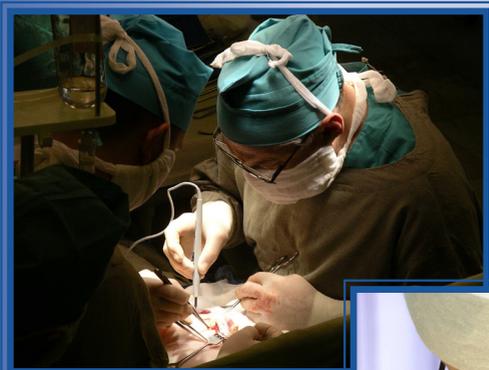


ISSN 2075-6895

АЛЬМАНАХ

Института Хирургии
имени А.В.Вишневского



№1 2016

ТЕЗИСЫ

XIX Съезда Общества

эндоскопических хирургов

России (РОЭХ)

г. Москва,
16-18 февраля 2016 г.

1. Программированная видеолaparоскопическая санация брюшной полости у больных с распространенными формами перитонита

Салахов Е.К.

Набережные Челны

"ГАУЗ" Менделеевская ЦРБ

В последнее время большой интерес представляют разработанные варианты лапароскопических вмешательств при распространенных формах перитонита различной этиологии. Поначалу лапароскопия использовалась только как диагностический метод, позволяющий визуально оценить состояние брюшной полости. Развитие лапароскопии связано с появлением новой видеоэндоскопической аппаратуры, которая позволила передавать изображение брюшной полости на монитор. Появилась возможность согласованных действий сразу нескольких человек операционной бригады, что во многих случаях позволило перейти от пассивного наблюдения к активному воздействию на имеющийся патологический процесс. Особого внимания заслуживает внедрение видеолaparоскопии в лечение распространенных форм перитонита. Важное место заняли программированные лапароскопические санации после первичных хирургических операций по поводу распространенного перитонита. Функциональное состояние лимфатических узлов брюшной полости значительно влияет на течение воспалительной реакции при перитонитераспространение инфекции образование новых метастатических очагов гнойно-воспалительного процесса. Согласно сегментарной теории строения лимфатической системы, существует определённый лимфораздел органов брюшной полости. Так, от органов верхнего этажа брюшной полости большая часть лимфы оттекает к лимфатическим узлам малого сальника. От органов среднего и нижнего этажей брюшной полости преимущественный отток лимфы осуществляется в брыжеечные лимфатические узлы. Исходя из этих сведений, становится понятна необходимость лечебного воздействия на ту или иную группу лимфатических узлов в зависимости от локализации патологического процесса. Во время лапаротомии, после удаления источника перитонита и санации брюшной полости, пациентам нуждающимся в плановых санациях брюшной полости устанавливали на передней брюшной стенке разработанные нами «модифицированные - лапаропорты» (патент №110248) которые отличались нанесенными спиральными выступами, удлиненной формой, выполнением из легкосплавного титана что позволяло не нарушать электропроводности волновода-излучателя и надежно фиксировать его в передней брюшной стенке а так же использовать его у тучных больных. Количество лапаропортов зависело от источника перитонита и распространенности процесса. После обзорной лапароскопии брюшную полость заполняли асептическим раствором через лапаропорт. Затем проводили «озвучивание» брюшины и органов брюшной полости волноводом-излучателем с защитной насадкой, которая позволяла обрабатывать труднодоступные места и межкишечные пространства без риска повреждения стенки кишки и других органов. Каждый сеанс плановой санации заканчивали прицельным, тщательным «озвучиванием» малого сальника и области расположения брыжеечных лимфатических узлов, подведя при этом к концу волновода – излучателя микроиригатор через который подавался раствор антибиотика. Низкочастотный ультразвук, благодаря звукокапиллярному, акустическому эффекту способствует проникновению антибиотика в глублежащие ткани, что позволяет создать депо антибиотика в лимфатических узлах и окружающих их тканей. Предложенный способ лапароскопической санации позволил снизить летальность на 12% и развитие послеоперационных осложнений на 8%, по сравнению с

контрольной группой. Разработанный способ программных видеолапароскопических санаций брюшной полости с применением низкочастотного ультразвука у больных с распространенным перитонитом оказывает выраженный бактерицидный и бактериостатический эффект. Метод может использоваться в комплексном лечении больных с распространенным перитонитом как современный и эффективный вариант воздействия на инфекционный процесс в брюшной полости. Недостатками лапароскопической санации являются – низкая ее эффективность при тотальной бактериальной контаминации, обильные трудноудаляемые фибриновые наложения. Наличие паралитической кишечной непроходимости и выраженный спаечный процесс, ограничивающий обзор брюшной полости, так же не позволяют адекватно произвести санацию.

2. Сравнительная оценка результатов различных методов лечения пиопневмоторакса.

Лопатенко Д.Э.

Харьков

ХНМУ

Ухудшение экологической обстановки и социально-экономических условий, сопровождающихся длительной стрессовой ситуацией, приводят к снижению иммунореактивности населения и увеличению частоты развития инфекционных неспецифических заболеваний лёгких [Бойко В.В. и др.2007]. Пиопневмоторакс - одно из самых тяжелых осложнений острых инфекционных деструкции легких. До последнего времени частота развития пиопневмоторакса не имеет устойчивой тенденции к снижению и колеблется в широком диапазоне - от 5 до 38% [Авдосьев В.В. и др., 2007]. Эффективная хирургическая тактика при ликвидации гнояника является решающей в стратегии лечения пиопневмоторакса. Быстрое устранение сообщения между плевральной полостью и бронхом, эффективное дренирование и предотвращение спаечного процесса - все это обеспечивает быстрое выздоровление и снижает количество осложнений [Левин А.В. и др. 2007]. Цель работы: Улучшить результаты лечения больных пиопневмотораксом путем применения торакоскопических оперативных вмешательств. Материалы и методы. Нами были обследованы 109 пациентов с пиопневмотораксом. Для исследования были отобраны пациенты, у которых на момент поступления были исключены специфические причины пиопневмоторакса (туберкулез, рак и др.) Больные были разделены на две группы в соответствии с методом лечения пиопневмоторакса. Группу 2 (сравнения) составили 82 больных, оперативное лечение которых выполнялось путем закрытого дренирования. В группу 1 (основную) вошли 27 больных лечение которых выполнялось методом торакоскопической санации. В нашем исследовании мы пытались выполнять торакоскопическое вмешательство в возможно более ранние сроки, так как после семи суток патоморфологические изменения захватывают все слои плевры, что приводит к ее функциональной несостоятельности. Противопоказанием к торакоскопическому лечению в нашем исследовании были наличие общих соматических заболеваний в стадии декомпенсации и двустороннее поражение легких, сопровождалось выраженной дыхательной недостаточностью, агональное или терминальное состояние пациента. В таком случае выполнялось дренирование плевральной полости по Бюлау и симптоматическая терапия. Торакоскопическое вмешательство проводилась после стабилизации состояния

больного. В случае выраженного спаечного процесса в плевральной полости нами был разработан метод, позволяющий без риска повреждения органов грудной клетки и возникновения внутривнутриплеврального кровотечения установить торакопорты. После разреза мягких тканей мы, проникая в плевральную полость пальцем, формировали в спайках незначительную полость, куда вводили гибкий бронхоскоп. Дальнейшие манипуляции пальцем или выбор места, свободного от спаек для проведения других торакопортов проводились под визуальным контролем. Малые размеры и гибкость аппарата (в нашем исследовании использовали аппараты Pentax FB-15BS и OlympusBF-40) позволяли свободно сопровождать палец в плевральной полости и находить наиболее безопасную и выгодную позицию для ввода других торакопортов. Кроме того, при необходимости можно было провести аспирацию экссудата, отмыть поверхность легкого для осмотра, выполнить коагуляцию спаек (рац. предложение). Результаты и их обсуждение. Для оценки непосредственных результатов комплексного лечения больных с пиопневмотораксом мы выделяли следующие категории результатов: • полное выздоровление - под ним мы понимали достижение закрытия полости эмпиемы и ликвидацию бронхиального свища, отсутствие выраженных клиничко-рентгенологических последствий заболевания; • клиническое выздоровление - отсутствие клинических проявлений заболевания, закрытие полости пиопневмоторакса с ликвидацией бронхоплеврального сообщения, сохранение клинически значимых пневмоцирротических изменений и выраженных фибринозных наслоений на париетальной плевре; • улучшение - купирование острого воспалительного процесса и формирования хронической эмпиемы плевры с бронхоплевральными свищами; • летальный исход. У пациентов основной группы полное выздоровление было отмечено у 13 (48,2%) больных, клиническое выздоровление было у 10 (37%) больных, а в группе сравнения - у 6 (7,3%) и 17 (20,7%) пациентов, соответственно. Формирование хронической эмпиемы плевры было у 4 (14,8%) больных основной группы, а в группе сравнения - у 44 (53,7%) пациентов, что в 3,6 раза больше чем в основной группе. Кроме того, в группе сравнения зафиксировано 15 (18,3%) летальных исходов, а в основной группе 1 (3,7%). Таким образом, результаты лечения в первой группе статистически значимо лучше, чем во II группе. Средний срок пребывания больного в стационаре составил во II группе $-22,3 \pm 5,7$ суток; в первой группе - $17,1 \pm 6,4$ суток. Сроки пребывания в стационаре в первой группе статистически значимо меньше, чем во II группе. Таким образом, применение санационной видеоторакокопии позволяет в более короткие сроки ликвидировать пиопневмоторакс, способствует быстрому выздоровлению больных и меньшей количества осложнений.

3. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА У БОЛЬНЫХ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Хуболов А.М., Толстокоров А.С., Коваленко Ю.В.

Саратов

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им.В.И. Разумовского Минздрава России

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения (2003г), около 1,7 млрд. людей имеют ожирение (ИМТ >25) или избыточную массу тела (ИМТ > 30). Неуклонный рост

данной патологии отмечен практически во всех странах. В России ожирением страдает более 26% , а избытком массы тела около 40% населения. При этом ожирение является предиктором развития таких заболеваний как – гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, онкологические и прочие соматические заболевания. Около 35-40% лиц страдающих ожирением отмечают у себя признаки грыж пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагита, что делает актуальной проблему хирургической коррекции у данной категории больных. Цель исследования: выявить особенности течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных с морбидным ожирением. Материал и методы исследований: нами проведен ретроспективный анализ 48 историй болезни пациентов с тяжелым течением заболевания. Женщин было 26, мужчин-22. Возраст больных колебался от 30 до 69 лет. Всем пациентам были выполнены – общеклинические анализы, полипозиционное рентгенологическое исследование пищевода с пассажем бария, эзофагогастроскопия, УЗИ- исследование органов брюшной полости , 24-часовая рН-метрия. Оценка степени укорочения пищевода проводилась по классификации А.Ф.Черноусова. Степень выраженности рефлюкс-эзофагита определялась по классификации Savary-Miller (1978г) при эндоскопическом исследовании. Результаты и их обсуждение. При анализе данных эндоскопического исследования получены следующие результаты - рефлюкс-эзофагит I степени выявлен у 29 больных (60,4%), II ст.- у 9 больных (18,7%), III ст.- у 7 больных (14,5%), IV ст.- у 3 больных (6,25%). Морфологически рефлюкс-эзофагит в 2-х случаях (4,1%) сочетался с метаплазией слизистой оболочки дистального отдела пищевода (пищевод Барретта). При рН-метрическом исследовании анацидное состояние выявлено у 8,9% больных, гипоацидное – у 53,9%, нормаацидное – у 9,5%, и гиперацидное состояние – у 27,7% больных. Признаки рефлюкс- эзофагита отмечены у большинства больных (81,1%). В клинической картине у больных с ожирением преобладали жалобы диспептического характера - у 29 больных (60,4%) выявлена отрыжка, у 16 (33,3%) – изжога, в 9 случаях (18,7%) – отмечена икота. Синдром дисфагии выявлен у 5 больных (10,4%). Всем больным были выполнены малоинвазивные видеоассистированные кардиофундопликации по методике Тупе. Осложнений в раннем постоперационном периоде отмечено не было. Дренажи удалялись на 2-3 сутки. В отдаленном периоде до 3 лет, прослежены результаты лечения 32 пациентов. Клиническая картина рефлюкс-эзофагита отсутствовала, рецидивов заболевания выявлено не было. Заключение. 1) гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у больных с морбидным ожирением, характеризуется более выраженным клиническим проявлением синдрома диспепсии, что обуславливает возможность формирования пищевода Барретта. 2) Лапароскопическая фундопликация по Тупе позволяет надежно устранить желудочно-пищеводный рефлюкс и его осложнения.

4.ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПЛАСТИКИ ГИГАНТСКИХ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ СЕТЧАТЫМИ ЭКСПЛАНТАМИ

Коваленко Ю.В., Хуболов А.М., Толстокоров А.С.

Саратов

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России

Актуальность. В настоящее время отмечается увеличение числа больных, страдающих рефлюкс-эзофагитом и ГПОД. Наиболее распространенным методом операций при данной патологии являются различные методы фундопликаций. Характерной особенностью этих вмешательств, является тот факт, что при операции наложение швов осуществляется на уже дегенеративно измененные и подвергшиеся разволокнению ножки диафрагмы. В результате чего ткани диафрагмы прорезываются, создаются условия для миграции ранее наложенной фундопликационной манжеты в заднее средостение, с формированием параэзофагеальной грыжи или происходит рецидив патологии. Попытка же наложения швов на неизмененные ткани, захватывая при этом как можно большие порции хиатальных ножек, может привести, в связи с чрезмерным сужением пищеводного отверстия диафрагмы, к стойкой послеоперационной дисфагии. По данным литературных источников, частота рецидива патологии при лапароскопической пластике гигантских ГПОД (с площадью поверхности пищеводного отверстия диафрагмы более 20см²) составляет 25-40%. В последнее время, широкое распространение в качестве альтернативы натяжным методам хирургического лечения гигантских ГПОД, получила пластика синтетическими аллотрансплататами. По данным литературных источников, применение полимерных протезов, привело к значительному снижению частоты рецидива патологии. Цель работы – оценить отдаленные функциональные результаты лапароскопической коррекции гигантских ГПОД при использовании синтетических эксплантов. Материал и методы – проведен ретроспективный анализ 16 историй болезни больных с гигантскими грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, оперативное лечение которым проводилось с использованием синтетических аллотрансплататов. Возраст исследуемых колебался от 29 до 68 лет. Женщин было - 7, мужчин - 9. В качестве полимерного экспланта использован монофиламентный композиционный (50% полипропилен, 50% монокрил) эндопротез «Ультрапро». Операция заключалась в наложении фундопликационной манжетки по методике Тупе на протяжении не менее 4 см, после предварительной мобилизации и извлечения желудка из заднего средостения. Для оценки степени рефлюкс-эзофагита использовалась классификацию Savary-Miller. Анализ статистических данных достоверности отличия результатов непрерывных величин выполнен при помощи критерия Уилкоксона. Категориальные величины сопоставлены при помощи критерия Мак-Немара, программы StatSoft Statistica 10.0. Результаты. В отдаленном периоде до 3 лет, результаты прослежены у 16 пациентов. Летальных исходов после операций не было. Дренажи удалялись на 2-3 сутки после операции. В первые сутки после вмешательства, у большинства пациентов отмечено явление серозного плеврита (68,7%), не потребовавшие выполнения плевральной пункции. На 3-5-е сутки после вмешательства у 5 пациентов (31,2%) отмечены явления дисфагии при употреблении твердой или холодной пищи, купировавшиеся самостоятельно к концу первой недели после вмешательства. В течение всего трехлетнего исследуемого периода после выполненных лапароскопических вмешательств с использованием синтетических эндопротезов, признаков рецидива ГПОД нами выявлено не было. Данный факт подтвержден отсутствием специфической клинической симптоматики, а также результатами инструментальных диагностических исследований (эзофагогастродуоденоскопия, полипозиционная рентгеноскопия пищевода с пассажем бариевой взвеси). Заключение: 1) Анализ результатов антирефлюксной коррекции гигантских ГПОД с использованием полимерных эксплантов, показал высокую эффективность данной метода операции. 2) Отсутствие рецидивов заболевания, минимальное количество послеоперационных осложнений, относительная малоинвазивность вмешательства, возможность надежно осуществить пластику даже при дегенеративно измененных ножках диафрагмы и истинных рецидивах патологии, позволяют считать оправданным использование сетчатых эксплантов в хирургическом лечении ГПОД. 3)

Ненатяжная пластика с использованием синтетических аллотрансплататов, может считаться операцией выбора при гигантских ГПОД.

5.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА

Толстокоров А.С., Хуболов А.М., Коваленко Ю.В.

Саратов

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им.В.И. Разумовского Минздрава России

В настоящее время рефлюкс-эзофагит является одним из наиболее распространенных видов патологии ЖКТ и отмечается у 40-50% взрослого населения планеты. Медикаментозное лечение данной патологии, основано на приеме антацидных и антисекреторных лекарственных средств, и обеспечивает положительный эффект у 90-95% больных. При этом рецидив заболевания выявляется у 80-100% пациентов, после отмены препаратов. Единственным методом, позволяющим скорректировать анатомо-физиологические нарушения желудочно-пищеводного перехода и устранить патологический гастроэзофагеальный рефлюкс с его осложнениями, является выполнение хирургического вмешательства. В настоящее время, существует множество методов хирургического лечения рефлюкс-эзофагита – изолированные круррорафии, различные способы пластики диафрагмы и фундопликации, выполняемые как лапароскопически, так и из открытого доступа. Однако, несмотря на это, по данным литературных источников частота таких постоперационных осложнений как рецидив патологии, gas bloat- синдром, и другие функциональные расстройства, встречаются у 45-55% прооперированных пациентов. В этой связи результаты хирургической коррекции ГЭРБ и частота их послеоперационных осложнений, являются крайне важными аспектами в выборе метода и тактики антирефлюксного лечения рефлюкс-эзофагита. Цель работы – выявить частоту послеоперационных осложнений различных методов хирургического лечения рефлюкс-эзофагита. Материал и методы — Выполнен ретроспективный анализ хирургического лечения 80 больных, в период с 2006-2015годы, по поводу ГПОД и рефлюкс-эзофагитом. Среди исследуемых 55 больных (68,7,5%) оказались женщины, 25 больных (31,2%) мужчины. Возраст больных колебался от 30 до 69 лет. По виду проводимого оперативного пособия, все пациенты были разделены следующим образом – лапароскопическая фундопликация по Ниссену выполнена 36 пациентам (45%) – I группа; лапароскопическая фундопликация по Тупе- 44 пациентам (55%) – II группа. Обе исследуемые группы пациентов были сопоставимы по длительности заболевания, возрасту, и сопутствующей соматической патологии. Всем больным в предоперационном периоде было выполнено: общеклинические анализы, рентгенография пищевода с пассажем бария, эзофагогастроскопия с биопсией, УЗИ органов брюшной полости, 24-часовая рН-метрия. Степень выраженности рефлюкс-эзофагита определялась при эндоскопическом исследовании по классификации Savary-Miller (1978г). Оценка степени укорочения пищевода проводилась по классификации А.Ф.Черноусова. Результаты и их обсуждение. Анализе данных эндоскопического исследования выявил наличие рефлюкс-эзофагит I степени выявлен у 45 больных (56,2%), II ст.- у 26 больных (32,5%), III ст.- у 6 больных (7,5%), IV ст.- у 3 больных (3,75%). Морфологически рефлюкс-эзофагит в 2-х случаях (2,5%) сочетался с метаплазией слизистой оболочки дистального отдела пищевода

(пищевод Барретта). При рН-метрическом исследовании анацидное состояние выявлено у 11,25% больных, гипоацидное – у 70%, нормаацидное – у 11,25%, и гиперацидное состояние – у 7,5% больных. Признаки рефлюкс-эзофагита отмечены у большинства больных (86,2%). Всем больным были выполнены малоинвазивные видеоассистированные кардиофундопликации по методике Тупе и Ниссену. У большинства пациентов в первые сутки после вмешательства развилось явление серозного плеврита, потребовавшие выполнить одну плевральную пункцию у пациента 1-й исследуемой группы. На 3-5-е сутки после вмешательства у 11 пациентов 1-й группы (30,5% больных) и у 12 пациентов 2-й исследуемой группы (27,3%) отмечены явления дисфагии при употреблении твердой пищи, которые купировались самостоятельно к концу первой недели после операции. У одного пациента из 1 – й группы (2,7%) дисфагия купирована приемом прокинетиков (церукал, мотилиум). Дренажи удалялись на 2-3 сутки. В отдаленном периоде до 3 лет, прослежены результаты лечения 32 пациентов. Клиническая картина рефлюкс-эзофагита отсутствовала, рецидивов заболевания выявлено не было. Заключение. 1. Анализ результатов хирургического лечения рефлюкс-эзофагита не дал достоверных данных о явном преимуществе одной из методик лапароскопических коррекций ГПОД, как по частоте рецидивов заболевания, так и по частоте функциональных послеоперационных осложнений. 2. Использование малоинвазивных методик антирефлюксных коррекций при ГПОД и рефлюкс-эзофагитах улучшает качество жизни больных в отдаленном послеоперационном периоде и сокращает сроки временной нетрудоспособности.

6.Лапароскопическая TAR-пластика

Егиев В.Н., Кулиев С.А.

Москва

Городская клиническая больница №1 им. Н.И.Пирогова

В данном видео материале продемонстрированы основные этапы операции

7.Тотальная экстраперитонеальная герниопластика при паховой грыже

Егиев В.Н., Кулиев С.А.

Москва

Городская клиническая больница №1 им.Н.И.Пирогова

В данном видео материале основные этапы тотальной экстраперитонеальной герниопластики при паховой грыже

8.Лапароскопическое удаление боковой послеоперационной вентральной грыжи

Егиев В.Н., Кулиев С.А.

Москва

Городская клиническая больница №1 им.Н.И.Пирогова

В данном видео материале представлены основные этапы техники выполнения операции

9.ОПЫТ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ.

Шамирзаев Б.Н.

Ташкент

Центральный военный клинический госпиталь министерства обороны республики Узбекистан.

Показания к лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) при остром холецистите в последнее время все больше расширяются. В современных клиниках мира процент выполняемых лапароскопическим методом холецистэктомий при остром холецистите превышает 90%. Но до настоящего времени актуальными остаются вопросы выбора тактики и методов оперативного лечения у больных с острыми формами осложненного холецистита. Материал и методы. Нами выполнено 1182 лапароскопических холецистэктомий (1994-2015 гг), из них проанализированы результаты 189 ЛХЭ у больных поступивших в клинику с острым холециститом. Возраст пациентов варьировал от 18 до 83 лет, женщин было 109 (57,7%), мужчин - 80 (42,3%). С острым катаральным холециститом прооперировано 34 (18 %) больных, с острым флегмонозным 120 (55,9%) и с острым гангренозным холециститом – 35 (18,5%) больных. С клиническими проявлениями холедохолитиаза и явлениями механической желтухи поступили 14 (7,4%) больных. У 9 (4,8%) больных на ЭРПХГ подтверждены конкременты общего желчного протока, у 3 (1,6%) выявлены явления стенозирующего папилита. 12 (6,3%) больным первым этапом была выполнена ЭПСТ. У 6 из 9 больных с холедохолитиазом ЭПСТ выполнялась в 2 или даже 3 этапа. У одной пациентки 73 лет для извлечения всех конкрементов из гепатикохоледоха ЭРПХГ с ЭПСТ пришлось выполнить до и через 5 дней после ЛХЭ с хорошим ближайшим и отдаленным результатом. Целью исследования был анализ и пути уменьшения осложнений хирургического лечения больных с острым холециститом. Результаты и обсуждение. По результатам осмотра, клинического обследования, ультразвукового исследования определяли показания к экстренной операции или проводили консервативное лечение в течении 12-24 часов (отсутствие выраженных деструктивных изменений в желчном пузыре, отказ больного от операции). При

ку-пировании приступа острого холецистита ЛХЭ выполнялась через 24-48 часов от момента госпитализации, или через 2-3 месяца в плановом порядке после выписки больного из стационара. У больных с холедохолитиазом, ЛХЭ выполнялась через 2-3 суток после ЭРПХГ и удаления конкрементов из общего желчного протока. При обтурационном деструктивном холецистите операцию проводили по экстренным показаниям. При невозможности выполнения ЛХЭ переходили на лапаротомию, что было осуществлено у 11 (5,8%) больных (7 конверсий приходится на первые 50 операций). В 8 случаях операцию завершали верхнесрединной лапаротомией, в 3 - через мини-доступ с применением набора «Мини ассистент» фирмы «SAN» (Екатеринбург, Россия). Дренированием подпеченочного пространства трубкой на активной аспирации на 2-5 суток считаем обязательным. Длительность нахождения дренажа зависит от количества и характера отделяемого (экссудат, желчь). В 10 (5,3%) случаях во время лапароскопической холецистэктомии мы встретились с ситуацией, когда отделить заднюю стенку желчного пузыря от ложа в печени без повреждения печеночной паренхимы было невозможно. В этих случаях вся задняя стенка или ее участки, которые невозможно было выделить из ложа в печени, оставались с последующей плазменной или электрокоагуляцией слизистой оболочки. Ни в одном случае послеоперационных осложнений не наблюдалось. У больных с острыми формами холецистита препаровка тканей, выделение пузырной артерии и пузырного протока выполнялось диссектором без применения чрезмерной нагрузки, что позволило избежать повреждений пузырной артерии и желчных протоков. Отключенный, напряженный желчный пузырь, освобождался от околопузырного инфильтрата, идентифицировались все анатомические структуры, только после этого производилась пункции и эвакуации содержимого, желчный пузырь вскрывался с удалением или перемещением конкремента от шейки в область тела или дна. Околопузырные абсцессы были отмечены в 9 (4,8%) случаях. Синдром Мириizzi встретился у 5 больных. Серозный и серозно-фибринозный местный, перитонит был диагностирован у 16 (8,4%) больных. Попытки консервативного лечения больных, уже страдающих деструктивным холециститом, в большинстве случаев оказывались неудачными. Во время операции, у больных, получавших консервативное длительное лечение по поводу острого деструктивного холецистита, как правило, выявлялся выраженный инфильтративный и инфильтративно-спаечный процесс в гепатикопанкреатодуоденальной зоне, определялись рубцовые сращения с окружающими желчный пузырь органами. Выраженность этих изменений соответствовала длительности дооперационного консервативного лечения. Интраоперационные осложнения наблюдались в 6 (3,2%) случаях в виде: кровотечений из ствола пузырной артерии – в 3 (1,6%) и из печеночных вен – в 2 (1,0%), повреждении общего желчного протока – в 1 (0,5%) случае. В послеоперационном периоде осложнения отмечены у 15 (7,9%) больных: нагноение околопупочного прокола с образованием околопупочной грыжи - 3 (1,6%), нагноение эпигастрального прокола – 6 (3,2%), подпеченочный инфильтрат - 2 (1,05%), образование гематомы в области ложа удаленного желчного пузыря - 2 (1,05%), желчеистечение из ложа желчного пузыря - 2 (1,05%). Желчный пузырь удаляли через параумбиликальный прокол на стадии освоения методики, в последующем стали извлекать, только через эпигастральный прокол и появление послеоперационных грыж, даже при нагноении троакарного прокола, было устранено. Выводы. 1. Выполнение ранней лапароскопической операции при деструктивных формах острого холецистита, позволяет избежать конверсий, интраоперационных осложнений, которые могут произойти при разделении грубых рубцово-инфильтративных сращений в гепатикопанкреатодуоденальной зоне. 2. Использование многоэтапной эндоскопической лечебной тактики при поражениях желчных путей считаем оптимальной, когда коррекция выявленных до- или после операции изменений желчных путей проводилась с использованием ретроградных вмешательств (ЭРПХГ, ЭПСТ, ЛЭ). 3. Операции должны выполняться в специализированных стационарах, опытной операционной бригадой

состоящей из двух или трех хирургов, двое из которых владеют эндоскопическим и традиционным методом оперирования с опытной операционной медицинской сестрой. 4. Применение плазменного скальпеля во время выполнения холецистэктомии у больных с острым холециститом значительно повышает надежность гемостаза, предупреждает желчеистечение из ложа желчного пузыря, оказывает бактерицидный эффект. 5. Для подготовки кадров необходимо, чтобы молодые хирурги в полном объеме владели навыками выполнения холецистэктомий при хроническом процессе и постоянно участвовали при операциях больных с осложненными формами острого холецистита.

10. Использование видеоассистированного доступа для операций на брюшной полости значительного объема.

Эктов В.Н., Куркин А.В., Соколов А.Н., Филипцов А.В.

