервному пучку. Данный способ не влияет на закрытие раны: геометрию лоскутов, пластику и последующее дренирование или какие-либо иные факторы, способные повлиять на возможность заживления послеоперационной раны. В связи с этим оценка результатов операций этого методического приема не проводилась.

Второй методический элемент относится к особенностям кожно-фасциальной пластики и заключается в следующем. Выполнив ампутацию нижней конечности, накладывали наводящие узловые швы на фасцию и первично-отсроченные непрерывные внутристикожные швы атравматичной нитью Surgipro 2-0. Наложение швов проводили фрагментами на три равных по длине участка раны в три приема: с латерального угла раны накладывали узловой шов, нить проводили интранидермально, параллельно сосудистой сети, выводили наружу со стороны заднего кожного лоскута, пересекали на расстоянии до 7 см от кожи; затем со стороны переднего кожного лоскута

производили вкол иглы с нитью в кожу, не накладывая узлового шва, проводили нить внутрикожно напротив опила большеберцовой кости, выводили наружу со стороны заднего кожного лоскута так же, не накладывая узлового шва и пересекали на расстоянии до 7 см от кожи; далее с медиального угла раны накладывали узловой шов, нить проводили интранидермально, выводили наружу со стороны переднего кожного лоскута, пересекали на расстоянии до 7 см от кожи. Швы не затягивали и кожные покровы не смыкали в течение 24-48 часов, в последующем, при спокойном течении раневого процесса, швы затягивали, кожные покровы плотно смыкали.

Нами представлено три метода пластики послеоперационной раны после ампутации нижней конечности на уровне голени. Проведя анализ данных, мы видим, что традиционное ушивание послеоперационной раны приводит к более частому выполнению высоких реампутаций на уровне бедра, чем после пластики раны редкими узловыми швами на фасцию и кожу. Несомненно, в послеоперационном периоде у такой группы больных проводится антибактериальная терапия, которая является частью стандартного ведения больных после «больших ампутаций», что также подтверждают коллеги из Великобритании [6, 7], но и хорошее дренирование раны дает возможность уменьшить осложнения в раннем послеоперационном периоде. Близким к методу пластики послеоперационной раны редкими наводящими швами можно отнести метод пластики первично-отсроченными внутрикожными швами, хотя при исследовании этих двух групп статистически достоверно значимых значений мы не получили, вероятно потому, что эти два метода похожи между собой.

## ВЫВОДЫ:

Пластика раны редкими узловыми швами на фасцию и кожу, а также первично отсроченные внутрикожные швы дают одинаковую возможность доступа к отдельному участку раны при ее нагноении, улучшению дренирования раны без установки дренажной трубы, уменьшению формирования краевых некрозов кожных лоскутов культи голени, снижению гнойно-некротических осложнений, улучшению аэрации раны и для профилактики анаэробной инфекции. Все эти условия могут вести к минимизации формирования осложнений со стороны культи голени и способствуют большой вероятности заживления раны первичным натяжением. Сохранение коленного сустава повышает эффективность реабилитации и качества жизни инвалидов с постампутационными дефектами конечности [8].

### Information about authors:

BATISKIN Sergey, cardiovascular surgeon, department of vascular surgery, Novokuznetsk Scientific and Practical Center of Medical and Social Examination and Rehabilitation of Disabled People, Novokuznetsk, Russia. E-mail: root@reabil-nk.ru  
 ZOLOYEV Georgy, doctor of medical sciences, professor, director general, Novokuznetsk Scientific and Practical Center of Medical and Social Examination and Rehabilitation of Disabled People, Novokuznetsk, Russia. E-mail: root@reabil-nk.ru