Воронеж

ВГМУ им. Н.Н.Бурденко

Приемы видеоассистированной хирургии, заключающейся в применении эндовидеотехнологий в сочетании с миниразрезами, давно и с успехом используются в оперативной технике последних десятилетий и остаются актуальными для хирургических вмешательств значительного объема, несмотря на совершенствование лапароскопической техники, в том числе роботической хирургии. Видеоассистированные вмешательства включают, как минимум, следующие разделы: 1) Лапароскопия (видеолапароскопия) в сочетании с минилапаро-(торако)томией для выполнения отдельных этапов операции традиционным способом (например: видеоассистированная аппендэктомия, наложение гастроэнтеро- или билиодигестивного анастомозов, лоб- и пульмонэктомия и др.). 2) «Открытая лапароскопия» с использованием специальных ранорасширителей с освещением операционного поля («Миниассистент»). 3) Мануально ассистированные (HALS) видеолапароскопические операции с введением в брюшную полость одной из кистей хирурга через соответствующий разрез. Использование ручной ассистенции в сравнении со стандартной видеолапароскопией имеет ряд преимуществ и недостатков. К недостаткам можно отнести: - определенное увеличение операционной травмы передней брюшной стенки; - возможность утечки газа из брюшной полости; - в условиях уменьшения объема брюшной полости в результате индивидуальных особенностей, массивного спаечного процесса или больших размеров новообразования ассистирующая кисть может быть стеснена в движениях и затруднять эндоскопическую визуализацию; - возрастание риска развития раневых осложнений и грыжеобразования; - утомление ассистирующей кисти хирурга в большей степени, чем при манипуляции лапароскопическими инструментами. Преимущества HALS-операций: - ассистирующая кисть хирурга заменяет собой, по крайней мере, два лапароскопических инструмента; - при этом ни один из инструментов не может заменить тактильные ощущения пальцев хирурга; - в связи с этим возникает возможность менее травматичной тупой пальцевой диссекции тканей, более удобной ретракции органов в разных плоскостях, контроля пульсации крупных сосудов и временного пальцевого гемостаза при их повреждении; - рассечение лапароскопическими инструментами выделенных пальцами от жировой клетчатки тканей

сопровождается визуализацией сосудов и поэтому более безопасно; - имеется возможность использования стандартных марлевых салфеток; - создаются благоприятные условия для извлечения из брюшной полости удаленных крупных новообразований, органов или комплекса органов без фрагментации: - сохранение в брюшной полости инертной среды углекислого газа, как и при лапароскопии, в качестве профилактики окисления серозного покрова и уменьшения риска спайкообразования. Ряд авторов рекомендуют для выбора проекции введения кисти хирурга перед минилапаротомией производить троакарную лапароскопию. Однако для определенных видов операций возможно использовать стандартные проекции введения «руки помощи». Так, в 2012-2015 г.г. в общехирургических отделениях нами выполнено 45 лапароскопических операций с использованием ручной ассистенции: 1) 3 лапароскопических холедохолитотомии с пальцевым извлечением малоподвижного крупного конкремента дистального отдела холедоха, одна из них с наложением холедоходуоденоанастомоза; 2) 6 нефрэктомий с обеих сторон по поводу различных заболеваний почек; 3) 1 эксплантация почки у живого донора для родственной трансплантации в исполнении специалиста института трансплантологии; 4) 12 левосторонних адреналэктомии по поводу больших новообразований надпочечников (от 8 до 12 см); 5) 8 спленэктомий (размеры удаленных органов до 35x20x15 см); 6) 13 операций по поводу доброкачественных новообразований тела и хвоста поджелудочной железы (истинные кисты: цистаденомы, муцинозные кисты, нейроэндокринные опухоли), из них: - 3 операции энуклеации парапанкреатических кист; - 6 удалений опухоли с резекцией хвоста поджелудочной железы (5 со спленэктомией); - 3 дистальных резекции (тела-хвоста) поджелудочной железы (2 со спленэктомией); - 1 эксплоративная операция (распространение доброкачественной опухоли тела железы на головку и вращение в крупные сосуды). При этом 3 операции энуклеации небольших (до 4 см) доброкачественных опухолей поджелудочной железы (1 с резекцией хвоста) выполнены лапароскопически без мануальной ассистенции. 9 операций удаления забрюшинных внеорганных кист размерами до 20 см также производились без ассистенции, так как для удаления кист их размеры можно было уменьшить эвакуацией содержимого. 7) 2 проктологических операции (резекция сигмовидной кишки и левосторонняя гемиколонэктомия). Все новообразования были верифицированы до операции посредством пункционной биопсии или при колоноскопии. В 6-х случаях выявлены злокачественные опухоли (рак ободочной кишки, гипернефрома, рак коры надпочечника). У одного пациента феохромобластома установлена только после исследования препарата удаленного органа. При операциях на желчевыводящих путях и правой почке кисть недоминантной руки хирурга (левой) вводили в правом подреберье от средней до передней подмышечной линии. Для вмешательств на левой половине ободочной кишки ассистирующая кисть вводилась в нижней трети белой линии живота. Во всех случаях операций на органах верхне-левого квадранта живота продольную или поперечную минилапаротомию для «руки помощи» производили превентивно в субкисфоидаальной области, а три троакара (для лапароскопа и двух манипуляторов) вводились под пальцевым контролем в левой половине живота на уровне пупка или несколько выше. Все операции произведены с участием одного ассистента. Необходимости изменить проекцию ручного доступа не возникло ни в одном случае. Для проведения ручного пособия в 5 случаях использовали хэндпорт, у остальных больных кисть вводилась без дополнительных приспособлений с марлевой «манжетой» на запястье. Наиболее ответственными, как и ожидалось, оказались операции на поджелудочной железе, что связано с риском кровотечения из крупных сосудов, необходимостью надежной герметизации культи железы и минимизации механической и электрической травмы паренхимы железы при диссекции. Для этого все этапы мобилизации органа выполнялись при помощи биполярных коагуляторов, «лигашу» или гармонического скальпеля. Монополярная коагуляция вблизи ткани железы не применялась.

Культи ушивалась эндоскопическими линейными сшивающими аппаратами. При сомнениях аппаратный шов дополнялся ручным обвивным - атравматической нитью. В двух случаях потребовалась конверсия в результате профузного артериального кровотечения (из разрыва почечной артерии с переходом на стенку аорты в зоне атеросклеротической бляшки и повреждения селезенки при рубцовом перисплените). У одного пациента кровотечение из культи поджелудочной железы обработанной эндоскопическим сшивающим аппаратом развилось в раннем послеоперационном периоде, что потребовало срочной лапаротомии. Один пациент умер на 4-й день после нефрэктомии по поводу рака в результате острого инфаркта миокарда. Остальные пациенты выписаны через 7-10 дней после операции. 15 наблюдались в сроки от 3 до 18 мес, раневых осложнений и рецидива заболеваний не отмечено. Выводы: 1) Лапароскопический доступ с мануальной ассистенцией является методом выбора для удаления значительных объемов тканей при трудностях лапароскопической диссекции и высоком риске кровотечения из крупных сосудов. 2) Для операций на органах верхне-левого квадранта брюшной полости (левосторонние нефрэктомия, адреналэктомия, спленэктомия и дистальная резекция поджелудочной железы) рационален стандартный HALS-доступ с введением кисти руки хирурга в субкисфоидаальной области (продольный или поперечный разрез). 3) В связи с тем, что описанный доступ является компромиссным для традиционного и лапароскопического вмешательства, возможно его использование в качестве обучающего этапа в период освоения лапароскопической техники.

11. Возможности радиочастотной абляции в хирургическом лечении доброкачественных и злокачественных опухолей внутренних органов

Эктов В.Н., Лаблюк П.Ф., Куркин А.В. Соколов А.Н.

Воронеж

ВГМУ им. Н.Н.Бурденко

Радиочастотная абляция (РЧА) может выполняться открытым доступом, при видеолапароскопии, либо чрескожно под контролем ультразвука или компьютерной томографии. РЧА - эффективный метод, позволивший улучшить результаты локорегионарного лечения пациентов с опухолями паренхиматозных органов, в настоящее время заняла лидирующее место среди методов хирургического лечения доброкачественных новообразований, нерезектабельного первичного и метастатического рака печени, почек, предстательной железы, надпочечников, органов грудной клетки и др. Нагрев ткани во время РЧА снижает резистентность опухоли к химиопрепаратам, усиливая цитотоксическое воздействие и улучшая результаты комбинированного лечения опухолей в итоге. Материалы и методы За этот период с 2012 по 2015 гг. в БУЗ ВО Воронежской ОКБ №1 проведено лечение с использованием РЧА 132 больным: с использованием компьютерной навигации - в 78 случаях - при очаговых изменениях легких, средостения и почек, а также с ультразвуковой навигацией - 54 пациентам. Из 54 больных: 26 случаев - РЧА метастазов печени, 2 больных - с опухолями почки, 19 сеансов РЧА получили больные с гемангиомами печени, в 7 случаях манипуляцию выполняли по поводу новообразований надпочечников. Показания к РЧА у пациентов с опухолями надпочечников установили в случаях тяжелого

коморбидного состояния, из них трое оперированы по поводу гормонально активных корковых аденом и четверо – по поводу метастазов опухоли другой локализации. Ультразвуковой контроль применили для РЧА 26 больным с метастазами в печень, 20 пациентам манипуляция проводилась повторно (до 4 раз). Средний возраст больных $58 \pm 7,3$ года. Диаметр новообразований варьировал от 20 до 127 мм, количество опухолевых узлов не превышало 3. Все новообразования верифицированы после пункционной биопсии с УЗИ навигацией. В некоторых случаях биопсию производили в один сеанс обезболивания, наряду с РЧА. Гистологические диагнозы: первичный и метастатический рак печени, гемангиома, очаговый гепатит, фиброз, ангиолипома почек, смешанноклеточная аденома коры и метастазы рака в надпочечник. Все воздействия выполняли в условиях операционной, двум пациентам произвели местную анестезию, остальные получили внутривенный наркоз. Эндотрахеальный наркоз потребовался только в случаях лапаротомии и видеолапароскопии. Для проведения РЧА применяли генератор фирмы «Valleylab» с одиночным или кластерным игольчатым электродом «Cool-Tip» длиной 15-25 см с рабочей частью 2,0 - 3,0 см либо комбинацию из нескольких электродов (до трех) при наличии нескольких новообразований в одном паренхиматозном органе. Ультразвуковой контроль (УЗИ) осуществляли при помощи сканеров «B & K». Все сеансы РЧА выполнялись в режиме «Impedance control», при котором мощность воздействия регулируется автоматически в зависимости от сопротивления ткани. Длительность процедуры определяли индивидуально. Критерием для завершения процедуры являлось образование гиперэхогенной зоны индуцированных изменений, сопоставимой с размерами опухоли по данным интраоперационного УЗИ. При размерах опухоли превышающих длину рабочей части электрода производили последовательное воздействие из нескольких точек по методике «перекрывающихся сфер». Продолжительность процедуры РЧА составила от 10 до 30 мин ($15 \pm 2,2$ мин). Чрескожный доступ под контролем УЗИ применен у большинства пациентов. У трех пациентов большими гемангиомами печени использовали двойную навигацию: видеолапароскопическую и УЗИ. Для позиционирования электрода в опухоли использовали конвексный (3,5MHz) или лапароскопический датчик (7,5-12MHz). Однократно производилась РЧА внутривисцерального метастаза печени из лапаротомного доступа при выполнении радикальной операции по поводу колоректального рака. Проведение электрода осуществляли, избегая совпадения траектории введения с крупными внутривисцеральными сосудистыми структурами. При размерах опухоли более 30 мм выполняли РЧА из нескольких точек воздействия, при этом первоначально пунктировали наиболее удаленный полюс образования, с последующим извлечением электрода в поверхностную часть опухоли. Данная техника позволяет избежать введения электрода «вслепую» через зону плохой визуализации, образующуюся после РЧА. Операцию завершали коагуляцией пункционного канала с целью предотвращения имплантационного метастазирования и достижения гемостаза. Для этого извлекается электрод в рабочем режиме «Manual control» при максимальной мощности воздействия. У одного пациента гемангиома VI сегмента печени вплотную примыкала к правой почке, у двух больных новообразования надпочечников тесно контактировали со стенкой нижней полой вены и стенкой нисходящей ободочной кишки. Чтобы избежать риска повреждения соседних органов, в этих случаях перед РЧА создавали в зоне контакта жидкостную прослойку («подушку безопасности») пункционным введением физиологического раствора под контролем УЗИ. Оценка локального эффекта производили при помощи различных методик контроля: УЗИ, спиральной компьютерной томографии с внутривисцеральным контрастированием (СКТ), МРТ, пункционной биопсии опухоли под контролем УЗИ. Результаты В ранние сроки после операции наблюдались стандартные побочные эффекты связанные с доступом: боли в месте пункции или операционной раны, субфебрилитет. При деструкции опухолей печени диаметром более 3 см наблюдалось транзиторное повышение трансаминаз и билирубина, ГГТП, щелочной фосфатазы, субфебрильная температура до 3 недель,

несколько раз отмечены эпизоды гипертермии. Послеоперационной летальности не отмечено. При УЗИ в ранние сроки после операции определялись образования различной экзогенности несколько большего диаметра, чем первичный очаг, что соответствовало размерам зоны деструкции. В дальнейшем эти образования незначительно уменьшались. В ряде случаев небольшие опухоли, подвергнутые РЧА, не визуализировались при повторных УЗИ. СКТ выявляла однородные образования в зоне деструкции опухоли, не накапливающие контрастный препарат. Наличие перфузии контраста после РЧА позволяло заподозрить неполную деструкцию опухоли. У ряда пациентов после подтверждения продолженного роста опухоли была выполнена повторная РЧА. При морфологическом исследовании опухолевой ткани, полученной чрескожной биопсией, выявлялись участки тотального и субтотального некроза. В ряде случаев в зоне субтотального некроза обнаруживались жизнеспособные клетки, что вероятно можно связать с эффектом отведения тепла при расположении опухоли вблизи от крупных внутривенных сосудов. УЗИ контролируемая биопсия очага с последующим морфологическим исследованием позволила выявить зоны неполного некроза, содержащие жизнеспособные клетки. Выводы РЧА менее травматичны по сравнению с лапаротомной и лапароскопической резекцией органа и может дополнить любое паллиативное и циторедуктивное вмешательство. Наилучший локальный эффект достигается при деструкции небольших опухолей, диаметром до 30 мм. При проведении РЧА образований диаметром более 40 мм вероятность полной деструкции опухоли значительно снижается, при этом риск осложнений, связанных с процедурой возрастает. В такой ситуации возможно повторное РЧ-воздействие на фоне окклюзии питающего сосуда (ХЭПА или маневр Прингла). Для оценки локального ответа предпочтительно использование СКТ. Применение УЗИ в ранние сроки после операции менее информативно, так как образование акустической тени в зоне некроза часто препятствует полной визуализации опухоли. Динамика размеров опухоли по данным УЗИ также не отражает степень некроза очага, что затрудняет принятие решения о необходимости повторной процедуры. Применение РЧА в комбинации с методами регионарной химиотерапии при изолированном метастатическом поражении печени позволяет добиться увеличения выживаемости у пациентов этой группы. УЗИ-контроль пункционных манипуляций технически более прост, занимает меньше времени, требует менее глубокой анестезии и не несет лучевой нагрузки для пациента, по сравнению с навигацией посредством компьютерной томографии. Однако, существуют органы и ткани, не доступные УЗ сканированию (воздушная среда, костная ткань). Повреждение соседних с патологическим образованием структур возможно избежать посредством пункционного создания жидкостной прослойки. либо тракцией органа при лапароскопии, последняя позволяет также выполнять РЧА при образованиях относительно больших размеров, используя несколько траекторий введения иглы.

12.Лапароскопическая восстановительная операция на ободочной кишке

Хасия Д.Т., Гаврилей П.А., Матвеев И.А.,Гиберт Б.К.

ТЮМЕНЬ

ГБУЗ ТО "Областная клиническая больница №1"

В период с 2013 по 2015 в ГБУЗ ТО "ОКБ №1" выполнено 66 пациентам. В 46 случаях (69,7%) операция выполнена с использованием лапароскопических технологий.

13.ЛАПАРОСКОПИЯ ИЗ ЕДИНОГО ДОСТУПА В ПЛАНОВОЙ ХИРУРГИИ У ДЕТЕЙ

Аксельров М.А. (1,2), Аксельров А.М. (1), Столяр А.В. (2), Сергиенко Т.В. (2), Евдокимов В.Н. (1)

Тюмень

1) ГБОУ ВПО Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России, 2) ГБУЗ ТО ОКБ №2

Прогресс достижений в хирургии связан со стремлением провести операцию менее травматично и с наилучшим косметическим эффектом. Уменьшение количества разрезов при лапароскопическом вмешательстве позволяет минимизировать хирургическую травму и постоперационный болевой синдром, а так же добиться оптимального косметического эффекта. Этим требованиям отвечает лапароскопическая хирургия одного доступа SPLS (Single Port Laparoscopic Surgery), которая является естественным продолжением традиционной лапароскопии на пути снижения травмы и уменьшения количества шрамов. Описания оперативных вмешательств с использованием технологии единого лапароскопического доступа у детей носят единичный характер. Отсутствие большого числа наблюдений в одной клинике, сравнения результатов лечения и течения послеоперационного периода не позволяют оценить преимущества данной методики и определяют актуальность настоящего исследования. Для проведения плановых лапароскопических оперативных вмешательств у детей из единого лапароскопического доступа в клинике детской хирургии Тюменского ГМУ использовали специальный многоцветный порт позволяющий вводить до 5 инструментов одновременно (X-CONE TM Karl Storz), инструменты разной длины, изогнутые в области дистального и/или проксимального конца, трех-чиповую камеру HD и удлиненную оптику которые обеспечивают хорошее качество изображения. С февраля 2012 нами выполнено 163 плановых операции по методике единого лапароскопического доступа у детей от 7 до 17 лет. При варикоцеле 2-3 степени - 120 операций, калькулезном холецистите - 28, паховой грыже - 12. Резекция участка толстой кишки при болезни Пайра с формированием аппаратного интракорпорального анастомоза, резекция дивертикула Меккеля, биопсия печени у ребенка с циррозом выполнены по 1 разу. Конверсии не потребовалось ни в одном случае. Все дети, после выписки, приглашались для осмотра через 1, 3 и 6 месяцев после операции. Для оценки косметического результата применяли разработанную нами анкету. Аналогичная анкета была выдана пациентам оперированным с постановкой нескольких портов. Продолжительность операции, после освоения метода, приблизилась к классическим лапароскопическим операциям (холецистэктомия 35-40 минут, варикоцелэктомия и грыжесечение 10-15 минут). Для холецистэктомии использовали стандартную методику операции с выделением желчного пузыря, протоков и сосудов, их клипировании и пересечении. Особо можно отметить легкость извлечения желчного пузыря из брюшной полости через монопорт. При операции по поводу варикоцеле применяли операцию типа high ligation, накладывая 2 лигатуры, или клипировали сосудистый пучок. Грыжесечения при паховой грыже вначале проводили по методике Щебенкова, а с 2013г используем

внебрюшинную лигатурную герниорафию по способу предложенному Ли-Янг. Косметически результаты, дети и (или) их родители, после проведенных операций из единого лапароскопического доступа оценили достоверно выше чем пациенты, которым коррекция была проведена из классического, многопортового доступа. Выводы. Время длительности операции при использовании единого лапароскопического доступа сопоставимо с классической лапароскопией, однако косметический эффект оценен пациентами выше, а это ведет к улучшению качества их жизни.

14.Метод подкожного эндоскопически ассистированного лигирования при паховой грыже у детей

Аксельров М.А. (1,2), Столяр А.В. (2), Аксельров А.М. (1)

Тюмень

1) ГБОУ ВПО Тюменский ГМУ, ГБУЗ ТО ОКБ №2

Врожденная паховая грыжа является одной из самых частых патологий в структуре хирургических заболеваний детского возраста. Известно много методик оперативного лечения врожденной паховой грыжи, однако в специальной литературы мы не нашли сравнительных работ выделяющих какую либо методику грыжесечения. Нами проанализировано 300 случаев лечения детей с диагнозом паховая грыжа, оперированных на базе детского хирургического отделения №1 Областной клинической больницы №2 г.Тюмень. Из них 100 детей оперированы с нанесением разреза в паховой области (1 группа), 100 детей с наложением кисетного шва на внутреннее паховое кольцо (2 группа) по методу М.В. Щебенькова, 100 детей с применением перкутантного метода SEAL (Subcutaneous Endoscopic Assisted Ligation – подкожное эндоскопически ассистированное лигирование). В 1-й группе средняя длительность операции при односторонней паховой грыже составила 18 минут. Обезболивание после операции потребовалось 30% больных. В послеоперационном периоде отмечались следующие осложнения: гематома паховой области - 4, послеоперационная водянка оболочек яичка - 2, расхождение краев послеоперационной раны после снятия швов - 1, рецидив паховой грыжи - 1. Во второй группе средняя продолжительность операции составила 20 минут. В послеопреационном периоде дополнительное медикаментозное обезболивание не проводилось. Из осложнений зафиксировано 3 рецидива грыжи, что потребовало повторного оперативного вмешательства. В третьей группе время операции, в настоящий момент, составляет 5-7 минут. Обезболивание не потребовалось ни в одном случае. В 1 случае зафиксирована водянка оболочек яичка, вылеченная пунктильно. Косметический результат операции оценивали по разработанной нами анкете. Получено, что наилучший косметический результат был у пациентов оперированных SEAL методом. Исходя из полученных нами данных, применение подкожного эндоскопически ассистированного лигирования паховой грыжи у детей сокращает время операции, уменьшает число послеоперационных осложнений и обладает великолепным косметическим результатом.

15.Лапароскопия при лечении синдрома Ледда

Аксельров М.А. (1,2), Аксельров А.М. (1), Сергиенко Т.В. (2), Емельянова В.А. (1,2), Связян В.В. (1), Евдокимов В.Н. (1), Супрунец С.Н. (1,2)

Тюмень

1) ГБОУ ВПО Тюменский ГМУ, 2) ГБУЗ ТО ОКБ №2

Синдром Ледда - наиболее «грозный» вариант нарушения ротации и фиксации кишечника, при котором внутриутробно формируется заворот тонкой и правой половины толстой кишки вокруг общей брыжейки. В клинике детской хирургии Тюменского ГМУ за период с 2014 по июнь 2015г наблюдалось 6 новорожденных с синдромом Ледда. Диагноз ставился на основании клинической картины, обзорной рентгенографии брюшной полости, ирригографии, УЗИ. После установки диагноза предоперационная подготовка была минимальной. У 5 из них операция выполнена лапароскопически. Для выполнения эндоскопической операции использовали стойку, оптику и инструменты (3мм) фирмы Karl Storz. Первым этапом ликвидировали заворот и оценивали жизнеспособность кишки. После, используя монополярную коагуляцию, разделяли эмбриональные сращения, сдавливающие ДПК и деформирующие толстую кишку. Операция заканчивалась аппендэктомией лигатурным способом. Средняя длительность операции составили 1час. Конверсий не было. У двух детей во время разделения сращений между тонкой и толстой кишкой была повреждена брыжейка толстой кишки, без повреждения сосудов. Дефект в брыжейке был ушит. Ближайший послеоперационный период у всех детей протекал гладко. Малая травматичность и отличный косметический результат позволяет рекомендовать лапароскопическую операцию детям с синдромом Ледда.

16.МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ

Аксельров М.А. (1,2), Столяр А.В. (2), Сергиенко Т.В. (2), Кострыгин С.В. (2), Горохов П.А. (2), Карлова М.Н. (2), Дадашева С.М. (2), Григорук Э.Х. (2)

Тюмень

1) ГБОУ ВПО Тюменский ГМУ, 2) ГБУЗ ТО ОКБ №2

Варикоцеле встречается у подростков в 2,7-30,7% наблюдений, и по литературным данным в 50% является причиной бесплодия. В исследование вошли 315 пациентов с варикоцеле II и III степени (классификация Ю.Ф. Исакова, А.П. Ерохина, 1979), оперированные с 2008 по май 2014 года в клинике детской хирургии Тюменского ГМУ на базе детского хирургического отделения №1 Областной клинической больницы №2 г. Тюмени. В 100% случаев варикоцеле – левостороннее. Средний возраст больных 13,6±0,8лет. Все больные подразделены на три группы. У пациентов первой группы (86) перевязка вен выполнена открытым способом. У детей второй (109) и третьей (120) групп для доступа к внутренней яичковой вене мы использовали лапароскопию. Отличие

заключалось в том, что во второй группе применяли доступ с 3 портами, а в третьей для варикоцелэктомии использовали методику единого лапароскопического доступа устройство X-CONE, фирмы Karl Storz). Время выполнения открытой операции составило 25 ± 5 минут, при лапароскопии из 3-х портов 20 ± 4 минут, из одного порта 25 ± 5 минут. Период стационарного наблюдения в первой группе был 3 суток, во второй и третьей группах - 1 сутки. Осложнений в ближайшем послеоперационном периоде при лапароскопических операциях не выявлено, при открытой методике у 1 больного отмечали кровотечение из раны. Для оценки боли создали анкету, которую выдавали пациентам при выписке. Болевой синдром пациенты оценивали на 3, 7 сутки и через 1 месяц после операции. Косметический эффект операции оценивали через месяц после выписки, в баллах по разработанной нами шкале. Выявлено, что болевой синдром достоверно больше у детей первой группы, у больных второй и третьей групп достоверных различий в интенсивности болевого синдрома не обнаружено. Косметический результаты операции пациентами и их родителями достоверно оценены выше во второй группе чем в первой и в третьей чем во второй и в первой. Исходя из полученных результатов монопортовая варикоцелэктомия является прогрессивной альтернативой традиционной 3-х портовой лапароскопической операции т.к. ведет к отличному косметическому результату не увеличивая количество осложнений и длительности вмешательства.

17.МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Аблаев Э.Э.

Симферополь

ФГАОУ ВО "Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского" Медицинская академия им. С.И. Георгиевского

Введение. Острый панкреатит - полиэтиологическое заболевание поджелудочной железы, возникающее в результате аутолиза ее ткани линолитическими и активными протеолитическими ферментами, которое проявляется, как отеком органа, так и паикронекрозом. Острый панкреатит является одной из самых тяжелых патологий пищеварительной системы и по частоте возникновения занимает второе место среди всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, уступая лишь острому аппендициту. Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 121 пациента с острым деструктивным панкреатитом, которые находились на лечении с 2008 по 2014гг. Основную группу составили 80 пациентов с острым деструктивным панкреатитом в хирургическом лечении которых использовались различные малоинвазивные пункционно-дренирующие и эндовидеохирургические вмешательства. В состав контрольной группы вошли 41 пациент с острым деструктивным панкреатитом. При хирургическом лечении больных этой группы выполнялись различные виды открытых оперативных вмешательств. Показанием к оперативным вмешательствами у больных острым деструктивным панкреатитом в основной и контрольной группах являлось наличие как минимум двух из перечисленных ниже критериев: 1- нарастание перитонеальной симптоматики, 2- увеличение количества жидкости в свободной брюшной полости, 3- формирование локального очага деструкции в брюшной полости или в забрюшинном пространстве, 4- прогрессирование

интоксикационного синдрома, подтверждаемого при оценке по шкале SAPS. Санация и дренирование патологических очагов в основной группе выполнялось при помощи малоинвазивных методов; в контрольной - традиционными способами. На начальном этапе лечения больных основной группы в зависимости от варианта течения острого деструктивного панкреатита выполнялись два вида вмешательств: лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости или чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства под УЗ-контролем. по поводу ограниченных жидкостных образований брюшной полости и забрюшинного пространства У больных обеих групп с острым деструктивным панкреатитом помимо динамики общего состояния были изучены послеоперационные хирургические осложнения, их характер и частота встречаемости. Наличие тех или иных осложнений во многом определяло тяжесть состояния больных после операций, влияло на длительность послеоперационного периода, исхода заболевания. Летальность больных с деструктивным панкреатитом составила 17,1% (7 пациентов) в контрольной и 3,8% (3 больных) в основной» группе. Выводы. Таким образом, сравнительный анализ результатов лечения острого деструктивного панкреатита позволяет сделать вывод о более благоприятном течение послеоперационного периода у больных основной группы. Полученные результаты наглядно демонстрируют преимущества хирургического лечения с использованием малоинвазивных технологий по всем рассмотренным критериям. Вместе с тем, при неэффективности малоинвазивных методов следует применять открытые вмешательства, которые являются операциями резерва.

18.Способ укрепления задней стенки пахового канала во время лапароскопической герниопластики при прямой паховой грыже путём пластики поперечной фасции эндопетлей.