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Золоев, Г.К. Облитерирующие заболевания артерий /Г.К. Золоев. – М., 2004. – 432 с.
2. Савельев, В.С. Критическая ишемия нижних конечностей /В.С. Савельев, В.М. Кошкин. – М., 1997. – 160 с.
3. Ebskov, L.B. Level of Amputation Following Failed Arterial Reconstruction Compared to Primary Amputation – a Meta-analysis /L.B. Ebskov, K. Hindsgaard, P. Holstein //Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. – 1999. – V. 17, N 1. – P. 35-40.
4. Is the outlook for the vascular amputee improved by striving to preserve the knee? /J.P. Harris et al. //J. Cardiovasc. Surg. – 1988. – V. 29, N 6. – P. 741-745.
5. Lower extremity amputation: the control series /B.A. Keagy et al. //J. Vasc. Surg. – 1986. – V. 4, N 3. – P. 321-326.
6. Five Day Antibiotic Prophylaxis for Major Lower Limb Amputation Reduces Wound Infection Rates and the Length of In-hospital Stay /U. Sadat, A. Chaudhuri, P.D. Hayes et al. //Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. – 2008. – V. 35, N 1. – P. 75-78.
7. McIntosh, J. Antibiotic Prophylaxis for the Prevention of infection after Major Limb Amputation /J. McIntosh, J.J. Earnshaw //Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. – 2009. – V. 37, N 6. – P. 696-703.
8. Васильченко, Е.М. Функциональные результаты первичного протезирования конечности после ампутации бедра или голени у пациентов с заболеваниями сосудов /Е.М. Васильченко, Г.К. Золоев, С. Г. Королев //Медико-соц. экспертиза и реабил. – 2010. – № 1. – С. 13-16.



Замятин В.А., Фаев А.А.

Городская клиническая больница № 29,  
г. Новокузнецк

## ЕДИНЫЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП В ХИРУРГИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

**Материалы и методы.** В сравнительном проспективном исследовании представлены ближайшие результаты выполнения холецистэктомии с применением единого лапароскопического доступа и традиционного лапароскопического доступа у 50 пациентов при остром холецистите.

**Результаты.** Показано, что применение единого лапароскопического доступа при остром холецистите не увеличивает среднюю продолжительность вмешательства и число послеоперационных осложнений, а также позволяет снизить потребность в анальгетиках в послеоперационном периоде и добиться отличного косметического результата.

**Ключевые слова:** единный лапароскопический доступ; малоинвазивная холецистэктомия; острый холецистит.

Zamiatin V., Faev A.

Municipal Clinical Hospital N 29, Novokuznetsk

### SINGLE PORT ACCESS SURGERY AT ACUTE CHOLECYSTITIS

**Materials and methods.** Prospective comparative research study presents cholecystectomy results using single-port access laparoscopic surgery and conventional laparoscopic surgery in 50 patients with acute cholecystitis.

**Results.** It was shown that the use of a single-port access laparoscopic surgery at acute cholecystitis does not increase an average surgical intervention duration and a postoperative complications level, and allows to reduce analgesics usage in postoperative period and achieve excellent cosmetic result.

**Key words:** single-port laparoscopic surgery; minimally invasive cholecystectomy; acute cholecystitis.

**С**нижение травматичности доступа и минимизация операционной травмы при условии безопасности и выполнимости вмешательств являются приоритетным направлением развития современной хирургии острого холецистита (ОХ). Так, по прошествии более чем 20 лет с момента выполнения первой лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) Р. Mouret в 1987 г., в настоящее время эта операция является общепринятым «золотым стандартом» в лечении ОХ. История применения техноло-

гии единого лапароскопического доступа (ЕЛД) в мировой хирургии желчно-каменной болезни (ЖКБ) насчитывает уже более 15 лет [1, 2]. За это время предложено множество различных техник и вариантов выполнения холецистэктомии через ЕЛД (ХЭЛД), как с применением нескольких троакаров, так и с применением различных устройств доступа. На сегодняшний день в мировой практике накоплен значительный опыт этих вмешательств, многими авторами на представительном клиническом материале показаны выполнимость и безопасность методики в плановой хирургии, признаны такие её преимущества, как снижение послеоперационной боли и хороший косметический эффект [3-7]. Однако использование технологии ЕЛД в ургентной хирургии до настоящего времени остается предметом дискуссии. Боль-

### Корреспонденцию адресовать:

ЗАМЯТИН Вадим Анатольевич,  
654067, г. Новокузнецк, ул. Звездова д. 62, кв. 1.  
Тел.: +7-905-947-58-30; 8 (3843) 79-64-52.  
E-mail: vaideem@rambler.ru