Тарасенко С.В. (1,2),Зайцев О.В.(1-2), Ш.И. Ахмедов Ш.И.(1), Копейкин А.А.(1-2) , Рахмаев Т.С.(1-2).

Рязань

1)ГБУ РО ГК БСМП, Рязань.2) ГБУ ОУ ВПО Ряз ГМУ Минздрава России.

Большее количество осложнений, таких как гематома и серома, в раннем послеоперационном периоде после лапароскопической герниопластики по поводу прямых паховых грыж объясняется тем, что не ликвидируется полость образующаяся между сетчатым эндопротезом и поперечной фасцией. С целью устранения выше изложенной ситуации некоторые хирурги при лапароскопических герниопластиках наиболее часто используют методику пластики поперечной фасции путем фиксации пролабирующей её части герниостепплером к куперовой связке клипсами. или формированием окна в поперечной фасции, тем самым устраняя так называемый карман образованный между сетчатым эндопротезом и поперечной фасцией. Для уменьшения количества сером и гематом, при эндовидеохирургических операция по поводу прямых паховых грыжах, мы разработали и внедрили в практику среди сотрудников БСМП и кафедры госпитальной хирургии РязГМУ имени И.П. Павлова модифицированный способ укрепления задней стенки пахового канала при TAPP и TEP используемый в лечения прямых паховых грыж. Предложенный нами способ заключается в следующем: при выполнении лапароскопической герниопластики по поводу прямой паховой грыжи, после выделения элементов пахового промежутка. На основание растянутой и пролабирующей в паховый промежуток поперечной

фасции в проекции медиальной паховой ямки, после выведения её в преперитонеальное пространство, накладывается эндопетля и затягивается, тем самым ликвидируется пролапс поперечной фасции и укрепляется задняя стенка пахового канала. По нашему мнению, укрепление задней стенки пахового канала эндопетлёй позволяет решить следующие задачи: а) Укрепить заднюю стенку пахового канала, б) Уменьшить количество сером и гематом в раннем послеоперационном периоде. Цель исследования - определить эффективность предложенного нами метода укрепления задней стенки пахового канала при прямых паховых грыжах. Материалы и методы. В период с 2011 по 2013гг по поводу прямой паховой грыжи в ГБУ РО ГК БСМП нами было выполнено 14 герниопластик, методом TAPP. В 9 случаях. выполнено укрепление поперечной фасции эндопетлей нами предложенным методом. Такие осложнения как серома и гематома не наблюдались. Соответственно количество неприятных ощущений в паховой области так же было гораздо меньше. Таким образом мы считаем, что предложенный нами модифицированный метод укрепления задней стенки пахового канала может быть использован при лечении прямых паховых грыж. На данный способ укрепления задней стенки пахового канала при прямых паховых грыжах подана заявка на патент от 16.01.2012г. №2012101396. 20.11.2013г. получен патент на изобретение № 2498778.

19.ОДНОПОРТОВАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ – ЗА И ПРОТИВ.

Можаровский В.В., Мишарин В.М., Цыганов А.А., Можаровский К.В.

Дмитров

ГБУЗ МО "Дмитровская городская больница"

Современный этап развития хирургии характеризуется разработкой и внедрением в клиническую практику малоинвазивных методик. На сегодняшний день лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), является золотым стандартом в лечении желчнокаменной болезни (ЖКБ). Однако дальнейший прогресс технологической составляющей хирургической науки, привел к появлению и иных малоинвазивных технологий. Наиболее распространенной из них является однопортовая лапароскопическая хирургия (SILS –Single Incision Laparoscopic Surgery). Специфичностью однопортовой холецистэктомии является особенность триангуляции, что требует специальных навыков позволяющих избежать «конфликта инструментов». Стремясь достичь максимального косметического эффекта, не потеряв при этом удобства традиционной 4-х портовой техники, Т. Kuroki с соавторами в 2011 году предложили комбинировать методику SILS с марионеточным методом и добавлением дополнительного троакара. Данная технология получила название «SILS+». В 2013 году в хирургическом отделении ГБУЗ МО «Дмитровская городская больница» апробирован однопортовый способ холецистэктомии. Для реализации оперативного вмешательства использовали однопортовую систему ENDOCONE® S-PORTAL, Karl Storz, Германия, и комплект коаксиально изогнутых инструментов по Cushieri. Доступ осуществлялся через пупочное кольцо 3 сантиметровым продольным разрезом кожи. Порт вводился под контролем зрения, что уменьшало риск возможных осложнений. Отрицательной стороной однопортовой холецистэктомии является малый угол обзора и «конфликт» инструментов находящихся в одной плоскости, которое преодолевается применением специальных изогнутых инструментов и

применением длинной скошенной 5 мм оптики. Мы не использовали дополнительного прошивания дна желчного пузыря марионеточным швом. Желчный пузырь извлекали через порт, после демонтажа верхней крышки, что не вызывало затруднений. В случае имеющихся технических затруднений, связанных с анатомической особенностью треугольника Кало, в эпигастрии вводили дополнительный 5 мм. троакар для введения диссекционного инструмента. Материал исследования составили результаты лечения 19 больных женщин с ЖКБ. По методике SILS выполнено 11 операций, по методике SILS+ выполнено 8 операций. Средний возраст пациенток составил 38 лет. Средний индекс массы тела составил 24,4 (от 18,3 до 32,6) кг/м². Среднее время операции — 85 минут. Послеоперационный период протекал гладко у всех больных. Отмечено одно интраоперационное осложнение – кровотечение из пузырной артерии, потребовавшее конверсии в традиционную лапароскопию, конверсий в открытый метод оперирования не было. Послеоперационные осложнения при выполнении данных операций не возникали. На 1-е сутки больные активизировались, на 2 сутки — практически полная физическая и социальная адаптация и возврат к обычному ритму жизни, что позволяло переводить больных на амбулаторный режим. Все пациентки отмечали превосходный косметический эффект, достигаемый отсутствием дополнительных кожных разрезов. Таким образом, SILS и SILS+ холецистэктомия является безопасной операцией, легко воспроизводимой в общехирургическом стационаре. Основное преимущество данных методик заключается в уменьшении послеоперационного болевого синдрома и улучшении косметического эффекта, основные недостатки – удлинение продолжительности операции, повышение потенциального риска интраоперационных осложнений. Детальный анализ клинических результатов по мере и их накопления позволит сформулировать более аргументированные и точные выводы.

20.Тотальная экстраперитонеальная герниопластика (TEP) – в лечении паховых грыж

Егиев В.Н., Кулиев С.А, Андрияшкин А.В.

Москва

Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова

В настоящее время грыжесечение является одной из самых распространенных операций в абдоминальной хирургии. Практически ни у кого не вызывает сомнений необходимость использования синтетических имплантатов в хирургии паховых грыж. Их применение позволяет добиться надёжного закрытия грыжевого дефекта с малым числом осложнений и низкой частотой рецидива заболевания. На сегодняшний день операциями выбора являются операция Лихтенштейна и, завоевывающая всё большую популярность, лапароскопическая герниопластика. В нашей стране на сегодняшний день популярна трансабдоминальная герниопластика, которая известна с 1992 года, которую впервые выполнил и описал методику-M.Arregui. Тотальную экстраперитонеальную герниопластику “TEP” впервые выполнил и описал - J.L. Dulucq в 1992 году. Однако TEP в нашей стране широкого распространения не получила. В нашей работе мы хотели бы поделиться своим первым опытом в выполнении “TEP”. Прежде чем приступить к выполнению тотальной экстраперитонеальной герниопластики, мы тщательно ознакомились с работами по TEP. Самое главное, мы в своей работе опираемся и следуем рекомендациям европейского

общества герниологов и интернационального эндогерниологического общества. В ГКБ№1 им.Н.И.Пирогова в герниологическом центре данный вид оперативного вмешательства выполняется с июля 2014 года и по настоящее время, за отчетный период нами выполнено 306 операций по поводу паховых грыж как первичных так и рецидивных (после операции Лихтенштейна и пластики местными тканями). Из них мужчин было 206, а женщин 100. Пациенты в возрасте от 24 лет до 79 лет. Операционно-анестезиологический риск у пациентов по ASA равнялся II-III. Все паховые грыжи были разделены на прямые-53, косые-161, комбинированные-15, рецидивные-30, двусторонние у 48 пациентов и одна бедренная грыжа. Длительность операции при односторонней паховой грыже колебался от 30 минут до 50 минут. При двусторонней паховой грыже от 50 минут до 80 минут. Койко-день в среднем составил 2 койко-день. Всем пациентам операция выполнялась под общим наркозом в условиях миорелаксации. Данным пациентам выполнялся ТЕР с использованием сетчатых имплантатов различных фирм производителей. В начале освоение методики у 7 пациентов мы использовали фиксацию не рассасывающимися скобами, затем еще у 13 пациентов мы использовали клеевую фиксацию, у 15 пациентов использовали самофиксирующуюся сетку. Остальным пациентам фиксация сетчатого имплантата не производилась. В ходе операции мы столкнулись со следующими трудностями и осложнениями: такими как повреждение брюшины в 11 случаях из них в 9 случаях произведено лигирование дефекта брюшины и операция продолжена в прежнем объеме, а в 2 случаях повреждения брюшины были обширными, что потребовало конверсии в TAPP, конверсии в операцию Лихтенштейна не было. Осложнений таких как повреждение внутренних органов и мочевого пузыря не было. В одном случае было повреждение нижних эпигастральных сосудов, последние клипированы. При этом хочется отметить, что серома в послеоперационном периоде диагностирована у 11 пациентов с прямыми грыжами, которая в ходе динамического наблюдения в течении 1-2 месяцев самостоятельно регрессировала и не потребовала каких либо вмешательств. У одного пациента был отмечен рецидив паховой грыжи и еще у 1 пациента находящимся на программном гемодиализе диагностирована в раннем послеоперационном периоде гематома, что потребовало повторной операции. Осложнений со стороны сердечной, дыхательной, мочевой системы и желудочно-кишечного тракта не было. Всем больным при поступлении в стационар выдавались опросники, где пациенты сами указывали время активизации (подъема с кровати) после операции и болевые ощущения которые оценивали по визуальной аналоговой шкале, в день операции, на 1-е сутки после операции и в день выписки. Качество жизни наших пациентов после операции через 1, 3 и 6 месяцев мы оценивали при помощи опросника SF-36 и Carolinas Comfort Scale. В настоящее время срок наблюдения за нашими пациентами составил от 1 до 7 месяцев. Обезболивание в послеоперационном периоде производилось по просьбе больного, случаев, когда требовалось обезболивание наркотическим анальгетиком, отмечено не было. Заключение: Многие хирурги не спешат заменить операцию Лихтенштейна на лапароскопическую герниопластику. На сегодняшний день можно констатировать, что тотальная экстраперитонеальная герниопластика является надежным малоинвазивным и безопасным методом хирургического лечения паховых грыж. Но самое главное достоинство ТЕР по-нашему мнению это универсальность, которая заключается в возможности конверсии в TAPP при обширном повреждении брюшины и в операцию Лихтенштейна при вероятности развития интраоперационных осложнений.

21. Сравнительный анализ TAPP и TEP при лечении паховых грыж: срок наблюдения 1 год

Егиев В.Н., Кулиев С.А., Андрияшкин А.В.

Москва

Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова

Введение: В настоящее время грыжесечение является одной из самых распространенных операций в абдоминальной хирургии. Практически ни у кого не вызывает сомнений необходимость использования синтетических имплантатов в хирургии паховых грыж. Их применение позволяет добиться надёжного закрытия грыжевого дефекта с малым числом осложнений и низкой частотой рецидива заболевания. Актуальность: Однако небольшое количество работ проведенных как в России так и в мире по сравнению данных видов операции с использованием одного вида сетчатого имплантата при лечении односторонних паховых грыж, без фиксации побудила нас провести собственное исследование. Цель исследования: • Изучить длительность операции • Хирургические осложнения (интраоперационные и послеоперационные) • Нехирургические осложнения • Рецидив грыжи • Длительность пребывания в стационаре • Хроническая боль после операции (An international consensus algorithm for management of chronic postoperative inguinal pain 2014) • Удовлетворенность пациента (определяли по шкалам VAS, SF-36) Материалы и методы: Нами в двойное слепое исследование включены 610 пациента оперированных в герниологическом центре ГКБ №1 им. Н.И.Пирогова г. Москвы с апреля 2014 по октябрь 2015. Среди них было 207 женщин (34%) и 403 мужчин (66%) в возрасте от 21 до 79 лет (средний возраст – 60,5 лет). Риск по ASA от I-III, ИМТ от 23 до 37, а длительность заболевания от 3 месяцев до 10 лет. В своей работе мы руководствовались рекомендациями и классификацией паховых грыж, предложенными Европейским герниологическим обществом (EHS). У всех пациентов включенных в исследование были первичные односторонние паховые грыжи: PM1-232, PL1-158, PM2-120, PL2-100. Результаты: В ходе исследования 323 пациентам выполнено TAPP (группа А) и 287 пациентам выполнен TEP (группа В) с использованием одного вида и одного производителя (фирма Линтекс Россия) сетчатого имплантата (легкий макропористый полипропиленый протез), без фиксации сетчатого имплантата. Пациентам обеих групп в период госпитализации раздавался опросник (VAS) в день операции, на следующий день после операции и в день выписки, при этом в группе А показатели составляли от 2 до 6 (в среднем 3), группе В показатели равнялись от 0 до 3 (в среднем 1) а спустя 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев и 12 месяцев удовлетворенность пациента определяли по шкале SF-36. При опросе пациентов по шкале SF-36 мы получили следующие результаты в группе А PH-от 64 до 93 (медиана 78), MH-от 69 до 94 (медиана 81), в группе В PH-от 75 до 94 (медиана 85), MH-от 79 до 95 (медиана 87). При этом длительность пребывания в стационаре в группе А составила в среднем 3,5 дня, а в группе В 2 дня. В каждой группе отмечено по одному рецидиву. Длительность операции в группе А составила в среднем 50 минут, а в группе В 35 минут. В результате проведенного анализа было достоверно получено, что отличия по болевым ощущениям и качеству жизни сохраняются до 3 месяцев после операции, а через 6 и 12 месяцев после операции удовлетворенность пациентов после операции TAPP или TEP не отличались. Выводы: Таким образом при TEP менее продолжительная госпитализация и менее выраженный болевой синдром первые 90 дней, что способствует скорейшей реабилитации пациентов и возвращения их к нормальному и повседневному образу жизни. В дальнейшем при проведении сравнительного анализа различий не получено.

22. Гибридные технологии в лечении боковых послеоперационных вентральных грыж.

Егиев В.Н., Кулиев С.А., Андрияшкин А.В.

Москва

Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова

В нашей работе мы бы хотели поделиться своим опытом в лечении боковых послеоперационных вентральных грыж. Нами выполнено 53 операции по поводу боковых послеоперационных грыж. Данный вид грыж у оперированных пациентов возникал после различных операций: так у 6 пациентов после аппендэктомии, 17 пациентов после холецистэктомии и у 30 пациентов после люмботимии. Возраст пациентов колебался от 34 до 67 лет. По половой принадлежности преобладали женщины. Все пациенты на предоперационном этапе проходили стандартное обследование и в дополнение пациентам выполнялось МРТ. Операционно-анестезиологический риск у данных пациентов по ASA равнялся II-III. Операции выполнялись под комбинированной анестезией. Эпидуральный катетер устанавливался всем пациентам для проведения мультимодальной анальгезии. В нашей работе мы используем макропористые облегченные сетчатые имплантаты. Формируя ложе для сетчатого имплантата, мы производили мобилизацию от реберной дуги сверху до входа в малый таз снизу, медиально от белой линии, до паранефральной клетчатки латерально. Сложность выполнения данного вида оперативного вмешательства заключается в том, что при боковых послеоперационных вентральных грыжах, нет явно выраженного апоневроза и соответственно нет точек фиксации сетчатого имплантата. При этом сетчатый имплантат располагался в сформированном ложе превышающем размеры грыжевого дефекта на 3-5 см в каждую сторону. Мы использовали якорные фиксаторы, которыми фиксировался сетчатый имплантат к крылу подвздошной кости, как основная точка фиксации. Суммарно сетчатый имплантат фиксировался к передней брюшной стенке не менее чем в 10 точках не рассасывающейся монофиламентной нитью трансдермальными швами. Завязывались нити после ушивания апоневроза. При необходимости производили дренирование операционной раны дренажом Редона. Пациентов с кровати поднимали через 4 часа после операции. В послеоперационном периоде всем пациентам выполнялось УЗИ и проводилась мультимодальная анальгезия включающую в себя обезболивание через эпидуральный катетер и применение ненаркотических препаратов. Каждому пациенту раздавались опросники включающие в себя визуальную аналоговую шкалу боли и SF-36. Сроки пребывания пациентов в стационаре составляли от 4 до 7 дней. В настоящее время срок наблюдения за данной группой пациентов составляет 5 месяцев. За данный период наблюдения рецидива заболевания не отмечено, но у 3 пациентов отмечено появление серомы в послеоперационном периоде, резвившейся после выписки пациента из стационара. Данные серомы самостоятельно исчезали через 3 месяца после операции. В заключение хочется сказать, что оперировать боковые послеоперационные вентральные грыжи необходимо не только со знанием анатомии передней и боковой брюшной стенки, но и со знанием движений человека и биомеханики, анизотропии сетчатого имплантата. От качества выполненной операции и вида сетчатого имплантата зависит залог успеха операции и качество жизни пациента. Надо помнить, что каждый последующий рецидив все сложнее и сложнее оперировать, поэтому данный вид операций должен проводиться в специализированных центрах.

23.ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ АББЕРАНТНОЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЖЕЛУДКЕ

Ганков В.А., Масликова С.А., Андреасян А.Р.

Барнаул

ГБОУ ВПО МЗ РФ «Алтайский государственный медицинский университет»

Введение. Одним из наиболее частых пороков развития поджелудочной железы является добавочная (абберантная) поджелудочная железа. Частота встречаемости данной патологии 0,2% случаев во время операций на органах брюшной полости. Выявляют абберантную поджелудочную железу чаще всего в гастродуоденальной области. В большинстве случаев локализуется под слизистой оболочкой, реже – в мышечном и субсерозном слое, а также может прорасти все слои стенки и в значительном числе случаев имеет свой проток. Существует несколько видов эктопии поджелудочной железы: 1) наличие всех ее компонентов; 2) наличие экзокринной ткани, наличие только островковой ткани; 3) наличие одних протоков, что описывают только при гистологическом исследовании биоптатов этих новообразований. Цель работы. Оценить возможность выполнения видеоэндоскопических операций в лечении абберантной поджелудочной железы в желудке. Материалы и методы. Из 54 человек с подслизистыми неэпителиальными опухолями желудка абберантная поджелудочная железа выявлена у 6 больных. У всех пациентов абберантная поджелудочная железа локализовалась в антральном отделе желудка по передней стенке. Размеры данного новообразования варьировали от 0,8 до 2 см в диаметре. Средний размер опухоли составил $1,26 \pm 0,43$ см. В объем обследования пациентов подслизистыми неэпителиальными опухолями входили: фиброэзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией слизистой оболочки желудка над опухолью, контрастная рентгеноскопия пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, эндоскопическая ультрасонография верхних отделов желудочно-кишечного тракта, мультиспиральная компьютерная томография органов брюшной полости. У всех больных был выражен диспептический синдром: боли слабого характера в эпигастральной области, тошнота, периодически возникала рвота. По фиброэзофагогастродуоденоскопии определялась подвижность слизистой оболочки над опухолью, с морфологическими признаками поверхностного гастрита умеренной степени активности. У одной пациентки у дистального края опухоли определялось овальное втяжение слизистой оболочки, слизистая при этом не отличалась от окружающих тканей. По рентгенологическим данным опухоли не были найдены. По эндоскопической ультрасонографии верхних отделов желудочно-кишечного тракта новообразование имело четкие контуры, неоднородную структуру, пониженную или повышенную эхогенность, локализовались в подслизистом слое не выходя за пределы мышечного слоя желудка, у двух пациентов образование имело трубчатые включения. Самым чувствительным и специфическим методом диагностики абберантной поджелудочной железы желудка являлась эндоскопическая ультрасонография верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Всем больным была выполнена видеолапароскопическая полнослойная резекция передней стенки желудка с опухолью, отступая на 1,5 – 2 см от границы опухоли, в пределах здоровых тканей с интракорпоральным однорядным

швом на дефект в стенке желудка. Результаты. Плановое гистологическое исследование удаленных подслизистых опухолей выявило у 6 больных абберантную поджелудочную железу. Несмотря на отсутствие контакта с поджелудочной железой у двух человек после операции возникло осложнение – острый панкреатит, отечная форма. У одной из них он осложнился вялотекущим серозно-фибринозным перитонитом, что потребовало проведение повторного хирургического вмешательства – ревидеолапароскопии, санации и дренирования брюшной полости. После операции проводилась антибиотикотерапия, спазмолитики, анальгетики, антиферментная терапия, ингибиторы протонной помпы. После проведенного лечения больная выздоровела. Следует отметить, что из 54 больных, оперированных по поводу подслизистых образований в желудке, указанные осложнения произошли лишь у пациентов с абберантной поджелудочной железой. Других послеоперационных осложнений из 54 пациентов мы не наблюдали. Выводы. Видеолапароскопические операции у больных абберантной поджелудочной железой желудка позволяют выполнять в полном объеме различные виды органосохраняющих операций. Вероятно, нужно предполагать функциональные взаимосвязи эктопированной поджелудочной железы с основным органом и проводить профилактику осложнений.

24.Торакоскопическая аортопексия у детей

Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Митупов З.Б., Куликова Н.В., Степаненко Н.С., Абдуразаков М.А.

Москва

РНИМУ им. Н. И. Пирогова, ДГКБ №13 им. Н. Ф. Филатова

Аортопексия является методом оперативного лечения при некоторых патологиях сопровождающимся компрессией трахеи. Процедура заключается в фиксации передней поверхности восходящего отдела аорты к грудице, что в свою очередь приводит к расширению просвета трахеи, за счет подтягивания ее передней стенки кпереди. Оригинальная методика заключается в выполнении торакотомия слева в IV межреберье. В настоящий момент операция может быть выполнена торакоскопически, что обеспечивает благоприятный послеоперационный период и отличный косметический и ортопедический результат. Спектр хирургической патологии при которой выполняется аортопексия преимущественно представлен трахеомалацией, которая может быть следствием наличия в анамнезе пороков развития пищевода и магистральных сосудов, приводящих к слабости хрящевого скелета трахеи. Так же аортопексия может выполняться при компрессионных стенозах трахеи обусловлены аномальным отхождением безымянной артерии. Показаниями к операции, по нашему мнению, являются дыхательная недостаточность II-III степени, сужение просвета трахеи более чем на 50%, эмфизематозные изменения в ткани легкого, частые рецидивирующие респираторные инфекционные заболевания. При отсутствии клинических проявлений при трахеомалации данную процедуру мы не выполняем. С 2013 года по 2015 год в ДГКБ №13 им. Филатова выполнено 11 торакоскопических аортопексий. В нашем исследовании 7 детям (63%) аортопексия выполнена в следствии трахеомалации ассоциированной с наличием атрезии пищевода с трахеопищеводным свищом в анамнезе. 4 (37%) детям в следствии компрессии аномально высокой отходящей безымянной артерии. К настоящему времени мы оптимизировали технику торакоскопической аортопексии у

детей, используя 3 и 5 мм троакары. Положение больного на операционном столе – на спине с приподнятым левым боком. Первый троакар 5 мм для эндоскопа устанавливается в V межреберье слева по передне-подмышечной линии, для оптимальной визуализации органов переднего и среднего средостения. Троакары для инструментов (3 и 5 мм) устанавливаются в IV и VII межреберье слева. Мы используем медленный поток газа с давлением 4-6мм. рт. ст. С помощью монополярного коагулятора рассекается медиастанальная плевра и разделяются доли тимуса, для доступа к аорте. Выделяется передняя стенка аорты от корня до уровня отхождения безымянной артерии. Накладываются три-четыре шва на переднюю стенку аорты с захватом перикарда и адвентиции. Мы используем нить PDS 3/0-4/0. Затем с помощью иглы швы выводятся на переднюю грудную стенку через грудину, где они затягиваются и фиксируются одномоментно. Средняя продолжительность операции составила 52 мин. Интраоперационные осложнения составили 0% (0 детей). В послеоперационном периоде осложнений не было. У одного ребенка возник рецидив трахеомалии что потребовало повторного выполнения данной процедуры. Среднее время послеоперационного нахождения ребенка в отделении составило 5 суток. Торакоскопическая аортопексия является процедурой выбора у детей с трахеомалией и сосудистой компрессией трахеи, позволяя детально визуализировать анатомическую область, выполнить качественное выделение передней стенки восходящей аорты, а так же позволяет избежать торакотомии, что в результате позволяет улучшить течение послеоперационного периода и сократить сроки госпитализации.

25.Торакоскопическое ушивание легочной артерии

Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Митупов З.Б., Задвернюк А.С., Степаненко Н.С., Куликова Н.В.

Москва

РНИМУ им. Н. И. Пирогова, ДГКБ №13 им. Н. Ф. Филатова

Метод остановки кровотечения из легочной артерии при торакоскопической резекции легкого.

26.Видеолапароскопическая протезирующая хиатопластика при больших и гигантских грыжах пищеводного отверстия диафрагмы

Ганков В.А., Андреасян А.Р., Балацкий Д.В., Шестаков Д.Ю., Овсепян М.А.

Барнаул

ГБОУ ВПО «Алтайский Государственный Медицинский Университет МЗ России», КГБУЗ ГБ №12

В настоящее время выбор метода пластики пищевода отверстия диафрагмы при больших и гигантских грыжах является нерешенной проблемой. Неоднозначен подход в литературе к применению различных имплантов при хиатопластике, расположению импланта по отношению к ножкам диафрагмы. При этом, средняя частота рецидивов грыж пищевода отверстия диафрагмы после лапароскопической пластики составляет 25 %, достигая, по данным некоторых авторов, 42 %. В клинике общей хирургии АГМУ при лечении больных с большими и гигантскими грыжами пищевода отверстия диафрагмы применяется разработанная в клинике оригинальная методика видеолапароскопической диафрагмохиатопластики комбинированным сетчатым имплантом по технологии SUB LAI. Способ осуществляли следующим образом. После обработки операционного поля спиртовым раствором хлоргексидина под эндотрахеальным наркозом устанавливаются лапаропорты в 5 стандартных точках, три 5мм и два 10 мм - 11 мм. лапаропорты. После низведения желудка и абдоминального отдела пищевода видеолапароскопически выделяли ножки диафрагмы и производили отсепаровывание париетальной брюшины от ножек диафрагмы с использованием ультразвукового скальпеля «Ультрасижен», т.е. производилась «скелетизация» ножек. Затем видеолапароскопически зашивали ножки диафрагмы неабсорбирующейся атравматичной нитью (Этибонд 3/0) с целью уменьшения диаметра пищевода отверстия диафрагмы. Третьим этапом производилась видеолапароскопическая фиксация сетчатого комбинированного (полипропиленовая сетка + политетрафторэтиленовая сетка) импланта на мышцы ножек диафрагмы герниостеплером «Тусо» со скобами 4,0мм. Предварительно формировался комбинированный имплант: с использованием нити Пролен 3/0 между собой сшивались полипропиленовая сетка (Экофлон, Спб) и политетрафторэтиленовая сетка (Линтекс, Спб), размер импланта 60мм.*25мм. Имплант фиксировался к ножкам диафрагмы по технологии SUB LAI таким образом, чтобы полипропиленовая сетка (адгезивная часть импланта) прилегала к ножкам диафрагмы, а политетрафторэтиленовая сетка (не адгезивная часть импланта) к брюшине. Последним этапом производилось видеолапароскопическое зашивание неабсорбирующейся атравматичной нитью (Этибонд 3/0) париетальной брюшины, прилегающей к ножкам диафрагмы таким образом, чтобы последний шов париетальной брюшины производился у пищевода края с захватом волокон ножек диафрагмы, формируя «карман» для импланта с целью исключения контакта импланта с пищеводом. Операцию завершали формированием эзофагофундопликационной манжетки непрерывным швом неабсорбирующейся нитью (Этибонд 3/0). Таким образом, техническим результатом разработанного способа видеолапароскопической диафрагмохиатопластики комбинированным сетчатым имплантом по технологии SUB LAI является повышение эффективности за счет укрепления каркасных свойств ножек диафрагмы путем размещения и фиксации на ножках (впереди диафрагмы) диафрагмы комбинированного (двухслойного) сетчатого импланта и дополнительным зашиванием париетальной брюшины, прилегающей к ножкам диафрагмы с целью исключения адгезии органов брюшной полости к импланту, перфорации пищевода в результате пролежня от контакта с протезом, развитие стойкой дисфагии.

27. Стандартизованная техника выполнения лапароскопической правосторонней гемиколэктомии и лимфодиссекции D3

Павленко А.Н., Шостка К.Г., Сахаров А.А, Чеглаков А.Н.

Санкт-Петербург

ГБУЗ «Ленинградский областной онкологический диспансер»

В настоящее время нет общепринятой техники "complete mesocolic excision" рекомендованной для выполнения лапароскопическим способом, что и обусловило актуальность данной темы. В 1 хирургическом отделении ГБУЗ "Ленинградский областной онкологический диспансер" вмешательства с выполнением тотальной мезоколектomie лапароскопическим способом выполняются с 2013 г. Целью настоящей работы является описать нашу методику выполнения "complete mesocolic excision" лапароскопическим способом. Операция выполняется из 4-х портового доступа, при давлении 14-15 мм.рт.ст. Диссекция осуществляется ультразвуковым скальпелем "Гармоник". На наш взгляд диссекцию следует разделить на два этапа: первый - диссекция "снизу-вверх", после достижения определенных ключевых точек целесообразно перейти ко второму этапу - диссекции "сверху-вниз", плоскости диссекции должны соединиться на уровне основания венозного ствола Генле и средних толстокишечных сосудов. Данная методика применяется нами также при открытых вмешательствах и является стандартизированной. После осуществления тракции за купол слепой кишки ассистентом, хирург рассекает париетальную брюшину сразу под проекцией подвздошно-толстокишечных сосудов. Диссекция производится в медиально-латеральном направлении, фасция Тольда осторожными, низкоамплитудными движениями отделяется от мезоколической фасции. Одним инструментом хирург приподнимает отсепарованный мезоколон и удерживает его как занавеску, способствуя проникновению углекислого газа под давлением в щелевидное пространство между фасциями, помогая диссекции. В латеральном направлении необходимо достичь переходной складки брюшины бокового канала живота. Визуализируются и отделяются от мезоколической фасции двенадцатиперстная кишка, головка поджелудочной железы и ее крючковидный отросток, под фасцию в этой ключевой точке необходимо установить салфетку, которая будет служить визуальным ориентиром при диссекции "сверху вниз". Далее рассекается париетальная брюшина корня брыжейки тонкой кишки от уровня основания a.v. ileocolica до основания корня брыжейки поперечно-ободочной кишки. Осуществляется вход в сальниковую сумку левее средних ободочных сосудов через мезоколон. Выделяется основание a.v. ileocolica, последние клипируются и пересекаются. Скелетизируется передняя полуокружность верхней брыжеечной вены до уровня основания венозного ствола Генле, со смещением клетчатки с лимфоузлами в сторону препарата, при этом может быть выделена, клипирована и пересечена непостоянная a.colica dextra. Под основание венозного ствола устанавливается вторая "сигнальная" салфетка. Поле этого маневра брыжейка ободочной кишки на уровне основания основных сосудистых магистралей отделена от верхних брыжеечных сосудов "сигнальными" салфетками, что делает диссекцию "сверху-вниз" более безопасной. Дальше диссекцию, на наш взгляд, целесообразно продолжать из "верхнего" подхода. После рассечения желудочно-ободочной связки непосредственно у дуги желудочно-сальниковых сосудов вскрываем сальниковую сумку. Рассекается желудочно-поджелудочная связка и визуализируется передняя поверхность поджелудочной железы. После отсечения брыжейки поперечно-ободочной кишки от нижнего края поджелудочной железы соединяются обе плоскости диссекции и завершается мобилизация и выделение желудочно-толстокишечного ствола, толстокишечная ветвь клипируется, пересекается. Выделяются основания средних толстокишечных сосудов, последние отдельно клипируются и пересекаются. ссылка на видео - <https://youtu.be/7Nc6XQNYW0c>

28.Безопасность методики тотальной мезоколэктомии у пациентов со злокачественными опухолями правого отдела ободочной кишки.

Павленко А.Н., Шостка К.Г., Сахаров А.А., Градусов А.А., Привалова К.В.

Санкт-Петербург

ГБУЗ "Ленинградский областной онкологический диспансер"

Введение. В настоящее время темой требующей изучения является необходимость тотальной мезоколэктомии ("complete mesocolic excision") и лимфодиссекцией D3 при выполнении правосторонней гемиколэктомии. Данная техника операции подразумевает центральную перевязку питающих сосудов у их основания, с моноблочным удалением апикальных лимфатических узлов и иссечением брыжейки ободочной кишки у места прикрепления. Цель исследования. Изучение непосредственных результатов метода тотальной мезоколэктомии и лимфодиссекции D3 при выполнении правосторонней гемиколэктомии. Материалы и методы исследования. С 2010 года в 1 хирургическом отделении ЛООД выполняется правосторонняя гемиколэктомия с лимфодиссекцией D3 и тотальной мезоколэктомией пациентам со злокачественными опухолями правых отделов ободочной кишки. Нами проведено ретроспективное исследование по оценке безопасности данного метода. В исследование были включены пациенты, оперированные с 2012 по 2015 г. (пациенты, оперированные с 2010 по 2011 гг. в исследование не вошли). Для анализа результатов лечения была составлена карта кодирования историй болезни основанная на 91 признаке. Для статистической обработки информации использован пакет прикладных программ Statistica 10.0 for Windows. Результаты. С 2012 по август 2015 гг. выполнено 58 операций с выполнением тотальной мезоколэктомии и лимфодиссекции D3, эти пациенты составили контрольную группу (D3). У 105 пациентов выполнена правосторонняя гемиколэктомия по стандартной методике с лимфодиссекцией D2, эти пациенты вошли в группу сравнения (D2). Средний возраст, сопутствующая патология и индекс массы тела в обеих группах достоверно не отличались. Послеоперационные осложнения развились у 6 пациентов (10,4%) в контрольной группе (D3) и у 13 пациентов (12,4%) в группе сравнения (D2). Летальность в группе сравнения (D2) составила 2,9%, умерло 3 пациента. В контрольной группе (D3) летальных исходов не было. Выводы. Методика правосторонней гемиколэктомии с выполнением тотальной мезоколэктомии и лимфодиссекции D3 является безопасной и не отличается от традиционной методики операции по частоте послеоперационных осложнений.

29.Лапароскопическая трансабдоминальная предбрюшинная протезирующая (ТАПП) герниопластика по поводу паховых грыж

Мехтиханов З.С.

Дербент

ГБУ РД «Дербентская»ГБ

Лапароскопическая трансабдоминальная предбрюшинная протезирующая (ТАПП) герниопластика по поводу паховых грыж была разработана в начале 1990-х годов. В практическую работу отделения общей хирургии лапароскопическая ТАПП герниопластика при паховых грыжах внедрена с 2012 году. Цель исследования: оценить эффективность и надежность трансабдоминальной предбрюшинной протезирующей (ТАПП) паховой герниопластики в лечении больных с паховыми грыжами. Материалы и методы. В исследовании включены 168 больных, которым была выполнена лапароскопическая ТАПП паховая герниопластика с июля 2012 года по ноябрь 2015 год. Мужчин было 153, женщин – 15. Возраст больных варьировал от 91 года до 23 лет. У 97 больных (57,7%) была односторонняя и у 71 (42,3%) - двухсторонняя локализация грыжи. Рецидивные грыжи имелись у 73 больных (43,4%), из них у 12 больных рецидивы были двусторонними, а у одного больного в возрасте 91 года с двухсторонними паховыми грыжами рецидивы наблюдались дважды с обеих сторон. Ранее всем пациентам была выполнена герниопластика паховой области собственными тканями преимущественно по способу Бассини и Жирау-Кимбаровскому. Для подтверждения диагноза паховой грыжи всем больным в обязательном порядке выполняли ультразвуковое исследование (УЗИ) паховой области, а 22 больным дополнительно проведена рентгеновская компьютерная томография (РКТ) из-за избыточного веса и выраженной подкожной клетчатки в паховой области. Лапароскопический ТАПП метод паховой герниопластики проводился традиционно. Использовалась стандартная установка трех троакаров (двух 5 мм и одного 10мм). В случае симультантных операций устанавливались необходимые дополнительные лапаропорты. Брюшина рассекалась латерально от грыжевого дефекта и отсепаровывалась медиально и вниз, освобождая латеральную ямку и стараясь не травмировать семенной канатик и семенные сосуды, а затем освобождалась медиальная ямка до срединной складки визуализируя верхнюю лонную кость и заднюю поверхность прямой мышцы. В обязательном порядке извлекалась липома из грыжевого канала. Если возникали затруднения технического плана в полном извлечении грыжевого мешка при больших и врожденных пахово-мошоночных грыжах, то он пересекался на некотором протяжении от шейки. Особое внимание уделялось гемостазу. Пластику задней стенки пахового канала выполняли предварительно моделированными полипропиленовыми сетками 10x15 см без разреза. Сетку фиксировали тейкерами герниостеплера "PROTACK" и перитонизировали брюшиной. Перед выпиской пациентам выполняли УЗИ контроль зоны оперативного вмешательства для определения наличия серозной жидкости в парапротезном пространстве. В сроки до 3-х лет: через месяц, 3 месяца, полгода, год, два и три года после операции, проведено контрольное обследование у 113 ранее оперированных больных, включающее наряду с физикальным обследованием детальное УЗИ и рентгенографию паховой области, а у трех из них дополнительное РКТ-исследование при подозрении на рецидив грыжи. Результаты. При проведении диагностического этапа лапароскопической ТАПП герниопластики у 32(19,0%) больных выявлены грыжевые лакуны с противоположной стороны и им выполнены одновременно герниопластики с обеих сторон. Врожденный характер пахово-мошоночной грыжи установлен у одного больного 27 лет – при лапароскопическом осмотре грыжевого мешка на дне его обнаружено яичко. После мобилизации грыжевого мешка на расстоянии до 2 см от шейки он пересечен и лигирован эндопетлей проксимальный отдел, а затем проведена обычная ТАПП герниопластика. Однако в послеоперационном периоде у больного развилась водянка оболочек

яичка и через год ему была выполнена операция Винкельмана. У 23 (13,7%) больных выполнены симультантные операции: из них у 16 лапароскопическая холецистэктомия, у 6 выполнено удаление кисты яичника и у одного больного удаление аппендикса фиксированного к грыжевому мешку. Не было ни одного случая конверсии в традиционную открытую операцию. Продолжительность лапароскопической ТАПП герниопластики составило в среднем 56,2±0,3 мин. Болевой синдром в послеоперационном периоде был невыраженный и корригировался назначением анальгетиков «по требованию». В раннем послеоперационном периоде у 27(16,1%) больных наблюдались серомы пахово-мошоночной области, у двух больных отмечены гематомы области мошонки. Средний послеоперационный койко/день составил 1,8±0,4 дня. В сроки наблюдения от одного до трех месяцев серомы пахово-мошоночной области спонтанно разрешились. У двух больных через год после операции сохранялись нейропатические ощущения в паховой области. Рецидив выявлен через два года после операции у одного больного 62 лет (0,6%), занятого тяжелым трудом в горной местности, от повторного оперативного вмешательства он отказался. Выводы. Лапароскопическая трансабдоминальная предбрюшинная протезирующая (ТАПП) паховая герниопластика представляет эффективный и надежный способ лечения паховых грыж, особенно рецидивных, позволяет выполнить симультанные лапароскопические операции на органах брюшной полости, а также приводит к быстрой социальной и трудовой реабилитации больных.

30.ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ АНТИРЕФЛЮКСНОЙ ПЛАСТИКИ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.

Хуболов А.М.

Саратов

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России

В настоящее время рефлюкс-эзофагит является одним из наиболее распространенных заболеваний ЖКТ, конкурируя с такими заболеваниями как язвенная болезнь и ЖКБ. Консервативная терапия данной патологии, основана на приеме антацидных и антисекреторных препаратов, основной задачей которых является нормализация моторной функции пищевода и подавление секреции желудочного сока. Однако, медикаментозные средства не способны скорректировать анатомо-физиологические изменения пищеводно-желудочного перехода, предрасполагающие к возникновению рефлюкс-эзофагита или ГПОД. В настоящее время разработано множество способов хирургического антирефлюксного лечения. Наибольшее распространение получили различные методики фундопликаций, выполняемые как традиционным открытым способом, так и лапароскопически. Характерной особенностью оперативного вмешательства, у лиц пожилого и старческого возраста, является то, что наложение швов при круррорафии, необходимо производить на уже подвергшиеся дегенеративно-дистрофическим изменениям ножки диафрагмы, что создает предпосылки для формирования параэзофагеальных грыж или рецидиву ГПОД. В качестве альтернативы натяжным методам оперативного лечения рефлюкс-эзофагита и ГПОД, в последнее время в клинической практике, широко стали применяться, ненатяжные способы пластики с использованием полимерных эндопротезов. По

данным ряда авторов, применение синтетических эксплантов в лечении ГПОД, привело к выраженному снижению частоты рецидива после операции. Цель работы – оценить особенности течения и отдаленные результаты хирургического лечения ГПОД у лиц пожилого и старческого возраста, после выполнения антирефлюксных вмешательств. Материал и методы — С 2006 года в клинике было выполнено 146 операций по поводу ГПОД I-III типов (по классификации L.L. Snow), с явлениями рефлюкс-эзофагита I-IV степени (по классификации Savary-Miller, 1978г). Возраст пациентов колебался от 20 до 79 лет. Мужчин было – 59, женщин – 87. Средний возраст составил $56,2 \pm 3,4$. Пациентов старше 60 лет было 49 человек (33,5%), средний возраст $66, 7 \pm 4,2$. При эндоскопическом исследовании получены следующие результаты - рефлюкс-эзофагит I степени выявлен у 10 больных (20,4%), II ст.- у 29 больных (59,1%), III ст.- у 8 больных (16,3%), IV ст.- у 2 больных (4%). Морфологически рефлюкс-эзофагит IV ст. в 1 случае (2%) сочетался с метаплазией слизистой оболочки дистального отдела пищевода (пищевод Барретта). При pH-метрическом исследовании анацидное состояние выявлено у 8,9% больных, нормаацидное – у 9,5%, гипоацидное – у 53,9%, и гиперацидное состояние – у 27,7% больных. Признаки рефлюкс - эзофагита отмечены у большинства больных (77,5%). В качестве синтетической эндопротезной сетки нами использован монофиламентный композиционный (50% полипропилен, 50% монокрил) эндопротез «Ультрапро». Принцип операции заключался в наложении кардиофундопликационной манжетки на протяжении не менее чем 4-5см, после предварительной мобилизации и извлечения желудка из заднего средостения. Нами выполнялась 180°-градусная фундопликация по Тупе, малоинвазивным лапароскопическим способом. С целью профилактики послеоперационной дисфагии из-за чрезмерного сужения пищеводного отверстия диафрагмы, наложение всех фундопликационных манжет и эзофагокрурорафия выполнялись после предварительного проведения желудочного зонда. Статистическая обработка достоверности отличия непрерывных величин выполнен при помощи критерия Уилкоксона. Категориальные величины сопоставлены при помощи критерия Мак-Немара, программы StatSoft Statistica 6.0. Результаты. В отдаленном периоде до 3 лет, результаты прослежены у 22 пациентов. Летальных исходов после операций нами выявлено не было. Средняя продолжительность стационарного лечения составила – $8 \pm 1,2$ суток, при традиционных открытых вмешательствах, этот показатель был – $12,1 \pm 1,8$ суток. Дренажи удалялись на 3 сутки после вмешательства. В первые сутки после операции, у 2 пациентов (9%) выявлено умеренное повышение показателей сывороточной амилазы в крови и диастазы в моче, нами диагностирован реактивный панкреатит. На фоне проводимой комплексной инфузионно-спазмолитической терапии отмечена нормализация показателей биохимии крови. У 14 пациентов (63,6%) отмечено явление серозного плеврита, не потребовавшие выполнения плевральной пункции. На 1-5-е сутки после вмешательства у 9 пациентов (40,9%) отмечены признаки дисфагии при употреблении твердой пищи, купировавшиеся самостоятельно к концу первой недели после операции у 7 пациентов. У одного пациента сохраняющаяся дисфагия, потребовала назначения прокинетики (метоклопрамид, мотилиум). В течение всего периода после антирефлюксных коррекций ГПОД и рефлюкс-эзофагита с помощью полимерных эксплантов, признаков рецидива заболевания нами выявлено не было. Данный факт подтвержден отсутствием специфической клинической симптоматики, а также результатами инструментальных диагностических исследований (ФГДС, полипозиционная рентгеноскопия пищевода с пассажем бариевой взвеси). Заключение: 1) Использование ненапряжных методов пластики с применением полимерных эндопротезов, в сочетании с лапароскопической фундопликацией по Тупе, показали высокую эффективность данной операции при коррекции рефлюкс-эзофагита и ГПОД. 2) Ненатяжная пластика с использованием сетчатых протезов, дает возможность надежно осуществить пластику даже при возрастных дегенеративно-

дистрофических изменениях ножек диафрагмы, что делает оправданной применение этой методики у лиц пожилого и старческого возраста.

31.ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И БЕЗОПАСНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Петрашенко И.И.

Днепропетровск

Государственное учреждение "Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины"

Вопросы диагностики и лечения острого аппендицита у беременных остаются одной из главных проблем экстренной медицины. Накопленный в последние годы опыт плановых лапароскопических вмешательств и хорошие результаты лечения являются предпосылками для уверенного внедрения новых технологий в ургентную хирургию в разные сроки беременности. По данным многих авторов лапароскопия на разных сроках беременности безопасна и выполнима. Безопасность лапароскопии определяется в первую очередь выбором точек и техникой введения инструментов. Но потенциальный риск развития осложнений лапароскопии, недостаток данных о влиянии карбоксиперитонеума на организм матери и плода, отсутствие четких рекомендаций и стандартов применения оставляют использование лапароскопии при остром аппендиците у беременных актуальной проблемой хирургии. Цель исследования - определение технических условий и оценка безопасности проведения лапароскопической аппендэктомии на фоне беременности. Материал и методы. Обследовано 75 беременных с острым аппендицитом, которые были госпитализированы в областную клиническую больницу им. И.И. Мечникова г. Днепропетровска в период с 2010 по 2015 год. Вмешательства выполнялись с применением эндовидеохирургического комплекса «Olympus» OTV-SC. Операции проведены под внутривенным обезболиванием с искусственной вентиляцией легких эндотрахеальным путем. Давление углекислого газа в брюшной полости поддерживали на уровне 10-12 мм рт. ст. У женщин, сроком гестации от 32 недель и больше изучали результаты антенатальной кардиотокографии, которую выполняли до и после вмешательства. Сердечную деятельность плода в антенатальном периоде регистрировали с помощью фетального монитора «Corometrics 170 Series». Результаты исследования. Лапароскопическую аппендэктомию выполняли из трех троакарных доступов. В I триместре несколько увеличенная матка не создавала значимых трудностей при проведении манипуляции с использованием эндовидеохирургических технологий, поэтому первый порт диаметром 10 мм формировали под пупком после инсуффляции CO₂ брюшной полости иглой Вереща. После установления показаний к лапароскопической аппендэктомии вводились дополнительные рабочие троакары. Положение рабочих троакаров, как правило, было стандартное: 2-й диаметром 5-10 мм - в левой подвздошной области, или - по средней, 3-й диаметром 5 мм в проекции червеобразного отростка. Начиная со II и в III триместрах беременности доступ осуществляли с учётом увеличенных размеров матки. В эти сроки гестации применяли метод открытой лапароскопии Hasson и первый троакар вводили в эпигастрии по срединной линии или ниже и правее от мечевидного отростка грудины. Второй троакар вводили в мезогастрии на 2 см выше и левее дна матки. Местом введения третьего троакара было правое

подреберье. Карбоксиперитонеум у пациенток создавали до давления 10-12 мм. рт. ст. Считаем, что использование такого инсуффляционного давления является более щадящим и безопасным, в то же время достаточным для необходимого лапароскопического обзора и выполнения эндовидеохирургических манипуляций, при этом не оказывает неблагоприятного влияния на организм матери и не вызывает явлений ацидоза у плода. Послеоперационный период у всех беременных с острым аппендицитом характеризовался гладким течением. Осложнений со стороны брюшной полости не было, в одном случае зафиксирована серома в области послеоперационной раны. Явлений угрозы прерывания беременности не отмечалось. Анализ показателей кардиотокографии, проведенной после лапароскопической аппендэктомии, не выявил патологии фетоплацентарной системы. Все беременные были выписаны на 3-4 сутки после операции на амбулаторное лечение. Лапароскопическая аппендэктомия у беременных безопасна для матери и плода прежде всего из-за малой инвазивности. Подтверждением вышесказанного являются результаты родоразрешения обследованных беременных. У 70 (93,3%) больных беременность закончилась физиологическими родами через естественные родовые пути в сроки от 37 до 41 недели. Новорожденные родились с оценкой по шкале Апгар от 7 до 9 баллов, массой от 2750 до 3900 гр. Задержки внутриутробного развития, острого или хронического дистресса плода не наблюдалось. Кесарево сечение выполнено по акушерским показаниям 2 (2,7%) женщинам и никак не было связано с перенесенной лапароскопической аппендэктомией. У 3 (4,0%) женщин беременность продолжается по настоящее время, патологии развития плодов по данным ультразвукового исследования нет. Выводы. Предложенная техника введения троакаров у беременных в зависимости от сроков гестации при остром аппендиците является приемлемой и безопасной. Карбоксиперитонеум с давлением 10-12 мм. рт. ст. во время лапароскопии у беременных не приводит к неблагоприятным исходам как для самой женщины, так и для плода. Эндовидеохирургические вмешательства, как безопасный метод хирургического лечения острого аппендицита у беременных, обеспечивает низкую травматичность, снижает количество послеоперационных осложнений и не имеет заметного отрицательного влияния на течение беременности, родов и состояние новорожденных.

32. ТЕХНОЛОГИЯ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ К ВИДЕОЭНДОХИРУРГИЧЕСКОМУ КОНКУРСУ СТУДЕНЧЕСКОЙ ОЛИМПИАДЫ ПРИ ОТСУТСТВИИ СПЕЦИАЛЬНЫХ СИМУЛЯТОРОВ

Гурьянов А.А., Оскретков В.И., Андреасян А.Р.

Барнаул

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Конкурс по видеоэндохирургии, как один из наиболее сложных, традиционно стал частью обязательной программы региональных и Всероссийских студенческих олимпиад по хирургии. Из-за отсутствия современных симуляторов приходится использовать приспособления их имитирующие, бытовые видеокамеры, привлекать студентов к участию в эндоскопических операциях. Подготовку к предстоящему конкурсу начинали с изучения устройства видеоэндохирургического комплекса и основ выполнения видеоэндохирургических вмешательств. Освоение мануальных навыков проводили на тренажере, представляющем из себя

непрозрачную коробку с шестью отверстиями в крышке для проведения троакаров. Трансляция изображения из импровизированной брюшной полости на монитор осуществлялась через бытовую видеокамеру, установленную в коробку. После получения навыков работы видеоэндохирургическими инструментами (захват и перемещение предметов, содружественная работа двумя инструментами, наложение интракорпорального шва и вязание узлов) отработывали технику выполнения операции, согласно условиям предстоящего конкурса. Бытовую видеокамеру заменяли на лапароскоп с видеоблоком и осветителем. Слепую кишку с червеобразным отростком моделировали из латексной перчатки, наполненной водой. «Аппендэктомия» выполняли посредством наложения трех лигатур петлей Редера на основание пальца перчатки. Герметичность проверяли путем создания высокого давления жидкости в перчатке. От использования для тренировки биологических тканей животных (стенка желудка свиньи) отказались вследствие их высокой плотности. «Зашивание перфоративной язвы желудка», наложение однорядного кишечного шва, формирование двухрядного энтеро-энтероанастомоза производили на биологических тканях человека, фиксированных формалином с сохранением их естественной плотности. Представленная технология подготовки позволила студентам занять призовые места в видеоэндохирургическом конкурсе на всех региональных олимпиадах по хирургии. В качестве ассистента (дублера оператора) видеоэндохирургической бригады целесообразно включение студентов младших (3-4) курсов, что позволяет им накопить опыт и в последующем успешно выступать в качестве оператора. Оснащение ВУЗа виртуальными симуляторами позволило бы расширить возможности подготовки студентов для соревнований на олимпиадах и их будущей практической деятельности.

33. Непосредственные результаты лапароскопических операций при колоректальном раке.

Павленко А.Н., Шостка К.Г., Ильин К.С., Сахаров А.А., Чеглаков А.Н.

Санкт-Петербург

ГБУЗ «Ленинградский областной онкологический диспансер»

Развитие малоинвазивной хирургии за последние 2 десятка лет привело к широкому внедрению лапароскопических технологий в повседневную практику. Не является исключением и онкология. В настоящее время "золотым стандартом" при локализованных опухолях колоректальной локализации становятся малоинвазивные вмешательства. В 1 хирургическом отделении ГБУЗ "Ленинградский областной онкологический диспансер" лапароскопические вмешательства выполняются с 2009 года. Целью настоящего исследования явилось изучить непосредственные результаты выполнения лапароскопических вмешательств. В анализ не вошли пациенты оперированные в 2009 и 2010 году. Для статистической обработки информации использован пакет прикладных программ Statistica 7 for Windows. В период с 2011 по июль 2015 год в нашем центре у 154 пациентов операция по поводу колоректального рака начата лапароскопическим способом. У 22 пациентов (14.2 % от общего числа оперированных) произведена конверсия. Малоинвазивное хирургическое вмешательство выполнено 132 пациентам. Характеристика выполненных вмешательств: - лапароскопически-ассистированная брюшно-промежностная экстирпация - 13 (9.8%); лапароскопически-ассистированная правосторонняя гемиколэктомия - 32

(24.4%); лапароскопическая внутрибрюшная резекция прямой кишки - 42 (31.8%) из них низкие резекции в сочетании с тотальной мезоректумэктомией - 23 (17.4%); лапароскопическая резекция сигмовидной кишки - 33 (25.0%); лапароскопическая левосторонняя гемиколэктомия - 8 (6.0%); лапароскопическая субтотальная колэктомия - 1 (0,7%, лапароскопическая резекция поперечной ободочной кишки – 2 (1.5%). В 19 случаях (12.3%) причинами конверсии явилось местное распространение опухоли сопряженное с ожирением, в 2-х случаях (1.2 %) причиной конверсии послужили конституциональные особенности (Г-образный узкий таз в одном случае и длинная брыжейка поперечной ободочной кишки в другом), у 1 (0,6%) пациента развилось интраоперационное кровотечение из пресакральных вен, что также послужило причиной конверсии. Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 6 пациентов перенесших лапароскопические вмешательства (3.2%). У 1 пациента развился синдром Маллори-Вейса с кровопотерей тяжелой степени, многократной меленой, в дальнейшем развилась несостоятельность десцендоректоанастомоза с разлитым перитонитом, что потребовало выполнения лапаротомии. У второго пациента в раннем послеоперационном периоде развилось внутрибрюшное кровотечение, что потребовало выполнения релапароскопии, остановки кровотечения из паранефральной клетчатки. В 3 (1.9 %) случаях развился послеоперационный парез кишечника, разрешившийся на фоне консервативной терапии. В послеоперационном периоде умер 1 пациент от ТЭЛА, послеоперационная летальность составила 0,6%.

34.Торакоскопия и мини-инвазивные технологии остеосинтеза ребер в лечении пациентов с флотирующими и множественными переломами ребер

Бенян А.С.

Самара

Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина

Введение. Минимизация операционной травмы представляется весьма актуальным аспектом в стратегии лечения пациентов с тяжелой травмой грудной клетки, у которых «априори» имеются значимые повреждения костного каркаса груди и внутриплевральных органов. Ввиду этого, внедрение новых способов лечения в сочетании с усовершенствованием классических методик является одним из перспективных направлений развития концепции оказания медицинской помощи пострадавшим с флотирующими и множественными переломами ребер. Цель исследования – представить особенности выполнения торакоскопии и мини-инвазивных технологий остеосинтеза ребер у пациентов с флотирующими и множественными переломами ребер и внутриплевральной посттравматической патологией. Материал и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 80 пациентов с закрытой травмой грудной клетки тяжелой степени. Все пациенты проходили лечение в хирургическом торакальном отделении ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина» в период с 2011 по 2015 гг. Изолированная травма груди была у 36 (45%), политравма с доминирующей травмой груди – у 44 пациентов (55%). У всех пациентов имелись множественные переломы ребер (более 4 с одной стороны), кроме того флотирующие переломы были диагностированы у 34 пострадавших (42,5%). Различные внутриплевральные повреждения были зарегистрированы у 77 пациентов (96,25%): из

них – гемоторакс - у 76 (95%), повреждения легкого – у 72 (90%), пневмоторакс – у 73 (91,25%), пневмомедиастинум – у 28 (35%), разрыв диафрагмы – у 6 (7,5%). Результаты и их обсуждение. Всем пациентам проведено сочетанное выполнение остеосинтеза ребер и торакоскопии. Тем самым обеспечивалось решение задачи одномоментного устранения повреждений костного каркаса груди и внутриплевральной посттравматической патологии. Остеосинтез ребер проводили с использованием системы фиксации «Matrix Rib Fixation System». Особенность торакоскопии при этом заключалась в осуществлении торакоцентеза в условиях имеющейся широкой инцизии мягких тканей. Это позволяло, с одной стороны, выполнять минимальное по размерам раздвижение межреберных мышц для обеспечения проникновения в плевральную полость из 2 – 3 доступов у 65 пациентов (81,25%), а с другой – выполнять однопортовую торакоскопию с помощью двухканального торакопорта (Устройство для проведения эндоскопических операций, Патент РФ на полезную модель №152849 от 19.01.2015 г.) у 15 пациентов (18,75%). У 9 пациентов выполнена мини-инвазивная модификация операции остеосинтеза ребер. Малая травматичность вмешательства при этом достигалась путем использования рентгеноконтрастной сетки для маркировки операционного поля (патент РФ на полезную модель №152847 от 25.02.2015 г.) в предоперационном периоде. Это позволяло точно спроецировать линии переломов ребер на поверхность грудной клетки и определить оптимальные параметры хирургического доступа. Для уменьшения длины разреза мягких тканей также был разработан троакар (патент РФ на полезную модель №154109 от 10.12.2014 г.), позволяющий проводить сверление ребра и фиксацию пластин блокирующими винтами из доступов не более 6-8 см, а также осуществлять остеосинтез ребер в труднодоступных анатомических областях. Торакоскопические внутриплевральные манипуляции заключались в удалении гемоторакса - у 74 пациентов (92,5%), устранении пневмоторакса – у 70 (87,5%), медиастинотомии с целью декомпрессии эмфиземы средостения – у 20 (25%), ушивании разрывов легкого – у 7 (8,75%), ушивании диафрагмы – у 6 (7,5%), удалении инородных тел (костные отломки) – у 4 (5%), фенестрации перикарда – у 1 (1,25%). После завершения остеосинтеза ребер проводился контрольный осмотр плевральной полости с целью оценки эффективности восстановления объема и формы грудной клетки. Выздоровление наступило у 73 пациентов (91,25%). Осложнения зарегистрированы у 12 пациентов (15%), из них внутриплевральные – у 3, раневые – у 3, системные и септические – у 8. Реторакоскопия проведена у 2 пациентов с целью санации плевральной полости. Умерло 7 пациентов (8,75%). Выводы. Торакоскопия в сочетании с остеосинтезом является эффективным способом одномоментного восстановления повреждений реберного каркаса грудной клетки и внутриплевральных органов. Технические особенности торакоскопии при этом обусловлены наличием более широких разрезов мягких тканей, однако минимальной травматизацией структур межреберья, а также возможностью выполнения различных вариантов операций с помощью специальных приспособлений. Перспективы данного подхода лежат в направлении выполнения мини-инвазивных способов остеосинтеза ребер в обязательном сочетании с торакоскопией.

35.СИМУЛЬТАННАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ БОЛЬНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Курыгин Ал.А., Семенов В.В.

Санкт-Петербург

Кафедра факультетской хирургии им. С.П.Федорова (зав. – академик РАН Н.А.Майстренко)
Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова

Сочетанная хирургическая патология, по данным ВОЗ, встречается у 20-30% больных хирургического профиля. Однако, несмотря на ряд очевидных достоинств симультанных операций, их доля составляет лишь 1,5-6,0% от всех выполняемых вмешательств, что объясняется различными, нередко необоснованными причинами. В настоящее время тезис о целесообразности симультанных операций, возможности и необходимости более частого их выполнения в плановой хирургии является вполне очевидным. Преимущества сочетанных вмешательств обоснованы, доказаны и представлены в литературе. Симультанная (сочетанная) операция – это вмешательство, выполняемое в условиях одной анестезии на двух и более органах по поводу разных, этиологически не связанных между собой заболеваний. Она включает в себя основное (как правило, наибольшее по объему) вмешательство, направленное на устранение наиболее опасного для жизни патологического процесса, и сопутствующую (дополнительную) операцию (или операции) по поводу одного и более заболеваний, выявленных при дооперационном обследовании или обнаруженных во время основного хирургического вмешательства. В нашем исследовании проанализированы результаты лечения 25 больных вентральными грыжами в сочетании с желчнокаменной болезнью (19 женщин и 6 мужчин). Средний возраст пациентов составил $58,1 \pm 1,3$ лет. В качестве основного этапа симультанного вмешательства больные перенесли следующие операции: устранение вентральной грыжи ($n=21$), из них у 17 пациентов – устранение пупочной грыжи, а у 4 больных – грыжи белой линии живота; лапароскопическая холецистэктомия в качестве основного вмешательства выполнена в 4 клинических наблюдениях. По совокупности тяжести хирургических заболеваний и сопутствующей терапевтической патологии 15 больных были отнесены ко II группе и 10 пациентов – к III группе операционно-анестезиологического риска по классификации ASA. Показаниями к симультанной лапароскопической холецистэктомии в 4 наблюдениях был острый калькулезный холецистит. У данной категории пациентов лапароскопическая холецистэктомия явилась основным этапом симультанного вмешательства, а в остальных случаях ($n=21$) была дополнительным этапом сочетанной операции: в 8 случаях показаниями к холецистэктомии явились частые приступы печеночной колики при наличии множественных разнокалиберных конкрементов в желчном пузыре, у 3 больных был отключенный (нефункционирующий) желчный пузырь, и у 10 пациентов операция носила санирующий характер. Однако и в этих 10 случаях ее следует считать оправданной в связи с риском развития острого холецистита в раннем послеоперационном периоде. Интраоперационных осложнений не было. У одного больного развился острый послеоперационный панкреатит, проявления которого были купированы консервативно. Средний койко-день после симультанных вмешательств, в том числе у 4 пациентов, оперированных по поводу флегмонозного калькулезного холецистита и вентральной грыжи, не отличался от соответствующего показателя у больных, перенесших аналогичные изолированные вмешательства. Представленные клинические наблюдения свидетельствуют о том, что операции по поводу вентральных грыж в сочетании с лапароскопической холецистэктомией у пациентов II и III групп операционно-анестезиологического риска не сопровождаются увеличением числа осложнений, непосредственно связанных с основным или дополнительным этапами сочетанного вмешательства, и не продлевают сроки лечения больных. При этом симультанная операция избавляет пациентов сразу от двух заболеваний и обладает высокой экономической эффективностью, позволяя значительно снизить затраты по сравнению с двухэтапным оперативным лечением больных с сочетанной хирургической патологией. Также необходимо

отметить, что любая операция является сильным стрессорным фактором для каждого пациента, и ожидание им очередной госпитализации сопровождается выраженным психо-эмоциональным дискомфортом. В этом отношении симультанное вмешательство обладает еще одним важным преимуществом. Таким образом, симультанная лапароскопическая холецистэктомия у больных грыжами передней брюшной стенки является абсолютно оправданной операцией, очевидные достоинства которой заставляют расширять показания к ее выполнению в современных условиях.

36.РЕЗУЛЬТАТЫ 20-ЛЕТНЕЙ РАБОТЫ ПО ОКАЗАНИЮ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

Баулина Н.В., Шевченко Г.В., Баулин А.А.

Пенза

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ГИУВ,ГКБСМП им.Захарьина

Видеоэндохирургия перевернула взгляды даже самых консервативных гинекологов от классических к малоинвазивным. Справедливости ради необходимо отметить, что поворотные моменты в применении техники связаны именно с гинекологами: Отт – впервые произвёл осмотр брюшной полости через задний свод и сделал аппендэктомию; Земм – используя обычный лапароскоп, оригинальные инструменты и оборудование, довёл до 90% выполнение операций в гинекологическом отделении, выполнил первую лапароскопическую аппендэктомию; Мюрэ – первым выполнил симультанно холецистэктомию, используя видеоустановку. Пензенские гинекологи, оказывающие неотложную помощь в полмиллионном городе, неохотно обращались за помощью к обычной лапароскопии, возможно по причине изолированной работы. И даже когда отделение было переведено в многопрофильную больницу, освоение метода не начато по причине доступности, поскольку хирурги владели лапароскопией и были под рукой. Но с приобретением стойки в больнице всё изменилось, началось и освоение, и внедрение, и переход на малоинвазивные эндохирургические и эндоскопические технологии. Уже через 2 года гинекологи стали опережать хирургов по числу и разнообразию операций. Этому способствовали активная работа хирургов больницы, поездки на семинары и тренинги в головные институты, применение во время дежурств, постепенное освоение фактически всеми врачами отделения технологии, создание эндохирургического центра со своим штатом, усилия администрации и сотрудников по комплектованию аппаратурой и инструментарием, подвижничество и квалификация руководителей служб и отделений. Мы прошли короткий путь от одной стойки до двух, а затем трёх для хирургии и гинекологии (в последующем ещё 2-х для артроскопии и ЛОР). Доктора изменились качественно, все увидели пользу от объединения служб, возможности перенимать опыт и обогащать знаниями друг друга в плане профессионального роста, применения современных технологий. К настоящему времени мы располагаем опытом более 32 000 эндохирургических операций. Не затрагивая другие аспекты, остановимся только на влиянии эндохирургии в экстренной гинекологии. Как и хирурги, мы стали считать, что эндохирургия – не специальность, а метод, и рассматривать показания для эндооперации с точки зрения не противопоказаний, а возможности выполнения эндоскопически даже одного этапа. Фактические показатели по набору больных с гинекологической патологией, наименованиям операций за

многие годы почти идентичны. Основные изменения коснулись оперативных подходов. Если до этого гинекологи от хирургов переняли новые наработки по повторной открытой вынужденной и программированной санации брюшной полости, малотравматичному зашиванию брюшной полости, наложению удерживающих от эвентрации швов, энтеральной интубации, активному дренированию брюшной полости, то в связи с увиденными преимуществами видеоэндоскопии, большинство гинекологов освоило видеолапароскопию вначале как диагностический метод, а затем и как лечебный. Мы не рассматриваем операции, которые не выполнялись и не могут выполняться эндоскопически. В короткий срок при внематочной беременности, не прервавшейся и прервавшейся, операцию освоили как эндохирургическую. Даже при наличии большого сгустка удаётся его инструментально разрушить и эвакуировать. И только при наличии геморрагического шока (4-5%) операция выполняется методом чревосечения. При воспалительных заболеваниях метод оказался также очень эффективным и востребованным. УЗИ помогает до операции решить вопрос о возможности эндохирургической санации, поэтому только у единичных больных выполнялась уточняющая диагностическая лапароскопия (видеоэндоскопия), далее – открытая методика. Остальных успешно санировали с включением удаления тубоовариальных образований. Причём произошли существенные изменения в подходах: у части пациенток мы отказались от привычной практики удаления парных органов, применили и методику повторных планируемых санаций по типу программированных (от 1 до 6) с целью визуально контролируемой и более быстрой санации очага, сохранении фертильности. При неосложнённых формах с 8% лечённых открытым способом, мы пришли к 50,8% оперированных эндоскопически, при осложнённых формах - до 58,9% с лучшими результатами. Открыто оперируем, если процесс носит конгломератный характер, с разлитым перитонитом или выраженной динамической кишечной непроходимостью. При осложнённых миомах лапароскопические экстирпация, расширенная экстирпация, надвлагалищная ампутация матки – быстро вошли в арсенал работы отделения, достиг почти трёх сотен за год. С приобретением гистероскопов, гистерорезектоскопов значительные изменения произошли в технологии оказания помощи в плане диагностики причин маточных кровотечений и технологии лечения. У 60% уже не требовались операции большого объёма, а ограничивались внутриматочными процедурами. Особенно это коснулось подслизистых доброкачественных опухолей и внутриматочных полипов. Именно за счёт гистероскопий и гистерорезектоскопий (более 500 за год), а не за счёт внутрибрюшных операций, произошёл рост гинекологических эндоопераций. Ежегодно производим 10-15 симультанных операций не только через эндодоступы, например, лапароскопическая экстирпация матки и лапароскопическая холецистэктомия, но и лапароскопическая экстирпация матки и холецистэктомия через минидоступ или грыжесечение, экстирпация щитовидной железы, венэктомия и др. При малейшем сомнении в отношении благополучия в брюшной полости выполняем релапароскопию. В связи с профилактическим применением антикоагулянтов и неосторожной работой в проекции ветвей нижних эпигастральных сосудов стали появляться осложнения в виде послеоперационных кровотечений, поэтому устанавливаем 2-3 тонких дренажа для оттока и контроля как обязательная процедура. Этим избавились и от тазовых скоплений жидкости. Таким образом, эндохирургический и эндоскопический методы значительно изменили технологию и результаты лечения экстренных гинекологических больных.

37.ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ДИВЕРТИКУЛИТЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.

Тимербулатов Ш.В., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И., Гайнуллина Э.Н.

Уфа

Башкирский государственный медицинский университет

Частота заболеваемости дивертикулярной болезнью ободочной кишки (ДБОК) постепенно растёт, так увеличение только за 5 лет в Европейских странах составило от 0,58 до 1,2 на 100 тыс. населения, причём за счёт лиц молодого возраста. Смертность составляет 1,3-2,3%, а в группе больных с перфоративным дивертикулитом летальность достигает 35%. Независимыми факторами смертности являются низкое социальное положение больных и пожилой возраст, срочная госпитализация и лапаротомия. Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ результатов лечения больных, находившихся на стационарном лечении по поводу острого дивертикулита ободочной кишки, частота которого составила 83,9% к общему числу госпитализированных. По поводу острого дивертикулита ободочной кишки (ОДОК) пролечено 2216 больных, среди которых острый неосложнённый дивертикулит был у 1584 (77,48%), перидивертикулярный инфильтрат у 314 (14,16%), перидивертикулярный абсцесс у 187 (8,43%), перфоративный дивертикулит у 131 (5,9%). Таким образом, гнойно-инфекционные осложнения выявлены в 28,5% (n=632), 65% составили больные женского, 35% - мужского пола, до 40 лет было 6,8%, от 41 до 60 лет – 42,6%, от 61 до 70 лет – 30,3%, старше 70 лет – 20,1% больных. В обследовании, кроме общеклинических, лабораторных, использованы лучевые рутинная рентгенография, КТ, МРТ, ирригоскопия, УЗИ), эндоскопические (ФКС), лапароскопия, биохимические (СРБ, прокальцитонин, лактат крови), мониторинг внутрибрюшного давления. Результаты. Диагностика осуществлена в соответствии с протоколом оказания неотложной хирургической помощи (В.М. Тимербулатов с соавт., 2008), в последнее время – национальными клиническими рекомендациями. Главной задачей в диагностике явилась оценка тяжести гнойного воспалительного процесса как системного (ССВР, абдоминальный сепсис), так и местного характера. Ведущее значение в диагностике абдоминальных осложнений придавали УЗИ, КТ и лапароскопии. Информативность УЗИ ограничивается при выраженном пневматозе кишечника и у 15% больных с острым дивертикулитом потребовалась КТ ОБП или лапароскопия. КТ позволяет определить распространённость дивертикулёза, оценить состояние стенки кишки, наличие газа в стенке кишки, выпот вокруг области воспаления свободной брюшной полости. У 6,62% больных с предполагаемым диагнозом «острый дивертикулит», в процессе обследования установлены другие заболевания (перекрут сальниковых отростков, другие воспалительные заболевания, абдоминальный ишемический синдром). Больным с острым неосложнённым дивертикулитом проводилась консервативная терапия (регидратация per os, антибиотики). При перидивертикулярном инфильтрате назначалась также консервативная терапия, хирургическое вмешательство потребовалось в 3,5% при безуспешности терапии (7 больным выполнена резекция сигмовидной кишки, 4 – гемиколэктомия). При выборе метода лечения больных с абсцессами и перфоративным дивертикулитом пользовались классификацией и рекомендациями по лечению по E.J. Hinchey (1978). У больных с внутрибрыжеечными абсцессами выполняли резекцию сегмента ободочной кишки с абсцессом, при внутрибрюшной локализации – вскрытие абсцесса, проксимальную колостомию, при забрюшинной локализации при размерах абсцесса до 7 см – чрезкожное пункционное дренирование, при больших абсцессах – дренирование, проксимальную колостомию. При перфоративном дивертикулите выполняли экстериоризацию перфорированного отдела или операцию Гартмана. Послеоперационные осложнения были у

32,8% больных (ИОХВ, ТЭЛА, несостоятельность анастомоза в 9,2%), послеоперационная летальность составила 8,95%. Заключение: современные методы исследования позволяют установить уточнённый диагноз осложнений ДБОК в 93,4%. При выборе методов хирургического лечения целесообразно пользоваться классификацией осложнений по E.J. Hinchey.

38. НЕКОТОРЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ БЕЗОПАСНОЙ ХИРУРГИИ.

Тимербулатов Ш.В., Тимербулатов В.М., Гарипов Р.М., Смыр Р.А.

Уфа

Башкирский государственный медицинский университет

По данным литературы, в развитых странах серьёзные осложнения развиваются в 3-16% к числу хирургических вмешательств, а показатели стойкой нетрудоспособности и смертности составляют 0,4-0,8%. В развивающихся странах смертность при обширных оперативных вмешательствах составляет 5-10%. Особую тревогу вызывают инфекционные и другие осложнения; специалисты полагают, что в половине случаев их можно предотвратить. Нередко послеоперационные осложнения и летальность тесно связаны с ятрогенией, так, частота оставления инородных тел при операциях достигает 0,08-0,1%. Цель работы: проанализировать причину осложнений в клинике за последние 10 лет, предложить пути профилактики. Материал. Изучены причины периоперационных осложнений в клинике за 10 лет работы. Выявлены основные объективные и субъективные причины: 1). обусловленные состоянием больного, тяжестью основного хирургического и коморбидных заболеваний; 2). факторы, связанные с компетенцией хирурга (ошибки в диагностике, выборе метода лечения, технические погрешности, неадекватная подготовка, малый опыт и др.), недостаточная, «опасная» анестезия; 3). факторы, связанные с дефектами организации хирургической службы. По данным одного из патологоанатомических отделений г. Уфы, за последние 5 лет отмечен рост смертности от ятрогений с 0,086 до 1,01%. Обсуждение. Большая часть ятрогений, нередко и послеоперационные осложнения могут стать предметом рассмотрения УК Российской Федерации (ст. 109,124, 293). Снижение осложнений и смертности при хирургических вмешательствах возможно при чётком выполнении законов, нормативных документов в сфере здравоохранения (Федеральный закон №323 ФЗ, приказы МЗ РФ №922 от 15.11.2011 г. «О порядках оказания медицинской помощи по профилю «хирургия»), стандартов, национальных клинических рекомендаций по диагностике и лечению хирургических заболеваний. Другим важным направлением безопасной хирургии – инициативы ВОЗ по внедрению Руководящих принципов и контрольного перечня вопросов по безопасности хирургического вмешательства. Данный контрольный перечень вопросов с некоторыми дополнениями в нашей клинике используется в последние 4 года. Все этапы контрольного перечня вопросов («Прибытие», «Тайм-аут», «Выход») контролируются во всех 16 операционных клиники координатором перечня, важно также, что после выполнения III этапа контрольного перечня мер, координатор даёт разрешение на операцию, подписывает и заполненный документ подшивается в историю болезни как продолжение протокола операции. Продолжительность проверки всех пунктов перечня занимает примерно 3-4 минуты. Эффективность применения перечня проведена при выполнении 30 тысяч оперативных вмешательств, за этот период тяжёлых

осложнений, случаев смерти не было отмечено. Одним из главных условий эффективности использования контрольного перечня мер безопасности ВОЗ является четкое его выполнение, избегая превращения его в пустую формальность. В заключение отметим, что предлагаемая инициатива ВОЗ по обеспечению безопасной хирургии позволяет гарантированно предупредить предотвратимые осложнения и смертность, не требует финансовых, материальных затрат и должна найти широкое применение по всей стране.

39.МОДИФИЦИРОВАННАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РУКАВНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА – МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И АНТИРЕФЛЮКСНЫЙ ЭФФЕКТ

Феденко В.В. (1), Евдошенко В.В. (1), Курганов И.А. (2), Емельянов С.И. (2), Богданов Д.Ю. (2), Матвеев Н.Л. (2), Мазикина Л.Н. (1)

Москва

1) Клинический центр хирургии лишнего веса и метаболических нарушений ЦКБ №6 ОАО РЖД, 2) ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, кафедра эндоскопической хирургии ФДПО

Актуальность: Рукавная резекция желудка (рукавная гастропластика) на сегодняшний день является одной из наиболее распространенных лапароскопических бариатрических операций. Данное вмешательство сочетает в себе высокий уровень безопасности и эффективности, позволяя не только уменьшать избыточную массу тела, но и купировать ассоциированные с ожирением патологические состояния, такие как сахарный диабет 2 типа, артериальная гипертония, гиперлипидемия и т.д. С другой стороны, после выполнения лапароскопической рукавной резекции желудка (ЛРРЖ) может возникать проблема, связанная с развитием или усилением симптомов гастро-эзофагеального рефлюкса (ГЭР). Она обусловлена разрушением угла Гиса и нарушением нейро-мышечных связей в области желудочно-пищеводного перехода при проведении ЛРРЖ по стандартной методике. При этом данные о возникновении или усилении ГЭР после проведения ЛРРЖ в мировой литературе довольно сильно разнятся, характеризую его послеоперационную частоту значением до 35%. Поэтому разработка и внедрение методики выполнения ЛРРЖ, предполагающей оказание минимального влияния на послеоперационное функционирование желудочно-пищеводного перехода представляется актуальной задачей. Цели исследования: Сравнить результаты операций, выполненных по предложенной нами антирефлюксной методике выполнения ЛРРЖ (АР-ЛРРЖ) и вмешательств, проведенных в стандартном варианте операции ЛРРЖ (С-ЛРРЖ) с точки зрения возможностей снижения веса, метаболической эффективности и воздействия на функционирование желудочно-пищеводного перехода в послеоперационном периоде. Материалы и методы: Нами были изучены результаты выполнения ЛРРЖ у 329 пациентов, страдающих ожирением и ассоциированными нарушениями углеводного обмена (сахарный диабет 2 типа или нарушение толерантности к глюкозе). Основную группу составили 172 пациента, которым оперативное вмешательство было проведено по методике АР-ЛРРЖ. В контрольную группу были включены 157 больных, у которых операция осуществлялась в виде С-ЛРРЖ. Группы были однородны по основным предоперационным показателям. Средний возраст больных был равен $41,4 \pm 17,8$ и $42,6 \pm 16,4$ лет соответственно

($p > 0,05$), соотношение мужчины/женщины - 49 (28,5%)/123 (71,5%) и 46 (29,3%)/111 (70,7%) ($p > 0,05$). ИМТ до операции составлял $46,1 \pm 14,5$ в основной группе и $45,2 \pm 13,8$ кг/м² – в контрольной ($p > 0,05$). Избыточный ИМТ равнялся $44,4 \pm 16,5\%$ и $43,4 \pm 16,1\%$ ($p > 0,05$). Сахарный диабет 2 типа отмечался в группе АР-ЛРРЖ у 54 больных (31,4%), а в группе С-ЛРРЖ у 47 пациентов (29,9%), в оставшихся случаях имело место нарушение толерантности к углеводам ($p > 0,05$). Гликемия до операции была в среднем на уровне $7,11 \pm 2,90$ и $7,02 \pm 2,98$ ммоль/л ($p > 0,05$) соответственно, а концентрация гликированного гемоглобина составляла $6,59 \pm 1,36\%$ против $6,43 \pm 1,54\%$ ($p > 0,05$). Артериальная гипертония была зафиксирована у 103 пациентов (59,9%) в группе АР-ЛРРЖ и у 90 больных (57,3%) в группе С-ЛРРЖ ($p > 0,05$). Метаболический синдром был диагностирован в 117 случаях (68,0%) в основной группе и в 103 случаях (65,6%) – в контрольной ($p > 0,05$). Объективные признаки ГЭР до операции были выявлены у 35 больных (20,3%) в группе АР-ЛРРЖ и 33 пациентов (21,0%) в группе С-ЛРРЖ ($p > 0,05$). Оперативная техника выполнения ЛРРЖ в исследуемой группе отличалась от стандартной тем, что последнюю кассету сшивающего аппарата накладывали под углом 15-20° от предшествующей линии пересечения. Такое смещение линии резекции позволяло сохранить угол Гиса и мышечные волокна, ответственные за функционирование желудочно-пищеводного перехода. Затем полученный угол желудочной стенки с помощью шва по типу операции «мини-гастропликации» вворачивали внутрь с целью обеспечения минимального диаметра полученной желудочной трубки и возможного функционирования дополнительного участка желудочной стенки в роли механического клапана. Результаты: Среднее время оперативного вмешательства и частота осложнений не продемонстрировали статистически значимых различий в обеих группах ($p > 0,05$), составив $68,7 \pm 36,8$ и $65,8 \pm 32,2$ минут, а также 4,65% против 3,82% соответственно после проведения АР-ЛРРЖ и С-ЛРРЖ. Через 1 год после выполнения оперативного вмешательства потеря избыточной массы тела составила $67,1 \pm 21,2\%$ и $66,9 \pm 19,8\%$ ($p > 0,05$), а уровень гликемии снизился в среднем до $5,08 \pm 1,23$ ммоль/л и $5,04 \pm 1,30$ ммоль/л ($p > 0,05$). Концентрация гликированного гемоглобина упала до $5,52 \pm 0,57\%$ и $5,49 \pm 0,61\%$ ($p > 0,05$). Повышенное артериальное давление сохранилось у 18,6% и 15,9% пациентов ($p > 0,05$) в основной и контрольной группах соответственно. Доля больных, страдающих метаболическим синдромом также сократилась до 18,0% против 18,5% ($p > 0,05$). Причем снижение веса, гликемии, уровня гликированного гемоглобина и доли пациентов, все еще имеющих признаки артериальной гипертонии и метаболический синдром, по сравнению с предоперационным уровнем было статистически значимым в обеих группах ($p > 0,05$). В оставшихся случаях было отмечено клинически-значимое улучшение течения заболевания. Объективные признаки ГЭР в основной группе после операции были отмечены в 28 случаях (16,3%), а в контрольной – у 49 пациентов (31,2%). Данные различия оказались статистически высоко значимыми (р

40. РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РУКАВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ С ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА ДО 35 КГ/М², СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Курганов И.А. (1), Феденко В.В. (2), Евдошенко В.В. (2), Емельянов С.И. (1), Матвеев Н.Л. (1), Богданов Д.Ю. (1), Мазикина Л.Н. (2)

Москва

1) ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, кафедра эндоскопической хирургии ФДПО, 2) Клинический центр хирургии лишнего веса и метаболических нарушений ЦКБ №6 ОАО РЖД

Актуальность: Эффективность бариатрических операций с точки зрения коррекции метаболических нарушений у больных с выраженным ожирением в настоящее время не вызывает сомнения. Однако имеется и относительно большая группа пациентов, страдающих от различных компонентов метаболического синдрома, но имеющих относительно невысокое увеличение веса (ИМТ не более 35,0 кг/м²). В последние годы в ряде сообщений были приведены данные о высокой эффективности бариатрических вмешательств у пациентов с ожирением I степени и ассоциированными нарушениями углеводного обмена, но в большинстве таких работ операции включали в себя обязательный мальабсорбтивный компонент. В тоже время не совсем понятным остается вопрос, нужно ли такое мощное влияние на снижение массы тела, как у мальабсорбтивных операций, в группе больных с относительно невысоким избытком веса. С другой стороны, не имеющие мальабсорбтивного компонента вмешательства, такие как лапароскопическая рукавная резекция желудка (ЛРРЖ), у подобной когорты пациентов выполняются относительно редко. Цели исследования: Изучить непосредственные и отдаленные (метаболические) результаты проведения операции ЛРРЖ в группе пациентов с ожирением при относительно невысоком ИМТ (от 30,0 до 35,0 кг/м²) и ассоциированными нарушениями углеводного обмена. Определить дальнейшую целесообразность выполнения данной операции в соответствующих клинических ситуациях. Материалы и методы: Все оперативные вмешательства в нашем исследовании были выполнены в 2013-2014 гг. у пациентов с ожирением и ассоциированными нарушениями углеводного обмена по предложенной нами антирефлюксной модифицированной методике ЛРРЖ, предполагающей сохранение мышечных волокон в области желудочно-пищеводного перехода. Исследуемую группу (ЛРРЖ-Н) составили 11 больных с относительно низким ИМТ (от 30,0 до 35,0 кг/м²). В контрольную группу (ЛРРЖ-В) были включены 172 пациента, которым операция была осуществлена при ИМТ, превышающем 35,0 кг/м². Средний возраст пациентов составил соответственно 43,9±17,1 и 41,4±17,8 лет (p>0,05), соотношение мужчины/женщины – 3 (27,3%)/8 (82,7%) и 49 (28,5%)/123 (71,5%) (p>0,05). ИМТ до операции был равен 32,5±2,7 кг/м² в исследуемой группе и 46,1±14,5 кг/м² – в контрольной (p0,05). Уровень глюкозы крови был равен 7,44±2,65 и 7,11±2,90 ммоль/л соответственно (p>0,05), а концентрация гликированного гемоглобина составляла 7,25±1,86% против 6,59±1,36% (p0,05). Метаболических синдром был диагностирован в 8 случаях (72,7%) и 117 случаях (68,0%) соответственно (p>0,05). Вышеприведенные данные свидетельствуют, что в целом в исследуемой группе выраженность сопутствующей ожирению патологии (компонентов метаболического синдрома) была несколько большей. Перед проведением оперативного вмешательства объективные признаки гастро-эзофагеального рефлюкса (ГЭР) были выявлены у 3 пациентов (27,3%) в группе ЛРРЖ-Н и у 35 больных (20,3%) в группе ЛРРЖ-В (p>0,05). Результаты: Продолжительность оперативного вмешательства в среднем составила 69,5±19,3 и 68,7±36,8 минут, не продемонстрировав статистически значимых различий (p>0,05). Частота осложнений была равна 0% в исследуемой группе и 4,65% - в контрольной, что тоже не составило значимой разницы (p>0,05). По данным контрольного обследования, проведенного через 1 год после выполнения операции, потеря избыточной массы тела составила соответственно в относительном выражении 112,9±44,6% и 67,1±21,2% (p0,05). Концентрация гликированного гемоглобина снизилась соответственно до 5,61±0,76% и 5,52±0,57% (p>0,05). Излечение от нарушений углеводного обмена было достигнуто у 10 больных (90,9%) в группе ЛРРЖ-Н и у 142 пациентов

(82,6%) – в группе ЛРРЖ-В ($p>0,05$). В оставшихся случаях было отмечено клинически-значимое улучшение течения болезни. Артериальная гипертония диагностировалась после операции в 27,3% и 18,6% случаев ($p>0,05$). Доля пациентов, страдающих метаболическим синдромом в целом, сократилась до 18,2% в основной группе и до 18,0% - в контрольной ($p>0,05$). Следует отметить, что снижение веса, гликемии, уровня гликированного гемоглобина и доли пациентов, все еще артериальную гипертонию и метаболический синдром в целом, по сравнению с предоперационным уровнем было статистически значимым в обеих группах ($p<0,05$). Выводы: Наш опыт выполнения ЛРРЖ у пациентов с относительно невысоким ИМТ (от 30,0 до 35,0 кг/м²) и ассоциированными нарушениями углеводного обмена продемонстрировал безопасность и эффективность применения данной методики хирургического лечения. Полученные хорошие метаболические результаты позволяют признать дальнейшее применение ЛРРЖ в соответствующей группе больных целесообразным.

41. КЛИНИЧЕСКИЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И ИСХОДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РУКАВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЖЕЛУДОЧНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Феденко В.В. (1), Евдошенко В.В. (1), Курганов И.А. (2), Емельянов С.И. (2), Матвеев Н.Л. (2), Богданов Д.Ю. (2), Мазикина Л.Н. (1)

Москва

1) Клинический центр хирургии лишнего веса и метаболических нарушений ЦКБ №6 ОАО РЖД, 2) ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, кафедра эндоскопической хирургии ФДПО

Актуальность: Лапароскопические бариатрические операции в настоящее время широко распространены в качестве метода лечения ожирения и ассоциированных с ним заболеваний. С точки зрения эффективности и безопасности бариатрические операций в объеме лапароскопической рукавной резекции желудка (ЛРРЖ) и лапароскопического желудочного шунтирования (ЛЖШ) представляют собой «золотую середину», обеспечивая малый процент осложнений, хороший уровень снижения избыточного веса и высокую степень коррекции ассоциированной патологии. В целом ЛРРЖ и ЛЖШ представляют собой наиболее распространенные оперативные вмешательства, проводимые в случае наличия ожирения, сопровождающегося нарушениями углеводного обмена и другими компонентами метаболического синдрома. Сравнению результатов данных вмешательств посвящено довольно много исследований, но в связи с тем, что выбор той или иной методики зачастую не подкреплен какими-либо объективными критериями и часто опирается на желание пациента, проведение дальнейших изысканий в данной области продолжает оставаться актуальной задачей. Цели исследования: Проанализировать собственный опыт выполнения ЛРРЖ и ЛЖШ у пациентов с ожирением и нарушениями углеводного обмена. Ретроспективно изучить непосредственные и отдаленные результаты проведения данных оперативных вмешательств. Выделить преимущества и недостатки применения обеих методик выполнения бариатрических операций. Материалы и методы: Мы проанализировали результаты 220 бариатрических операций, проведенных в нашей

клинике в 2013 и 2014 годах у пациентов с алиментарно-конституциональным ожирением и нарушениями углеводного обмена (сахарный диабет 2 типа или нарушение толерантности к глюкозе). Первую группу сравнения составили 183 пациента, у которых была выполнена ЛРРЖ (Группа №1), во вторую группу сравнения были включены 37 больных, которым операция была осуществлена в виде ЛЖШ (Группа №2). Средний возраст больных был равен $41,6 \pm 17,7$ лет в группе ЛРРЖ и $40,4 \pm 17,0$ лет – в группе ЛЖШ ($p > 0,05$), соотношение мужчины/женщины составило 52 (28,4%)/131 (71,6%) и 15 (40,5%)/22 (59,5%) соответственно ($p > 0,05$). ИМТ до операции был равен $45,2 \pm 15,4$ в Группе №1 и $46,5 \pm 15,0$ кг/м² – в Группе №2 ($p > 0,05$). Избыточный ИМТ равнялся $43,1 \pm 18,9\%$ и $44,8 \pm 17,8\%$ ($p > 0,05$). Сахарный диабет 2 типа был отмечен до операции в группе ЛРРЖ у 60 больных (32,8%), а в группе ЛЖШ у 20 пациентов (54,1%), в оставшихся случаях имело место нарушение толерантности к углеводам ($p > 0,05$), а концентрация гликированного гемоглобина составляла $6,63 \pm 1,39\%$ против $7,12 \pm 2,16\%$ ($p > 0,05$). Таким образом, сравниваемые группы оказались однородны по весовым показателям, но выраженность ассоциированной патологии в группе, где затем выполнялось ЛЖШ, была несколько больше. Все операции в Группе №1 были проведены по предложенной нами антирефлюксной модифицированной методике ЛРРЖ, при которой сохранялся угол Гиса и целостность мышечных волокон желудочно-пищеводного перехода. Оперативные вмешательства по типу ЛЖШ в Группе №2 были выполнены по стандартной методике. Следует отметить, что объективные признаки гастро-эзофагеального рефлюкса (ГЭР) до операции были выявлены у 38 больных (20,8%) в группе ЛРРЖ и у 4 пациентов (10,8%) в группе ЛЖШ ($p > 0,05$). Результаты: Среднее время оперативного вмешательства составило $68,8 \pm 36,0$ минут в Группе №1 и $137,3 \pm 40,4$ минут в Группе №2 ($p > 0,05$). Повторные операции для устранения осложнений потребовались у 3 больных (1,64%) после осуществления ЛРРЖ и у 2 пациентов (5,41%) после проведения ЛЖШ ($p > 0,05$). Через 1 год после выполнения вмешательства потеря избыточной массы тела составила $69,9 \pm 31,5\%$ в Группе №1 и $73,7 \pm 42,9\%$ - в Группе №2 ($p > 0,05$), а через 18 месяцев после проведения операции значения данного показателя составило 76,2% и 86,3% соответственно, что представляло уже статистически значимую разницу ($p > 0,05$). Концентрация гликированного гемоглобина упала до $5,53 \pm 0,58\%$ и $5,54 \pm 1,36\%$ ($p > 0,05$). Повышенное артериальное давление сохранилось у 19,1% и 21,6% пациентов ($p > 0,05$) соответственно. Доля больных, страдающих метаболическим синдромом также сократилась до 18,0% в Группе №1 и до 20,8% в Группе №2 ($p > 0,05$). Снижение веса, гликемии, уровня гликированного гемоглобина и доли пациентов, все еще имеющих признаки артериальной гипертонии и метаболический синдром, по сравнению с предоперационным уровнем было статистически значимым в обеих группах ($p > 0,05$). В оставшихся случаях было отмечено клинически-значимое улучшение течения заболевания. Объективные признаки ГЭР после операции были отмечены в 32 случаях (17,5%) в Группе №1 и у 4 пациентов (10,8%) в Группе №2 ($p > 0,05$). Признаки витаминдефицита были отмечены в 3 случаях (1,6%) и 4 случаях (10,8%) соответственно (p

42. СОЧЕТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Праздников Э.Н., Миронов К.Э., Одишелидзе Н.В.

Москва

МГМСУ, им. А.И.Евдокимова

Лечение желчнокаменной болезни является актуальной проблемой современной абдоминальной хирургии. Холелитиазом страдают 3,6% мужчин и 13,1% женщин (В.А. Максимов). По последним данным заболеваемость желчнокаменной болезнью возросла в 1,8 раза, причем болезнь значительно «помолодела» и поражает лиц трудоспособного возраста. В связи с этим интерес к радикальному лечению этой нозологии весьма велик в социально-экономическом плане. Лапароскопическая холецистэктомия стала «золотым стандартом» в лечении камней желчного пузыря, что позволяет выполнять хирургическое лечение в соответствии с принципами малоинвазивной хирургии. Данная методика обеспечивает пациенту практически полное отсутствие болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде, ранняя активизация и высокое качество уровня жизни в отдаленном послеоперационном периоде. Также, эта методика делает возможным выполнение сочетанных (симультанных) операций для каждого конкретного пациента. Всего, в период с 2005 по 2015 гг., в НУЗ ЦКБ №2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД» прооперировано 444 пациента, страдающих холелитиазом в сочетании с другой хирургической патологией. Из них 162 мужчин, из которых 64 в сочетании с пупочной грыжей, 56 – с односторонней паховой грыжей, 32 – с двухсторонней паховой грыжей, 5 – с хроническим аппендицитом, 3 – с доброкачественными образованиями надпочечника, 2 – с опухолью восходящего отдела толстого кишечника и 281 женщина, из которых 119 в сочетании с пупочной грыжей, 62 – с миомой матки, 53 – с опухолевыми заболеваниями яичников, 29 – с гидросальпинксом, 14 – с односторонней паховой грыжей, 2 – с доброкачественными образованиями надпочечника, 2 – с опухолью восходящего отдела толстого кишечника. Возраст пациентов составлял от 18 до 84 лет. Всем пациентам выполнялось хирургическое лечение под многокомпонентным эндотрахеальным наркозом. Выполнялась лапароскопическая холецистэктомия с обязательным дренированием подпеченочного пространства, а так же хирургическая коррекция сопутствующей патологии из того же лапароскопического доступа, за исключением пупочной грыжи, пластика которой выполнялась после извлечения троакаров. Дренаж удаляли после контрольного УЗИ подпеченочного пространства при отсутствии свободной жидкости. Средняя длительность пребывания дренажа составляла 1-2 суток. Из осложнений отмечено: гематомы троакарной раны области установки 11 мм троакара в 18 случаях; послеоперационные серомы грыжевого мешка - 9 случаев; желчеистечение в результате прорезывания клипсы на культе пузырного протока – 2 случая, острый орхоэпидидимит – 1 случай. Большинство пациентов приступили к труду на 12-14 сутки. Средний срок госпитализации составлял $5,4 \pm 1,8$ койко-дня.

43. ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ

Праздников Э.Н., Миронов К.Э., Одишелидзе Н.В.

Москва

МГМСУ, им. А.И.Евдокимова

В ургентной хирургии острый аппендицит всегда был и остается одной из самых актуальных проблем, являясь самым распространенным заболеванием в экстренной хирургии. Открытая (традиционная) аппендэктомия имеет ряд недостатков, к которым относится ограниченная возможность ревизии и санации брюшной полости, более частые послеоперационные гнойные осложнения в области операционных ран, более продолжительный период реабилитации и времени нетрудоспособности пациента и увеличенное время пребывания в стационаре. Частота осложнений при открытой аппендэктомии составляет до 10%. Лапароскопическая аппендэктомия, в сравнении с традиционной, имеет ряд несомненных преимуществ: малая травматичность, меньшая частота послеоперационных осложнений, адекватная визуализация зоны операции и ревизия органов брюшной полости, возможность выполнения симультанных операций без расширения хирургического доступа, косметический эффект, минимальные сроки госпитализации и временной нетрудоспособности. Использование видеоэндохирургических технологий позволяет своевременно диагностировать острый аппендицит и принять решение о своевременном хирургическом лечении. В период с 2010 по 2015 гг на кафедре факультетской хирургии №1 МГМСУ на базе НУЗ ЦКБ №2 им. Н.А.Семашко ОАО «РЖД» и ГКБ№52 по поводу острого аппендицита выполнено 2037 лапароскопических аппендэктомий. Возраст пациентов составлял от 18 до 74 лет. Из них 894 мужчины, 1143 – женщины. Сроки обращения пациентов от начала заболевания составляли от 3 часов до 6 суток, в том числе менее 6 часов – у 9%, 6-12 часов – 28%, 12 - 24 часов - 34%, более 24 часов – 49% пациентов. По клиническим формам случаи разделялись следующим образом: катаральный 36%, флегмонозный 58%, гангренозный 6%. В ходе интраоперационной ревизии у 10% пациентов выявлен рыхлый периаппендикулярный инфильтрат, у 14% - периаппендикулярный абсцесс, у 8 – выраженный спаечный процесс в зоне операции. В 13% случаев червеобразный отросток располагался ретроцекально, а в 4% ретроперитонеально. Всем пациентам производилась лапароскопическая аппендэктомия в различных вариантах с обязательным дренированием брюшной полости. Ни в одном из случаев интраоперационной конверсии не производилось. Послеоперационных осложнений, а так же релапароскопий и релапаротомий в послеоперационном периоде не было. Средний койко день составил 3,4 дня, таким образом, лапароскопическая аппендэктомия является современным малоинвазивным, обеспечивающим хорошие результаты и сопровождающимся, по сравнению с традиционными методами оперирования, существенно более низкими показателями послеоперационных осложнений, сокращению сроков пребывания в стационаре, ранней реабилитацией пациентов. Так же из преимуществ лапароскопической аппендэктомии следует отметить, что в ходе выполнения лапароскопии возможно провести адекватную ревизию всей брюшной полости, что дает возможность оценить состояние органов брюшной полости, а так же выявить наличие сопутствующей патологии.

44.КАРДИОДИЛАТАЦИЯ ИЛИ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОТОМИЯ У БОЛЬНЫХ АХАЛАЗИЕЙ ПИЩЕВОДА (АП)?

Оскретков В.И., Балацкий Д.В., Гурьянов А.А.

Барнаул

ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет МЗ РФ, Кафедра общей хирургии

Цель исследования. Провести оценку отдаленных результатов миниинвазивных операций и кардиодилатации при АП для определения показаний к этим методам лечения. Материал и методы. Работа основана на результатах лечения 152 больных АП. Из них 95 больным была выполнена кардиодилатация (1 группа). 57 пациентов после видеолапароскопической растяжной эзофагокардиомиотомии по Геллер с эзофагофундопликацией по Дор составили 2 группу. Преобладали больные с 2 и 3 стадией АП (29,6% и 38,8% соответственно), с 4 стадией было 23,0% пациентов и с 1 стадией 8,6%. В 1 группе были больные с 1-4 стадией. Вторую группу составляли больные с 2-4 стадиями АП. По полу и возрасту пациенты обеих групп были сопоставимы. Результаты и обсуждение. В отдаленные сроки у больных 1 группы по результатам рентгеноскопии пищевода кардия была свободно проходима для бариевой взвеси, однако у всех пациентов с 3, 4 стадией и части пациентов со 2 стадией АП, отмечалась задержка бария в нижней трети пищевода. Диаметр супрастенотического расширения сокращался на одну треть по сравнению с исходными данными. Результаты манометрии характеризовались снижением тонуса кардии, пищеводно-желудочного градиента, при этом повышалась амплитуда сокращений в средней и нижней трети пищевода. У 43,8 % пациентов из той же группы, в сроки от 3 месяцев до 2 лет возник рецидив АП, что потребовало повторной госпитализации. В 29,7 % наблюдений функция пищевода восстановлена при повторных (от 1 до 3) курсах кардиодилатации. У 14,1 % больных кардиодилатация оказалась не эффективной, вследствие чего они были оперированы. Во 2 группе после оперативного лечения выявлено сокращение диаметра пищевода до 38,4 % по сравнению с исходными данными. Раскрытие кардии при второй и третьей стадиях ахалазии пищевода происходило без задержки. Диаметр кардии в момент раскрытия независимо от стадии заболевания составлял от 8 до 10 мм. По результатам манометрии у всех больных, независимо от стадии заболевания, отмечалось снижение базального тонуса пищевода. Заметно улучшались данные моторики пищевода – амплитуда сокращений во всех отделах пищевода возрастала по сравнению с дооперационными данными. Наличие патологических гастроэзофагеальных рефлюксов при проведении суточной рН-метрии пищевода не выявлено ни у одного больного. Рецидивов АП во 2 группе пациентов не было. Заключение. Видеолапароскопическая растяжная кардиомиотомия по Геллер с эзофагофундопликацией по Дор отличается хорошими функциональными результатами, отсутствием рецидивов заболевания и может с успехом выполняться при 2-4 стадии АП. Кардиодилатация наиболее эффективна при 1 стадии АП, при 3 и 4 стадиях характеризуется высоким числом рецидивов заболевания.

45.Лапароскопическое лечение рецидивных срединных послеоперационных грыж живота

Мехтиханов З.С.

Дербент

ГБУ РД «Дербентская» ГБ

Хирургическое лечение послеоперационных грыж живота остается одной из наиболее сложных проблем герниологии. Частота рецидивов достаточно высока и составляет от 25 до 30%. Цель

исследования: изучить результаты лапароскопического способа лечения рецидивных срединных послеоперационных грыж живота с применением современных композитных синтетических эндопротезов. Материал и методы. Проведено проспективное исследование результатов лечения 22 больных (17 женщин и 5 мужчин), оперированных лапароскопическим способом в отделении общей хирургии ГБУ РД «Дербентская» ГБ по поводу рецидивных срединных послеоперационных грыж живота (ПОГЖ) за период с сентября 2012 года по май 2015 год. Ранее у всех больных были выполнены лапаротомные операции по поводу ПОГЖ: у 18 - пластика только местными тканями и у 4 больных область ушивания грыжевого дефекта дополнительно была укреплена сетчатым эндопротезом по методу «onlay» поверх апоневроза. Средний возраст больных составил $62,5 \pm 2,8$ года (от 46 до 78 лет). Всем больным перед операцией, наряду с общеклиническими, проводились специальные исследования: спирометрия, ультразвуковое исследование передней брюшной стенки и органов брюшной полости, а также рентгеновская компьютерная томография для оценки размера грыжевого дефекта и отношения объема грыжевого содержимого к объему брюшной полости. Лапароскопическая операция выполнялась традиционно по стандартной методике триангуляции с использованием трех троакаров (двух 5 мм и одного 10 мм) и композитных синтетических эндопротезов «ПАРИЕТЕН-композит» COVIDIEN по методу IPOM («intraperitoneal onlay mesh»). У 8 больных проведено предварительное ушивание грыжевых ворот при их размерах от 3 до 7 см чрезкожными чрезфасциальными швами с надфасциальной установкой узла, а остальным 14 больным сетка-протез установлена на задней поверхности брюшной стенки поверх дефекта с перекрытием его краев на 3 и более см во всех направлениях. Сетка фиксировалась к мягким тканям герниостеплером «PROTACK 5mm» COVIDIEN по методу «двойной короны». Сроки наблюдения за больными после выписки из стационара составили от четырех месяцев до трех лет. Результаты. Интраоперационных осложнений связанных с наложением пневмопери-тонеума, введением первого троакара и проведением адгезиолизиса не было. Инфекционных осложнений со стороны троакарных ран в послеоперационном периоде также не было. Средняя продолжительность операции составила $68,3 \pm 0,18$ мин (от 45 до 130 мин). У 12 больных в раннем послеоперационном периоде выявлены серомы, которые спонтанно разрешились у 11 из них, а у одной больной пришлось дважды ее пунктировать для удаления экссудата. Все эти случаи были связаны с формированием закрытого пространства между грыжевым мешком и протезом. В сроки через 7 месяцев и полтора года после лапароскопической пластики рецидивной срединной ПОГЖ— у 2 (9,1 %) больных возникли повторные рецидивы грыжи. Причиной рецидивов грыжи в обоих случаях был отрыв края сетки-эндопротеза от места его фиксации к мышцам из-за расхождения ранее наложенных швов на грыжевой дефект круглой формы в 5 и 7 см в диаметре. Выполнены повторные лапароскопические операции – установлены поверх прежних новые сетки больших размеров, перекрывающие дефект на 5 см во все стороны. При повторных операциях отмечено рыхлое сращение сальника и петель тонкой кишки к сетке-эндопротезу. Случаев кишечной непроходимости и кишечных свищей у наших больных не наблюдались. Выводы. Лапароскопическая протезирующая герниопластика с применением современных композитных сетчатых эндопротезов по методу IPOM («intraperitoneal on lay mesh») является надежным способом лечения рецидивных срединных ПОГЖ и сопровождается низкой частотой повторных рецидивов(9,1 %) в поздние сроки.

46. ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПИЩЕВОДЕ БАРРЕТТА

Баулин А.А., Стародубцев В.А., Баулин В.А., Креймер В.Д., Баулина Е.А., Баулина О.А.

Пенза

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ГИУВ

На сегодняшнем этапе врачебное сообщество разделилось на три группы в плане понимания пищевода Барретта как осложнения рефлюксной болезни. Одни понимают под этим злокачественный процесс, другие предрак и третьи, которых становится всё больше, представляют и как стабильный, и как динамический процесс, где есть элементы гиперкератоза, метаплазии и дисплазии. В диагностической работе по биопсийному, операционному и секционному материалу рекомендуется пользоваться гистологической классификацией пищевода Барретта, насчитывающей 4 формы: характерную, кардиальную, фундальную и индифферентную; нужно учитывать, что у 10-12% больных барреттовым пищеводом могут возникнуть явления тяжёлые дисплазии и аденокарцинома. Последняя развивается обычно через стадию дисплазии. Отсюда и формируется лечебная программа, поэтому при разных пониманиях она разная. Одностороннее представление процесса приводит к ошибкам в принятии решения и проведении необоснованных по объёму оперативных вмешательств. Наиболее правильной точкой зрения, отвечающей эндоскопической и гистологической картина и лечебной тактике, признается, что при пищеводе Барретта мы можем обнаружить гиперкератический процесс, желудочную, тонкокишечную и толстокишечную метаплазии и дисплазии лёгкой, средней и тяжелой степени (или 1-ой, 2-ой и 3-ей степени), где только тяжёлой или 3-ей степени признаётся как рак (аденокарцинома). Таким образом при метаплазии, дисплазии легкой и средней степени возможна консервативная терапия, подслизистая резекция, как малоинвазивная эндоскопическая операция, а при тяжелой показаны или подслизистая резекция при ультразвуковой диагностике поверхностного процесса без вовлечения подслизистого слоя, или радикальная операция по типу проксимальной резекции желудка с нижней третью пищевода (операция Льюиса). Мы используем видеоэндоскоп фирмы Фьюджинон с десятью наборами волн разной длины, которые готовы к использованию в клинической практике (FICE), они позволяют выбирать спектральные изображения с определенной длиной волны, усиливать различия отраженного спектра и создавать высококонтрастные изображения различных тканей и тем самым уже на этапе видеоэндоскопии диагностировать пищевод Барретта. Обследованы 5301 пациент, РЭ выявлен у 3162 пациентов (59,65%), 5 ст., что соответствует именно пищеводу Барретта (по Савари-Миллеру в модификации G.N.J.Tytgat et al.), у 109 (3,45%), из них болевой синдром присутствовал только у 34%. Нам удалось выявить следующие типы строения области пищеводно-желудочного перехода: диффузная метапластическая миграция железистого эпителия за границу палисадных сосудов, миграция в виде язычков и островков, смазанность зубчатой линии, четкая зубчатая линия с формированием фиброзного кольца, гиперкератоз многослойного плоского эпителия (простая лейкоплакия). В дополнение, применяя технологию FICE, используя режимы «0» R-500 nm, G-445 nm, B-415 nm, и «5» R-500 nm, G-480 nm, B-420 nm удалось достичь высококонтрастного изображения зоны перехода. Используя режим «6» R-580 nm, G-520 nm, B-460 nm удалось достичь высококонтрастного изображения артериальных сосудов слизистой оболочки. Это повышало достоверность заключений, свои наблюдения мы у части больных подтверждали гистологическими исследованиями. Из консервативных мероприятий, кроме типичной терапии (Майстрихт) мы используем, в том числе, магнитотерапию на область нижнего пищеводного сфинктера методом сфокусированного магнитного поля с визуализацией и морфологической

оценкой биопсийного материала из пограничной зоны на слизистой оболочки пищевода. Интересно знать, а что же происходит со слизистой пищевода после антирефлюксных операций. В нашей клинике мы у подавляющего числа пациентов используем чисто антирефлюксную оригинальную методику фиксации угла Гиса, которая сразу же после операции у больных с 3-4 степенью недостаточности кардии у 93% её ликвидирует полностью и у 7% остаётся 1 степени – это подтверждено эндоскопически. Близкие к 7% регистрируют рентгенологи незначительный кратковременный желудочно-пищеводный рефлюкс при горизонтальном положении, причём эти данные не совпадают для одних и тех же больных при этих исследованиях. У нас нет возможности перед антирефлюксной операцией проводить современное активное воздействие на зоны метаплазии или дисплазии лёгкой степени в виде подслизистой резекции, аргоноплазменной коагуляции и др. Материал пока ещё недостаточно достоверный по количеству, но предварительно можно сказать при динамическом видеоэндоскопическом контроле в течение первого года наблюдения о постепенном регрессе процесса, уменьшении зоны поражения, его протяжённости даже без какого-либо систематического целенаправленного консервативного воздействия, исчезновении воспалительно-деструктивных изменений на слизистой оболочке в нижней трети пищевода. Гистологические данные у большинства получить не удаётся (из-за оплаты), но они накапливаются и анализируются. По отдельным больным в более отдалённом периоде, в том числе подтверждено гистологическим исследованием, можно судить даже об исчезновении зоны метаплазии. Из всей группы есть больные со сроками наблюдения более 7 лет, у которых сохраняется хорошая замыкательная функция пищеводно-желудочного перехода, при регулярном эндоскопическом контроле в сроки более одного года не наблюдается патологических изменений на слизистой оболочке и хорошо видна зет-линия. У нас под наблюдением есть четверо больных, у которых выполнены операция Льюиса по завышенным показаниям (метаплазия), у них наблюдается тяжёлый рефлюкс-эзофагит с выраженной клиникой и изменениями слизистой оболочки, а один из них перенёс три реконструктивные операции. Из вышеизложенного следует, что у части пациентов с пищеводом Барретта после антирефлюксной операции можно ожидать регресса процесса вплоть до его полного исчезновения. Консервативная терапия под динамическим контролем увеличивает шансы положительного результата. Предпочтение нужно отдавать малотравматичным антирефлюксным локальным операциям, расширенные радикальные операции показаны только при тяжёлой дисплазии и раке.

47. Результаты восстановительных операций с применением лапароскопических технологий у больных с концевыми колостомами.

Хасия Д.Т., Гиберт Б.К., Матвеев И.А., Матвеев А.И., Гаврилей П.А.

Тюмень

ГБУЗ ТО " Областная клиническая больница №1 "

Восстановительные операции у больных с концевыми колостомами являются наиболее сложными вмешательствами в реконструктивной хирургии. В последние годы при их выполнении применяются лапароскопические манипуляции с благоприятным эффектом. Цель работы- дать

оценку результатов применения лапароскопических технологий при восстановительных операциях у больных с концевыми колостомами, сформированных при экстренных обструктивных резекциях толстой кишки. Материалы и метод. В клинике с 2000г выполнено 168 восстановительных вмешательств из лапаротомных доступов у больных с концевыми колостомами. С 2013 года восстановительные операции выполняются с применением лапароскопических технологий. Для нивелирования негативных последствий периода освоения, операции выполнялись одним, наиболее квалифицированным эндоскопическим хирургом больницы. В его отсутствие восстановление непрерывности проводилось традиционным способом. Результаты. Всего в 2013г оперировано 66 пациентов с концевыми колостомами сформированными в различных ЛПУ области. Лапароскопические технологии применены у 48 пациентов(73%). Летальных исходов не было. Конверсия выполнена у 6 пациента из-за невозможности разделения адгезивных сращений брюшной полости. У 42 пациентов выполнена лапароскопическая операция, т.е. в 90 % случаев операция выполнима. Характер оперативных вмешательств заключался в лапароскопической мобилизации проксимального и дистального отделов толстой кишки с наложением анастомоза в ране после снятия свища, либо в брюшной полости в зависимости от длины прямой (сигмовидной) кишки. Анастомоз у 27 больных сформирован механическим швом, у 15- лигатурным способом. Продолжительность операции с лапароскопическим этапом мобилизации составила $144,5 \pm 30,63$ мин, из срединного доступа- $185,4 \pm 71,52$. Операционная кровопотеря при лапароскопическом вмешательстве была $99 \pm 98,80$ мл, при срединной лапаротомии, $311,7 \pm 130,9$ мл. Размер операционной раны восстановительной операции с лапароскопическим адгеолизисом составил $7,3-0,90$ см. При восстановлении непрерывности кишки из срединной лапаротомии размер ран брюшной стенки (срединная и постстомальная рана)- $24,08-3,62$ см. Осложнения после операций с лапароскопическим этапом возникли у 5(11,9%) человек: несостоятельность анастомоза с развитие абсцесса брюшной полости у 2-х пациентов, стриктура анастомоза возникла у одного пациента, потребовавшая в дальнейшем через 2 месяца лапаротомии и пластики в зоне анастомоза. Незамеченное повреждение тонкой кишки было в 1 случае потребовавшее лапаротомии и ушивание дефекта, инфильтрат брюшной полости с развитием частичной кишечной непроходимости у 1 больной. Внутрибрюшные осложнения после лапаротомной операций были у 8 пациентов, в том числе несостоятельность анастомоза, недиагностированные дефекты оперативного лечения(сквозные незамеченные дефекты тонкой кишки и мочевого пузыря, перевязка артерий, кровотечение из спаек)- 7 больных, отграниченные воспалительные абсцессы и инфильтраты у 4-х и острая спаечная кишечная непроходимость у 1больной. Таким образом продолжительность восстановительных операций с применением лапароскопического этапа была меньше, чем при восстановлении непрерывности кишечника из срединной лапаротомии. Так же значимыми в пользу лапароскопических операций имеются различия по степени кровопотери и операционной травмы за счет меньшей длины послеоперационной раны. Частота внутрибрюшных осложнений после операций с эндоскопическим адгеолизисом меньше, чем при лапаротомных операциях, в основном были связаны с наложением анастомоза в области постстомальной раны. При лапароскопической мобилизации отделов толстой кишки недиагностированные дефекты тонкой кишки был лишь в одном случае, при лапаротомных восстановительных операциях повреждения были кратно больше, что связано с более прецезионным эндоскопическим разделения сращений. Выводы. 1. Восстановление непрерывности кишечника с лапароскопическим адгеолизисом у больных с концевыми колостомами возможно с накоплением опыта выполнения лапароскопических операций на толстой кишке. 2. Восстановительные операции с лапароскопическим адгеолизисом менее продолжительные, чем при восстановлении непрерывности из срединной лапаротомии. Размер

операционной раны, кровопотеря при восстановительных операциях с применением эндоскопического этапа меньше, чем при вмешательствах из лапаротомных доступов. 3. Структура послеоперационных осложнений операций с лапароскопическим адгезиолизисом отличается от аналогичных вмешательств из лапаротомных доступов меньшим количеством незамеченных повреждений внутренних органов, а так же отсутствием инфекционных осложнений со стороны раны. 4. При владении лапароскопической техникой выполнения операций, восстановление толстой кишки из лапароскопического доступа в 90% случаев выполняема. При накоплении опыта эта операция станет операцией выбора в структуре восстановительных операций на толстой кишке.

48. Результаты симультанных операций у пациентов с желчно-каменной болезнью

Колядко В.П., К.К.Буторин, И.П.Набиуллин, А.В.Сатинов, Г.В.Карпачев,Е.А.Рыжкова

ХМАО-ЮГРА, Нижневартовск

Нижневартовская окружная клиническая больница

До настоящего времени количество симультанных вмешательств в общехирургических стационарах не превышает 1-6%. По данным ВОЗ за 1985 год, около 30% пациентов нуждающихся в оперативном лечении, имеют одно или несколько заболеваний подлежащих хирургической коррекции. Не секрет, что ряд пациентов повторно оперируется в течении года по поводу заболеваний, которые не были вовремя диагностированы на предшествующем этапе лечения. Цель исследования: Оценить непосредственные результаты симультанных вмешательств у пациентов с желчно-каменной болезнью. За период с 2005-2015 год в отделении плановой хирургии выполнено 3362 лапароскопических вмешательств. Подавляющее большинство 3163(100%) операции выполнены по поводу ЖКБ. Осложнения получили у 3,7%. Средний койко день составил 4,4 койко дня. Симультанные вмешательства предприняты у 72(2,13%) пациентов. Женщин было 45(1,4%), мужчин 27(0,85%). Средний возраст составил 53 года. Выполнены следующие вмешательства лапароскопическая холецистэктомия(ЛХЭ) в сочетании с эзофагофундопликацией (floppy-Nissen)-22 пациента, ЛХЭ+ИПОМ коррекции вентральной грыжи-2, ЛХЭ+аднексэктомия-4, ЛХЭ+TAPP(трансабдоминальная преперитонеальная пластика), при наличии одно и билатеральных паховых грыж-10, ЛХЭ+фенестрация простых кист печени-3, ЛХЭ+гепатико-еюностомия на длинной петле с межкишечным анастомозом по Брауну 1 пациенту, при сочетании деструктивного холецистита и нерезектабельного рака головки поджелудочной железы, ЛХЭ+аппендэктомия при наличии хронического аппендицита у 2, ЛХЭ+Видеоассистированное снятие колостомы и восстановление непрерывности ободочной кишки-3 пациента, ЛХЭ+торакоскопическое иссечение кисты перикарда-1, ЛХЭ+метастазэктомия-2, ЛХЭ+иссечение кист забрюшинного пространства и брыжейки -1. ЛХЭ+открытая герниотомия вентральной грыжи в гипогастральной области выполнена у 20 больных, ЛХЭ+удаление инородного тела брюшной полости(внутриматочная спираль)-1. В послеоперационный период осложнения наступили у 3(4,1%) пациентов. В одном случае нагноение параколостомальной раны после ЛХЭ и ликвидации колостомы. У 1 больного серома предбрюшинного пространства после ЛХЭ в сочетании с TAPP, и еще в одном случае флеботромбоз глубоких вен у пациентки

перенесшей ЛХЭ в сочетании с метастазэктомией. Все пациенты с осложненным послеоперационным течением пролечены консервативно. Летальных исходов не было. Длительность пребывания в стационаре составил 5 койко- дней. Обращает на себя внимание тот факт, что за последний год оперировано 10 пациентов с хирургической патологией не распознанной при первой госпитализации. Пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы было 2, еще 7 пациентов с грыжами передней брюшной стенки, и у 1 пациента киста поджелудочной железы. Считаем что выполнение симультанных вмешательств не увеличивает количество послеоперационных осложнений (4,1 % против 3,7% при изолированной ЛХЭ), не значительно влияет на сроки госпитализации в сравнении с пациентами перенесшими изолированную ЛХЭ (5 и 4,4 койко дня соответственно). Считаем необходимым более пристальное внимание уделять предоперационному обследованию пациентов с целью раннего выявления пациентов с сочетанной патологией нуждающихся в симультанных вмешательствах.

49. РОЛЬ МИНИМАЛЬНОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Притула А.Е.(1), Сидоренко А.Б.(2)

Дубна, Москва

1) ГБУЗ МО "Дубненская городская больница" 2) ГБУЗ МО "МОНИКИ им М.С.Владимирского"

Введение. Тенденции хирургии всего мира предусматривают минимизацию повреждения органов и тканей, обусловленных оперативным вмешательством. С 2010 года в нашем отделении принят план развития хирургии малых доступов во всех её видах и направлениях. Определены тактические и стратегические задачи, проведено обучение персонала, закуплено прецизионное оборудование и инструменты. Цель. Улучшить качество оказания хирургической помощи населению. Задачи. Уменьшить операционную агрессию на органы и ткани во всех направлениях развития хирургии. Материал и методы. Определены виды минимально инвазивной хирургии в зависимости от доступа: 1) через естественные пути (эндоскопия), 2) через свищевые каналы, 3) через раны (пункционные и инцизионные вмешательства). За период с 2009 по 2014 год в отделении произведены эндоскопические вмешательства; ретроградная папиллосфинктеротомия — 68, полипэктомия желудка — 12, полипэктомия прямой кишки — 163, полипэктомия сигмовидной кишки — 84, эндоскопический гемостаз желудка и ДПК — 112. Через свищевые каналы; чресфистулярная холедохолитоэкстракция — 9, антеградная папиллосфинктеротомия — 12, секвестрэктомия при панкреонекрозе — 28. Транскутантные вмешательства под контролем УЗИ; чрескожная чреспеченочная холецистостомия — 36, чрескожная чреспеченочная холангиостомия — 87 (наружное дренирование — 24, наружно-внутреннее дренирование — 44, внутреннее дренирование — 19), дренирование жидкостных скоплений брюшной полости и забрюшинного пространства — 267, дренирование абсцессов — 98, дренирование ложных кист ПЖ — 137. Инцизионно (лапароскопически) выполнено; ЛХЭ — 1040 (из них 206 SILS), холецистэктомия из мини-доступа — 613, ушивание перфоративных язв желудка и ДПК — 12, рефлюксной болезни желудка — 12, аппендэктомия — 112, герниопластика — 58, гемиколэктомия — 12. В результате минимально инвазивные вмешательства в отделении

составили 47%, что позволило отказаться от традиционных лапаротомий; при желчекаменной болезни в 99,2%, при желудочно-кишечных кровотечениях в 98,4%, при аппендэктомии в 64,5%, санация брюшной полости и дренирование абсцессов в 92,7%. Грыжесечение лапароскопически выполнено в 24% случаев. Выводы. 1) Комплексный подход к внедрению минимальноинвазивных технологий позволяет в большинстве случаев отказаться от традиционной лапаротомии. Диапевтический подход к лечению значительно улучшает диагностические возможности отделения.

50. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ АППЕНДЭКТОМИЙ

Мехтиханов З.С., Муталибов Р.Р.

Дербент

ГБУ РД «Дербентская» ГБ

Национальные клинические рекомендации требуют широкого внедрения лапароскопических технологий в лечении острого аппендицита, но они пока не получили широкого распространения в регионах России, возможно из-за инертности «мышления» хирургов, возможно из-за опасений высокой частоты послеоперационных осложнений при непогружном лигатурном методе обработки культи червеобразного отростка. Цель нашего исследования: изучить частоту и характер послеоперационных осложнений лапароскопических аппендэктомий при остром аппендиците. Материал и методы. В отделении общей хирургии «Дербентской» ГБ при остром аппендиците с сентября 2012 года по ноябрь 2015 года лапароскопическая аппендэктомия выполнена у 153 больных, в возрасте от 17 до 82 лет, среди них 89 мужчин и 64 женщин. Все операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом, с проведением предоперационной антибактериальной профилактики. Использовался, преимущественно, 3-х троакарный доступ, с установкой портов в области пупка (10 мм), над лоном (5мм) и в левой подвздошной области (10 мм). Сроки от начала заболевания составили от 8 часов до 10 суток. Неосложненные формы острого аппендицита имелись у 102 больных, в том числе флегмонозная форма - у 75, гангренозная - у 23, катаральная - у 4 больных. Осложненная форма острого аппендицита имела у 51 больного. У 21 больного течение заболевания осложнилось перфорацией червеобразного отростка. Деструктивный аппендицит, осложненный местным перитонитом (периаппендикулярным абсцессом) обнаружен у 12, диффузным перитонитом - у 13 и разлитым перитонитом - у 5 больных. После диагностической лапароскопии и оценки распространенности воспалительного процесса проводилась аппендэктомия с монополярной обработкой брыжейки червеобразного отростка. Способы обработки культи червеобразного отростка были различными. У 13 больных культи червеобразного отростка погружена в кисетный шов. Лигатурным способом - лигирование культи червеобразного отростка двумя эндопетлями («викрил» 2/0), лапароскопическая аппендэктомия проведена у 53 больных, а у 87 больных выполнено клиппирование культи червеобразного отростка (клипсами от 5 до 8 мм в зависимости от диаметра основания отростка). Червеобразный отросток извлекался из брюшной полости в контейнере либо через просвет троакара. Дренирование полости малого таза и ложа отростка после лапароскопической аппендэктомии было избирательным и проводилось при наличии признаков

местного, диффузного и разлитого перитонита. Технически сложной лапароскопическая аппендэктомия была у 52 больных. Длительность операции составила от 25 до 110 минут. Конверсий к традиционному доступу не было. Результаты исследования. Ранние послеоперационные внутрибрюшные осложнения наблюдались у 2 (1,3 %) больных. У одного из них - послеоперационной абсцесс полости малого таза, как результат неадекватной санации гнойного экссудата – выполнена санационная релапароскопия и редренирование полости малого таза. У второго больного развилась ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость - проведена релапароскопия, адгезиолизис с введением противоспаечного препарата «Мезогель». Летальных исходов не было. Осложнений, связанных с раневыми инфекциями также не было. Выводы. Лапароскопическая аппендэктомия является методом выбора у пациентов с неосложненным и осложненным острым аппендицитом. Способ обработки культи червеобразного отростка не влияет на характер послеоперационных осложнений.

51. СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВОРСИНЧАТЫМИ ОПУХОЛЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ С ПРАВОСТОРОННЕЙ И ЛЕВОСТОРОННЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ

Аникина М.С.2, Помогайбо В.В.2, Дегтярёва С.И.2, Дробязгин Е.А.1,2, Чикинев Ю.В.1,2, Лютин Д.А.2

Новосибирск

1 – Новосибирский государственный медицинский университет2 – ГБУЗ НСО «Новосибирская областная клиническая больница»

В качестве границы между проксимальной и дистальной частями толстой кишки принят селезеночный изгиб, что, соответствует бассейнам кровоснабжения. Это деление основывается на различиях в анатомии, биологии, и метаболизма. Понятия «правосторонней» и «левосторонней» локализации колоректальных неопластических образований основаны на том же разграничении. В эндоскопическом отделении ГБУЗ НСО «ГНОКБ» в период с 2010 по третий квартал 2015 года у 179 пациентов выполнено 256 эндоскопических резекций ворсинчатых опухолей толстой и прямой кишки со стелющимся типом роста размерами от 3 см в диаметре у основания. Из них 186 вмешательств выполнено по поводу первичных опухолей и 76 по поводу рецидивных. Женщин было 98, мужчин 83. Возраст пациентов был от 50 до 88 лет. У 64 пациентов был применен комбинированный метод петлевой электроэксцизии опухоли с обработкой краев и ложа удаленной опухоли аргоноплазменной коагуляцией. У 115 пациентов образования были удалены методом петлевой электроэксцизии. Наибольшее количество удаленных опухолей локализовалась в прямой кишке (153), в ректосигмоидном отделе – 19, в сигмовидной кишке – 19, в нисходящей ободочной – 4, в поперечной ободочной – 16, в восходящей ободочной – 6, в слепой кишке – 15. Синхронные ворсинчатые опухоли наблюдались у 16 пациентов (прямая и сигмовидная кишка – 4, 2 в поперечноободочной – 4, поперечноободочная и слепая – 6, восходящая ободочная и слепая - 3). Таким образом, в левой половине толстой кишки ворсинчатые опухоли располагались у 202 пациентов, в правых отделах – у 54. Исследования и вмешательства проводились аппаратами «OLYMPUS exera CV-180» и «OLYMPUS exera CV-150», аппаратом для проведения диатермокоагуляции «ESG-100», с применением петель для

диатермокоагуляции разной формы, а также многофункциональным аппаратом «EXEL NHP400/DA» для проведения аргоноплазменной коагуляции. Кровотечение из ложа удаленной опухоли возникло после 17 проведенных вмешательств. Гемостаз потребовался после удаления ворсинчатых опухолей с локализацией в правой половине ободочной кишки. При этом, кровотечение развилось после петлевой электроэксцизии в 15 случаях и только в 2 после применения комбинированного метода. В 16 наблюдениях кровотечение удалось остановить инъекционным способом: введением в подслизистый слой раствора адреналина 0,1% в разведении 1:10000 и аргоноплазменной коагуляции. У одного больного с кровотечением после удаления ворсинчатой опухоли сигмовидной кишки эндоскопический гемостаз оказался не эффективным, что потребовало хирургического вмешательства в объеме лапаротомии, резекции сигмовидной кишки. У одного больного с ворсинчатой опухолью слепой кишки через 6 часов после петлевой электроэксцизии развилась отсроченная перфорация, больной оперирован в объеме лапаротомии, резекции слепой кишки, илеоасцендостомии. В обоих случаях послеоперационный период протекал без осложнений. Количество ранних послеоперационных осложнений для ворсинчатых опухолей, расположенных в левой половине толстой кишки (8,4%) оказалось достоверно выше (р

52.АРГОНОПЛАЗМЕННАЯ КОАГУЛЯЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПИЩЕВОДОМ БАРРЕТТА

Дробязгин Е.А.1,2, Чикинев Ю.В. 1,2, Аникина М.С. 2, Помогайбо В.В. 2

Новосибирск

1 – Новосибирский Государственный медицинский университет. 2 – ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница».

Цель работы: оценка результатов использования аргоноплазменной абляции слизистой пищевода при лечении пациентов с пищеводом Барретта. В клинике кафедры госпитальной и детской хирургии НГМУ, в отделении торакальной хирургии ГБУЗ НСО «ГНОКБ» методика аргоноплазменной абляции участков метаплазии Барретта выполнена 23 пациентам в возрасте от 31 до 76 лет (мужчины - 12, женщины - 11). Все пациенты поступали в клинику с установленным диагнозом и результатами патоморфологического исследования биоптатов из пищевода с установленной кишечной метаплазией. В большинстве наблюдений (у 17 пациентов) были симптомы гастроэзофагеального рефлюкса, проявляющиеся изжогой в дневное и ночное время. У 5 пациентов была диагностирована скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. А в 2 случаях вмешательство проводилось после ранее выполненной фундопликации в сроки более 1 года после операции. Для описания использовались Пражские критерии пищевода Барретта. Пациенты распределялись следующим образом: С 0,5 - 3 пациента, С 1 - 10, С 1,5 - 8, С 2 - 6; М 2 - 4, М 2,5 - , М 3 - 7, М 3,5 - 5, М 4 - 2. У 5 пациентов были единичные участки метаплазии по кишечному типу размерами до 15x4-5 мм. При патоморфологическом исследовании выявлена кишечная метаплазия со средней и высокой степенью дисплазии. Все вмешательства проводились в условиях общей анестезии с использованием видеогастроскопов GIF – 150 и 180 фирмы Olympus. Аргоноплазменной абляцией слизистой выполнялась аппаратом «EXELNHP400/DA». После проведения стандартного эндоскопического исследования, для

улучшения визуализации участков кишечной метаплазии слизистой, в зависимости от используемого аппарата, выполнялась хромоэндоскопия с раствором Люголя или осмотр в режиме NBI с выявлением участков изменения рельефа на ворсинчатый/гребневидный тип. Далее выполнялась аргоноплазменная абляция метаплазированных участков слизистой пищевода. Длительность вмешательства составляла от 7 до 20 минут. Технические сложности возникали при выполнении вмешательства после ранее выполненной фундопликации, из-за невозможности качественного раздувания нижней трети пищевода. Осложнений при проведении вмешательства и в послеоперационном периоде не отмечено. Наблюдение в динамике за пациентами проводилось в сроки 2-3 месяца после выполнения вмешательства с обязательным выполнением осмотра в NBI-режиме и выполнением биопсии со слизистой нижней трети пищевода. У большинства пациентов (19) одного курса абляции слизистой оказалось достаточным для ликвидации участков метаплазии, что подтверждено данными патоморфологического исследования. У 3 пациентов выявлено уменьшение размеров сегментов пищевода Барретта, что потребовало проведения еще 1 (у 3 пациентов) и 2 (у 1) курсов лечения соответственно. При этом в 1 наблюдении регресса очагов так и не наступило. Фундопликация по Ниссену выполнена 3 пациентам через 3 месяца после проведения процедуры (1 – лапароскопически, 2 – «открытым» способом). Выводы: применение аргоноплазменная абляция слизистой пищевода при пищеводе Барретта является эффективным и безопасным вмешательством, позволяющим устранить или уменьшить размеры очагов кишечной метаплазии. Считаем, что выполнение абляции должно проводиться до выполнения фундопликации. Обязательным считаем необходимость динамического наблюдения за пациентами в сроки не менее 2-3 месяцев с момента выполнения вмешательства и далее в зависимости от полученных результатов. В случае отсутствия эффекта данной методики, необходимо изменение протокола лечения этой категории пациентов.

53. ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Дробязгин Е.А.1,2, Чикинев Ю.В. 1,2, Судовых И.Е.2, Аникина М.С. 2

Новосибирск

1 – Новосибирский Государственный медицинский университет. 2 – ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница».

Ежегодно в ГБУЗ НСО «Государственная Областная Клиническая Больница» проводится от 20 до 25 лечебных бронхоскопий по поводу инородных тел нижних дыхательных путей. На долю пациентов детского возраста приходится более 90%, но случаи аспирации инородных тел встречаются и у взрослых пациентов. Так же встречается осложненное течение инородных тел нижних дыхательных путей, что связано с характером последних и давностью аспирации. За период с 1995 по 2015 год в отделении торакальной хирургии проведено 56 лечебных бронхоскопий с удалением инородных тел трахеи и бронхов у 48 мужчин и 8 женщин. Возраст пациентов был от 15 до 68 лет. Время экспозиции инородных тел составило от 24 часов до 2 месяцев, в 5 случаях давность аспирации инородного тела установить анамнестически не удалось. По характеру инородные тела были распределены на рентгеноконтрастные: зубные протезы, в том числе «мосты» – 4, канцелярские скрепки и кнопки – 4, скобяные изделия – 3, швейные иглы –

2, фрагмент металлической проволоки – 1, алюминиевое кольцо - 1. И рентген-негативные: фрагменты пищи – 8, мясные и рыбные кости – 2, инородные тела растительного происхождения (орехи и фрагменты семян подсолнечника, ветки пихты) – 6, фрагменты пластиковых упаковок и скотча – 3, пуговицы - 2. В особую группу инородных тел бронхов отнесены клапанные бронхоблокаторы – 20 шт. Лечебно-диагностический алгоритм при подозрении на инородное тело включал в себя выполнение рентгенографии органов грудной клетки в двух проекциях, гибкую бронхоскопию, компьютерную томографию. У пяти пациентов, поступивших в торакальное отделение ГБУЗ НСО «ГНОКБ» с гнойными заболеваниями легких и плевры (деструктивная пневмония, эмпиема плевры) из других лечебно-профилактических учреждений области, инородные тела нижних дыхательных путей явились случайной находкой при проведении эндоскопического исследования в нашем стационаре. Удалить инородные тела при гибкой бронхоскопии удалось у 39 пациентов. Для удаления применялись биопсийные щипцы и захваты типа «крысиный зуб», корзина Дормиа или петли для полипэктомии. При использовании гибкой бронхоскопии удалось удалить зубной мост, орехи, фрагменты пластика, часть инородных тел растительного происхождения и фрагменты пищи, а так же большинство клапанных бронхоблокаторов. При невозможности удаления инородного тела при гибкой бронхоскопии у 17 пациентов проведена ригидная трахеобронхоскопия в условиях общей анестезии с высокочастотной искусственной вентиляцией легких. Для захвата и экстракции инородных тел использовались щипцы типа «крокодил» из ригидного набора инструментов, или комбинированная бронхоскопия с захватом инородного тела щипцами типа «крысиный зуб» для гибкого бронхоскопа. В 2 наблюдениях попытки экстракции оказались безуспешны, что потребовало оперативного вмешательства. У одного пациента 17 лет с инородным телом нижнедолевого бронха справа (канцелярская кнопка) в процессе экстракции возникло кровотечение, что потребовало окклюзии бронха. Этим трем пациентам проведена торакотомия, бронхотомия, удаление инородного тела. Послеоперационный период протекал без осложнений. Нужно отметить, что особые технические сложности возникли при работе с 3 пациентами со сформированной концевой трахеостомой после экстирпации гортани. Несмотря на выраженные изменения конфигурации трахеи, вызывающие значительные сложности при ее интубации и извлечении инородных тел нижних дыхательных путей, во всех случаях проводилась ригидная трахеобронхоскопия. Были извлечены трахеостомическая трубка, пуговица, фрагменты пластика. Таким образом, гибкая бронхоскопия является методом выбора для диагностики и экстракции инородных тел нижних дыхательных путей у взрослых. Однако, данное вмешательство должно проводиться в стационаре, оснащенном необходимым эндоскопическим оборудованием для ригидной трахеобронхоскопии, и с учетом возможного перехода на торакотомию.

54. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО МЕТОДА ПЕТЛЕВОЙ ЭЛЕКТРОЭКЦИЗИИ И АРГОПЛАЗМЕННОЙ КОАГУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВОРСИНЧАТЫМИ ОПУХОЛЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

Аникина М.С. 2, Помогайбо В.В. 2, Дегтярёва С.И. 2, Дробязгин Е.А. 1,2, Чикинев Ю.В. 1,2, Лютин Д.А. 2

Новосибирск

1 – Новосибирский государственный медицинский университет 2 – ГБУЗ НСО «Новосибирская областная клиническая больница»

Колоректальный рак входит в пятерку наиболее распространенных онкологических заболеваний в мире как у мужчин, так и у женщин. Известно, что удаление доброкачественных новообразований толстой и прямой кишки является эффективной мерой профилактики колоректального рака. На сегодняшний день в арсенале колопроктологов имеется целый ряд малоинвазивных методов удаления новообразований данной локализации, но ни один из них не является универсальным. Так же не существует общепринятого подхода к лечению пациентов с доброкачественными эпителиальными образованиями толстой и прямой кишки. Эндоскопические методы лечения данной категории пациентов получают все большее распространение. Но до сих пор не существует единого мнения о возможностях и показаниях к использованию эндоскопических вмешательств при доброкачественных эпителиальных новообразованиях толстой кишки, касающихся допустимых размеров и ширины основания. В эндоскопическом отделении ГБУЗ НСО «ГНОКБ» в период с 2010 по третий квартал 2015 года у 179 пациентов выполнено 255 эндоскопических резекций ворсинчатых опухолей толстой и прямой кишки со стелющимся типом роста с размерами от 3 см в диаметре у основания. У 64 пациентов (42 женщины, 22 мужчины) был применен комбинированный метод петлевой электроэксцизии опухоли с обработкой краев и ложа удаленной опухоли аргоноплазменной коагуляцией. Возраст пациентов составил от 50 до 87 лет. У большинства пациентов (44) опухолевый процесс локализовался в прямой кишке. В меньшем числе случаев опухоли располагались в ректосигмоидном отделе толстой кишки – 4 пациента, сигмовидной кишке – 6, нисходящей ободочной – 2, поперечной ободочной – 2, восходящей ободочной кишке – 1, слепой кишке – 5. Синхронные опухоли были у 4 пациентов: у двоих пациентов в прямой и сигмовидной кишке, у одного – 2 образования в поперечной ободочной кишке, у одного – в восходящей ободочной и слепой кишке. Всего удалено 68 ворсинчатых опухолей со стелющимся типом роста. Исследование и вмешательства проводилось аппаратами «OLYMPUS exera CV-180» и «OLYMPUS exera CV- 150», аппаратом для проведения диатермокоагуляции «ESG-100», с использованием петель для диатермокоагуляции разной формы, а также многофункциональным аппаратом «EXEL NHP400/DA» для проведения аргоноплазменной коагуляции. Интраоперационные осложнения в виде кровотечения из основания удаленной ворсинчатой опухоли были у 2 пациентов. В обоих случаях кровотечения были остановлены введением в подслизистый слой раствора адреналина 0,1% в разведении 1:10000 с последующим применением аргоноплазменной коагуляции. Перфораций кишки при применении комбинированного метода не было. После проведенного лечения все пациенты были осмотрены в сроки 1, 3, 6, 12 18 месяцев, и далее 1 раз в год. Максимальный срок наблюдения составил 4 года. У 25 пациентов был выявлен местный рецидив заболевания. Наиболее часто рецидивы в результате неполного удаления ворсинчатой опухоли были выявлены в сроки 1-3 месяца (17); через 6 месяцев – 5, через 12 месяцев – 3. В этих случаях проводилось повторное эндоскопическое удаление с применением комбинированного метода с обязательным проведением контрольного гистологического исследования и назначением повторной колоноскопии с возможным удалением опухоли в сроки через 1-3 месяца. Из них у 21 пациента удалось достичь радикального удаления ворсинчатых опухолей больших размеров со стелющимся типом роста различных локализаций за 2 (10 наблюдений), 3 (7 наблюдений), 4 (2 наблюдения) и 6 (2 наблюдения) сеансов поэтапной эндоскопической резекции опухоли. В 2 случаях гистологическое заключение после повторного вмешательства выявило разрастание грануляционной ткани. Признаки малигнизации обнаружены в 2 рецидивных образованиях - этим пациентам проведено радикальное хирургическое лечение. У 3 пациентов в процессе

динамического наблюдения выявлены ворсинчатые опухоли другой локализации в сроки, превышающие 2 года, что было расценено как метакронные опухоли. У 35 пациентов за время исследования рецидивов образования не выявлено, их лечение считаем радикальным. Выводы: эндоскопическое удаление ворсинчатых опухолей толстой и прямой кишки больших размеров со стелющимся типом роста методом комбинации петлевой электроэксцизии и аргоноплазменной коагуляции является эффективным методом лечения. Данное вмешательство имеет малую частоту осложнений. Достоинствами методики являются: возможность эксцизии опухоли любой локализации, хороший функциональный результат лечения, возможность его применения у пациентов с высоким риском «открытых» оперативных вмешательств, относительную дешевизну метода. Возможно применение так называемого поэтапного эндоскопического удаления ворсинчатых опухолей больших размеров. Считаем обязательным гистологическое исследование фрагментов удаленных рецидивных опухолей, поскольку это позволяет дифференцировать истинный рецидив от воспалительных изменений в области рубца, и что более важно, от малигнизации образования.

55. ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ГЛОТКИ, ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Дробязгин Е.А.1,2, Чикинев Ю.В. 1,2, Аникина М.С. 2, Лютин Д.А. 2

Новосибирск

1 – Новосибирский Государственный медицинский университет. 2 – ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница».

За период с 1979 по 2014 годы в клинику с подозрением на инородное тело верхних отделов желудочно-кишечного тракта обращалось 1282 пациента (мужчин - 769; женщин - 513) в возрасте от 5 месяцев до 86 лет. Из них инородные тела при обследовании обнаружены у 651 пациента: у 568 в пищеводе и глотке, у 75 в желудке, у 4 в луковице двенадцатиперстной кишки, у 2 в искусственном пищеводе. Давность нахождения инородного тела при поступлении составляла от 1 часа до 5 суток. Основная масса пациентов (974) были переведены из других лечебных учреждений города и области. По локализации инородных тел в пищеводе и глотке: глотка – 22, вход в пищевод – 8, верхняя треть пищевода - 485, средняя треть – 38, нижняя треть – 15. По природе инородных тел распределение пациентов было следующим: в 207 случаях – фрагменты костей и хрящей, в 293 – фрагменты пищи, 9 – кости ягод, 57 - металлические предметы (протезы, коронки, монеты, проволока, ювелирные изделия, фольга, шарики, элементы питания для часов), по 1 наблюдению – стекло, уголь. Множественные инородные тела были у 49 пациентов. В основном (43 наблюдения) это были монеты. У 5 пациентов – фрагменты костей и хрящей. По 1 случаю инородные тела извлечены у пациентов после эзофагопластики левой половиной ободочной кишки и после пластики желудочной трубкой. Внедрение в стенку пищевода было у 11 пациентов. Рубцовое сужение пищевода с формированием сужения было у 49 пациентов, а сужение после удаления подслизистой опухоли пищевода у 1. Инородные тела (фрагменты пищи) находились в престенотическом участке или в зоне сужения. В 1 наблюдении причиной сужения была злокачественная опухоль пищевода. При наличии рентген-позитивного инородного тела выполнялась рентгенография шеи и органов грудной клетки. При подозрении на перфорацию

пищевода выполнялась рентгеноскопия пищевода с водорастворимым контрастным веществом. Даже при выявлении перфорации пищевода, первым этапом проводилась экстракция инородного тела. У всех пациентов детского возраста исследование и удаление инородных тел проводились при внутривенной анестезии. Попытка экстракции с помощью фиброскопа предпринята у всех пациентов. Для извлечения использовались щипцы для биопсии щипцы «крысиный зуб», петли для полипэктомии, захваты и корзина Дормиа. Выбор инструментария для удаления определяется анатомическими особенностями, характером и локализацией инородного тела. У 125 пациентов при наличии в просвете пищевода фрагментов пищи последние были разрушены и без осложнений проведены под контролем эндоскопа в желудок. Ригидная эзофагоскопия для удаления инородного тела проведена у 40 пациентов. Во всех случаях удалялись кости и металлические инородные тела. Показаниями к ее выполнению были: невозможность экстракции при помощи гибкого эндоскопа (вклинение инородного тела, глубокое внедрение в стенку, подозрение на перфорацию или перфорация пищевода), выраженный спазм на уровне глоточно-пищеводного перехода, болевой синдром при попытках проведения фиброскопа. Эзофаготомия и «открытое» извлечение инородного тела выполнена 5 пациентам (невозможность удаления при многократных попытках, угроза перфорации пищевода). При осмотре после удаления инородных тел повреждения пищевода обнаружены у 60 пациентов: осаднения у 22, отек в месте стояния инородного тела у 12, эзофагит у 11, изъязвления у 1, подслизистые гематомы у 3, пролежень стенки у 4, ожоги от стояния батареек у 4, раны слизистой у 2, кровотечение из раны пищевода у 1. В процессе удаления лишь в 1 случае произошла перфорация стенки пищевода. После удаления инородного тела пищевода и глотки 8 пациентов оперированы в экстренном порядке (7 - перфорация при длительном стоянии инородного тела, выявленная при поступлении в стационар, 1 – перфорация при удалении). Умер 1 пациент - перфорация инородным телом (куриная кость) пищевода с давностью 2 суток, флегмона шеи, задний гнойный тотальный медиастинит. Летальный исход наступил из-за профузного кровотечения вследствие аррозии общей сонной артерии на 15 сутки после удаления инородного тела, вскрытия, дренирования заднего-верхнего и заднего-нижнего средостения, гастростомии. При отсутствии инородного тела повреждения пищевода обнаружены у 53 пациентов: ссадины слизистой пищевода обнаружены у 35, эзофагит у 9, эрозия у 7, перфорация пищевода у 1, язва пищевода у 1. Инородные тела желудка удалены у 75 пациентов. Большинство пациентов (68) дети. В основном (65) это были металлические предметы: монеты, ключи, иглы, ложки, гвозди, по 1 случаю трубка, термометр, шуруп, соска, зубная щетка, заколка, батарейка. Инородные тела в двенадцатиперстной кишке обнаружены у 4 пациентов. Во всех наблюдениях инородными телами являлись иголки, внедренные в стенку кишки. Экстракция выполнена без осложнений. Выводы: 1) Диагностические и лечебные мероприятия у пациентов при подозрении или выявлении инородного тела верхних отделов желудочно-кишечного тракта должны проводиться в специализированном стационаре, имеющем в своем составе штат специалистов в эндоскопии и хирургии, для осуществления в случае необходимости полного спектра всех необходимых манипуляций и операций. 2) В случае поступления пациента с инородным телом пищевода, осложненным его перфорацией, первым этапом необходимо провести эзофагоскопию и удаление инородного тела с последующим оперативным вмешательством; 3) Использование гибкого эндоскопа является оптимальным. При невозможности выполнения экстракции при помощи фибробронхоскопа, должен быть рассмотрен вариант его удаления при помощи жесткого эзофагоскопа. 4) Рентгеноскопия пищевода и желудка должна выполняться при длительном (более суток) нахождении инородного тела в пищеводе, подозрении на перфорацию пищевода

56. ПРИМЕНЕНИЕ КЛАПАННОЙ БРОНХОБЛОКАЦИИ ПОСЛЕ ТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМЕ ЛЕГКИХ

Дробязгин Е.А.1,2, Чикинев Ю.В. 1,2, Аникина М.С. 2, Пионтковская К.А.1, Щербина К.И.1

Новосибирск

1 – Новосибирский Государственный медицинский университет. 2 – ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница».

В клинике кафедры госпитальной и детской хирургии лечебного факультета НГМУ в отделении торакальной хирургии ГБУЗ НСО «ГНОКБ» торакоскопические вмешательства при буллезной эмфиземе легких выполнены 188 пациентам (мужчин - 153, женщин - 35). В послеоперационном периоде у 20 пациентов (мужчины в возрасте от 18 до 78 лет) возникли осложнения - отсутствие расправления легкого и сброс воздуха по дренажам из плевральной полости. Вмешательство проводилось на 7-9 сутки после выполнения операции. У 11 пациентов выполнялась диатермокоагуляция булл и плеврэктомия, у 9 - резекция буллезно измененного участка легкого и плеврэктомия. Установка блокатора проводилась на спонтанном дыхании под местной анестезией. Установленный на дистальный конец рабочей части фибробронхоскопа, бронхоблокатор проводился и устанавливался в соответствующем бронхе при помощи биопсийных щипцов. Во всех случаях мы использовали клапанные бронхоблокаторы компании Medlung (Барнаул) №№: 9 – у 1 пациента; 10 – 4; 11 – 10; 12 – 3; 13 – 2. В трех случаях потребовалась дополнительная установка блокатора из-за сохраняющегося сброса воздуха в течение суток после установки первого блокатора. В бронх верхней доли правого легкого блокатор установлен 9 пациентам, в бронх верхней доли левого легкого 4, бронх нижней доли правого легкого 1, бронх нижней доли левого легкого 1, бронх средней доли правого легкого 1, бронхи базальных сегментов правого легкого 1. Трем пациентам выполнена блокация бронхов верхней и нижней долей левого легкого, верхней доли правого легкого и промежуточного бронха, средней и нижней доли правого легкого. Технические сложности были при установке блокаторов в верхнедолевой бронх правого легкого из-за анатомических особенностей его отхождения от правого главного бронха. Осложнений в процессе проведения вмешательства отмечено не было. У большинства пациентов (15) в течение первых 3-4 часов с момента установки отмечено уменьшение утечки воздуха по плевральным дренажам. У 17 пациентов получен хороший клинический эффект, выражающийся в прекращении утечки воздуха по дренажам из плевральной полости и разрешение пневмоторакса, что подтверждалось данными рентгенографии органов грудной клетки. При этом у большинства пациентов (15) улучшение происходило в первые сутки после установки бронхоблокатора. Дренажи из плевральной полости удалялись на 3-4 сутки при расправлении легкого и прекращении утечки воздуха. Удаление клапанных бронхоблокаторов осуществляли в сроки от 3 дней до 5 месяцев после их установки. У 19 пациентов извлечение проводилось при фибробронхоскопии с использованием захвата типа «крысиный зуб». После извлечения клапанного бронхоблокатора выявлен эндобронхит, ограниченный зоной стояния бронхоблокатора: катаральный 2-3 степени у 8 пациентов, у 11 пациентов – фибринозный 2 степени. В 1 случае в зоне фиксации клапанного бронхоблокатора появилось разрастание грануляционной ткани, что препятствовало его извлечению при фибробронхоскопии, и потребовало применения ригидной трахеобронхоскопии. Выводы: применение клапанной

бронхоблокации у пациентов с буллезной эмфиземой легких при осложнениях оперативного вмешательства позволяет избежать повторного открытого оперативного вмешательства. Этот метод является безопасным и высокоэффективным, и может широко использоваться в практике торакальных отделений. Установку клапанного бронхоблокатора следует выполнять в наиболее ранние сроки после оперативного вмешательства, что поможет уменьшить сроки госпитализации пациентов.

57. ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ САМОРАСПРАВЛЯЮЩИХСЯ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ СТЕНТОВ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВОДА

Чикинев Ю.В. 1,2, Дробязгин Е.А.1,2, Аникина М.С.2

Новосибирск

1 – Новосибирский Государственный медицинский университет. Кафедра госпитальной и детской хирургии лечебного факультета 2 – ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница».

На сегодняшний день получает широкое распространение применение саморасправляющихся пищеводных стентов для лечения не только злокачественных, но и доброкачественных заболеваний пищевода, особенно при нарушении целостности стенки пищевода при несостоятельности швов анастомозов, формировании трахеопищеводных фистул, синдроме Бурхаве и других состояниях. Но, не смотря на совершенствование технологий создания и имплантации стентов, сохраняется высокая частота осложнений при их использовании у данной категории пациентов. В клинике кафедры госпитальной и детской хирургии НГМУ, в отделении торакальной хирургии ГБУЗ НСО «ГНОКБ» за период 2010-2015 годы на обследовании и лечении находилось 7 пациентов (мужчин - 4, женщин – 3) с осложнениями после стентирования пищевода при доброкачественных заболеваниях, проведенных в других лечебно-профилактических учреждениях. Показаниями к стентированию послужили: развитие трахеопищеводной фистулы у 4 пациентов, несостоятельность швов после удаления дивертикула нижней трети пищевода у 2, спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхаве) у одного пациента. Всем пациентам была проведена установка саморасправляющихся металлических покрытых стентов, которые были установлены корректно, с восстановлением проходимости и целостности органов, трахеопищеводные соустья были разобщены, таким образом, ближайшие результаты данной процедуры считались удовлетворительными. Однако в сроки от 2 дней до 6 месяцев после стентирования пищевода возникли осложнения: у 2 пациентов развилась острая дыхательная недостаточность из-за сдавления трахеи. В 2 наблюдениях произошла миграция стента с его частичной дислокацией в трахею через трахеопищеводное соустье. У 2 пациентов возникло рубцовое сужение пищевода с врастанием стента и формированием стриктуры по верхнему его краю. В одном случае произошли перелом и фрагментация стента с миграцией в желудок. В зависимости от типа осложнений, было проведено следующее лечение: при дислокации стента в трахею или возникновении асфиксии стент удалялся с выполнением фибробронхоскопии и фиброгастроскопии для оценки выраженности изменений. В 1 случае удаление было выполнено при ригидной трахеобронхоскопии. В 2 случаях стент (миграция стента

в трахею) был удален при фиброгастроскопии. При наличии трахеопищеводного свища для осуществления питания проводились эндоскопическая интубация желудка или двенадцатиперстной кишки и установка трахеостомической трубки под контролем фибробронхоскопа. При рубцовом сужении пищевода с явлениями дисфагии для обеспечения питания было выполнено бужирование суженного участка пищевода по струне-проводнику. Попытки эндоскопического удаления стентов после бужирования оказались безуспешными, определялось врастание стента и прорастание рубцовой ткани по его верхнему краю протяженностью 1 и 2 см. Для обеспечения питания и проведения предоперационной подготовки был установлен зонд в желудок. Далее выполнена экстирпация пищевода с пластикой желудочным стеблем. Интраоперационно определялись выраженные рубцовые изменения в средостении, делающие этапы выделения и экстирпации пищевода более сложными. При миграции стента в желудок после его перелома, фрагменты были извлечены из желудка при фиброгастроскопии. Представленные осложнения применения саморасправляющихся металлических пищеводных стентов при доброкачественных заболеваниях пищевода еще раз указывают на нецелесообразность их бесконтрольного использования у этой категории пациентов. Следует учитывать, что сужение просвета трахеи вследствие сдавления или миграции стента являются состояниями, угрожающим жизни пациента. Различные варианты миграции стентов в ранние сроки после установки могут быть устранены эндоскопически, однако, осложнения, связанные с длительным стоянием стента с врастанием его в стенку пищевода требуют хирургического лечения в объеме экстирпации пищевода с эзофагопластикой. Решение о стентировании при доброкачественных заболеваниях пищевода должно приниматься коллегиально с осуществлением непрерывного динамического наблюдения за этими пациентами.

58. РОБОТИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Кудрявцев А.С. 1, Ярмощук С.В. 1, Жеравин А.А. 1, Дробязгин Е.А.1,2, Чикинев Ю.В. 2

Новосибирск

1 – Научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени акад. Е.Н. Мешалкина
2- Новосибирский Государственный медицинский университет.

За период с мая 2014 по ноябрь 2015 года в отделении Новосибирского научно-исследовательского института патологии кровообращения им. академика Е.Н. Мешалкина робот-ассистированные вмешательства выполнены 14 пациентам в возрасте от 42 до 77 лет. Среди пациентов 7 мужчин и 7 женщин. Показаниями к оперативному вмешательству были опухоли легкого и средостения. Распределение пациентов по нозологическим формам было следующим: периферически рак легкого у 3, опухоль переднего средостения у 3, метастатическое поражение легких без первичного очага у 4, рак почки с очаговым метастазом в легкое у 1, рак матки с очаговым метастазом в легкое у 1 пациента. По локализации патологического процесса в легочной ткани пациенты распределились следующим образом: у 4 опухолевый процесс локализовался в верхней доле правого легкого, у 2 в средней доле правого легкого, у 2 в нижней доле правого легкого, у 2 в верхней доле левого легкого, у 1 в нижней доле левого легкого. У 1 пациента имелось два опухолевых образования (верхняя и нижняя доли левого легкого). Все вмешательства

выполнялись на системе da Vinci с усиленной 3D высокой четкости системой технического зрения и особенные endowrist-инструменты, которые сгибаются и вращаются намного больше, чем запястье человека. Установка потов («руки робота») зависела от локализации патологического процесса в грудной клетке. Анестезиологическое пособие при роботических хирургических торакальных операциях ничем не отличалось от полостных операций – однологочная вентиляция, сопровождающейся общей комбинированной анестезией без эпидурального или паравертебрального блока. Выполнены следующие вмешательства: удаление опухоли переднего средостения у 3 пациентов, атипичная резекция легкого у 8 (4 – правое легкое, 4 – левое легкое), расширенная средняя лобэктомия у 1 и расширенная верхняя лобэктомия у 2. В 1 случае выполнена атипичная резекция С 1-2 и С 6 легкого. Осложнений при выполнении вмешательств не было. Длительность оперативного вмешательства при атипичной резекции легкого составила 40-50 минут, лобэктомии 3-3,5 часа, удалении опухоли переднего средостения 1час 20 минут. При патоморфологическом исследовании удаленных опухолей диагноз установлен во всех случаях: метастазы рака почки у 2 пациентов, метастазы рака матки у 1, метастазы аденокарциномы (при отсутствии первичного очага) у 4, метастаз рака легкого у 1, аденокарцинома легкого у 3, тимомы высокой степени злокачественности у 3. Нахождение пациентов в клинике в послеоперационном периоде при удалении тимомы и резекции легкого не превышала 4 дней, после лобэктомии 7 дней. Все пациенты выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии для продолжения лечение. В сроки наблюдения до 7 месяцев с момента оперативного вмешательства состояние удовлетворительное. **ВЫВОДЫ.** Полученные результаты указывают на возможность выполнения торакаскопических вмешательств с соблюдением основных онкологических принципов, показывая их безопасность. Важным моментом в роботической хирургии органов грудной клетки является тщательный отбор пациентов с целью выработки новых стратегий выполнения этой категории вмешательств.

59. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Кохнюк В.Т., Колядич Г.И., Семаков Е.С., Ребеко И.В., Юдин А.А.

Минск, Беларусь

ГУ РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова

В последнее десятилетие все чаще проводятся хирургические вмешательства по поводу колоректального рака с применением миниинвазивных технологий. Цель работы. Проанализировать собственный опыт применения малоинвазивных технологий у пациентов с колоректальным раком. Материалы и методы. За период 2014-2015 гг. в онкологическом колопроктологическом отделении ГУ РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова выполнено 24 хирургических вмешательства с применением малоинвазивных технологий при различной локализации опухоли в толстой кишке. Выполнены следующие виды операций: трансанальное эндоскопическое удаление опухоли прямой кишки – 3 (12,5%), резекция сигмовидной ободочной кишки – 8 (33,3%), правосторонняя гемиколонэктомия – 3 (12,5%), левосторонняя гемиколонэктомия – 1 (4,1%), резекция поперечной ободочной кишки – 2 (8,3%), резекция

ректосигмоидного соединения толстой кишки – 1 (4,1%), обструктивная резекция толстой кишки по типу операции Гартмана – 1 (4,1%), формирование колостомы – 5 (21,1%). Средний возраст пациентов составил 58,16 лет, среди них мужчин было 13 (54,1%), женщин – 11 (45,9%). По стадиям (TNM 7-е издание, 2009 год) пациенты распределились следующим образом: I – 5 (20,8%), II – 12 (49,8%), III – 2 (8,2%), IV – 5 (21,2%). В слепой кишке опухоль локализовалась у 2-х (8,3%) пациентов, в поперечной ободочной в 3-х случаях (12,5%), в селезёночном изгибе ободочной кишки у 1 (4,1%) пациента, в сигмовидной кишке в 9 (37,5%) случаях, в ректосигмоидном соединении толстой кишки у 2-х (8,3%) пациентов и в прямой кишке в 7 (29,3%) случаях. Оперативное вмешательство выполнялось с установкой 3-4 портов. Мобилизация кишки осуществлялась доступом от медиального к латеральному с первоначальным клиппированием и пересечением питающих сосудов у их устьев. Для мобилизации кишки использовалась ультразвуковая диссекция. При операциях на левой половине ободочной кишки межкишечный анастомоз формировался с использованием эндоскопического линейного и циркулярного степлеров, а при правосторонней локализации опухоли выполнялась лапароскопически-ассистированная операция с формированием экстракорпорального анастомоза. Трансанальные эндоскопические операции выполнялись при помощи операционного ректоскопа и многофункционального порта. Результаты. Средняя продолжительность хирургического вмешательства составила 188,75 мин (в интервале 30 – 390 мин.). Послеоперационный период протекал у всех пациентов значительно легче, чем после открытых операций. С 1-х суток пациенты самостоятельно передвигались, на 2-3 сутки восстанавливалась функция кишечника. Наркотические анальгетики использовались лишь в первые сутки послеоперационного периода. Средняя продолжительность стационарного лечения – 7,75 к/д (от 3 до 24). Осложнения в послеоперационном периоде развились у 3 пациентов: несостоятельность культи прямой кишки – 1, послеоперационный панкреатит – 1 и несостоятельность межтолстокишечного анастомоза после резекции сигмовидной кишки – 1, в последнем случае потребовалась повторная операция. Послеоперационных летальных случаев не было. Среднее количество исследованных л/узлов – 7 (4-12) и ни в одном случае не было положительного края резекции. Выводы. Применение лапароскопических технологий в онкоколопроктологии позволило добиться скорейшей послеоперационной реабилитации пациентов, минимизировать сроки стационарного лечения с хорошим косметическим эффектом.

60. ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ ЭНДОСКОПИЯ ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ И СДАВЛЕНИИ ТРАХЕИ

Чикинев Ю.В. 1,2, Дробязгин Е.А.1,2, Пешкова И.В.1,2, Аникина М.С.2

Новосибирск

1 – Новосибирский Государственный медицинский университет. Кафедра госпитальной и детской хирургии лечебного факультета 2 – ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница».

Внутрипросветные эндоскопические вмешательства при опухолях трахеи относятся к категории самых сложных в эндоскопии. Небольшое пространство, риск возникновения асфиксии из-за кровотечения при удалении опухоли или выполнении стентирования требуют особого навыка

совместной работы всей операционной бригады. Эндоскопические вмешательства при опухолевом поражении трахеи выполнены 18 пациентам в возрасте от 16 до 78 лет (мужчин - 9; женщин - 9). Для уточнения локализации опухолевого процесса всем больным были проведены компьютерная томография и эндоскопическое исследование. Было выявлено, что опухолевый процесс расположен в верхней трети трахеи у 9 пациентов; в верхней и средней трети трахеи у 1; в средней трети трахеи у 3; в средней и нижней трети трахеи у 3; в нижней трети трахеи у 2; в нижней трети с переходом на карину бифуркации трахеи у 1. Причинами стеноза трахеи были: рак гортани у 2 пациентов, опухоль трахеи у 4, рак пищевода с прорастанием в трахею у 4, рак нижней трети пищевода с метастатическим поражением средостения и сдавлением трахеи у 1, рак щитовидной железы у 2, рецидив рака трахеи после ее циркулярной резекции у 1, рак трахеи у 3, сдавление трахеи опухолью переднего средостения у 1 пациента. Протяженность опухолевого поражения составляла от 1 до 4 см. При эндоскопическом исследовании во всех случаях выявлены признаки стеноза трахеи II-III ст. (по Б.В.Петровскому) с явлениями дыхательной недостаточности. Провести аппарат через участок сужения удалось у всех пациентов. Выполнены следующие вмешательства: удаление опухоли трахеи у 4 (полное у 2, частичное у 2), стентирование трахеи у 14, частичное удаление опухоли и стентирование трахеи у 2 пациентов. Удаление опухоли осуществлялось под общим обезболиванием при помощи тубусов ригидного бронхоскопа. Опухоль срезалась при помощи тубуса ригидного бронхоскопа у 4, при помощи петли для диатермоэлектрокоагуляции у 2 пациентов. Кровотечение носило умеренный характер, и было остановлено с применением эндоскопических методик. Фрагменты опухоли удалялись при помощи щипцов для ригидного бронхоскопа. Стентирование трахеи саморасправляющимися нитиноловыми стентами длиной 4 и 6 см, диаметром 18, 20 и 22 мм выполнена 10 пациентам, силиконовыми стентами типа Dumon длиной от 3 до 6 см и размерами 9x15 и 10x16 мм 6 пациентам. Во всех случаях установки силиконового стента и у 2 пациентов при установке металлического стента вмешательства осуществлялись под общей анестезией. В 8 случаях установки металлического саморасправляющегося стента вмешательство проводилось в операционной под НЛА в сочетании с местной анестезией. Стент заводился в участок сужения по тонкой струне-проводнику и его раскрытие осуществлялось под эндоскопическим контролем. Во всех случаях проходимость трахеи была восстановлена. Осложнений в ходе вмешательств не было. Повторные вмешательства выполнялись 2 пациентам (1 - рак пищевода с прорастанием в трахею, 1 – рак щитовидной железы с прорастанием в трахею). В первом случае причиной вмешательства явился продолжающийся рост опухоли с прорастанием в просвет трахеи выше проксимального края ранее установленного стента. Давность с момента первичной имплантации стента составила 2 месяца. Во втором случае причиной вмешательства было разрушение полимерного покрытия стента с деформацией его верхней части. Давность с момента первичной имплантации составила 2 года 3 месяца. В обоих случаях выполнено стентирование трахеи металлическим саморасправляющимся стентом по методике «стент в стент». Выводы: эндоскопические вмешательства при опухолях трахеи и ее сдавлении могут носить радикальный и паллиативный характер и позволяют восстановить проходимость трахеи. Возможно выполнение стентирования металлическими саморасправляющимися стентами в условиях НЛА и местной анестезии, что предпочтительно у пациентов со сдавлением трахеи извне из-за высокого риска развития асфиксии после введения препаратов для анестезии.

61.ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭЗОФАГОПЛАСТИКИ

Чикинев Ю.В. 1,2, Дробязгин Е.А.1,2, Судовых И.Е.2, Аникина М.С. 2

Новосибирск

1 – Новосибирский Государственный медицинский университет. 2 – ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница».

В клинике кафедры госпитальной хирургии Новосибирского государственного медицинского университета в отделении торакальной хирургии ГБУЗ НСО «ГНОКБ» оперировано 179 пациентов с доброкачественными стенозирующими заболеваниями пищевода. Эндоскопические исследования после эзофагопластики выполнены 190 пациентам в возрасте от 18 до 71 года. Мужчин было 98, женщин 59. Большая часть пациентов 179 были оперированы в нашей клинике. Дополнительно обследование и лечение проходили 11 пациентов в возрасте от 15 до 68 лет, оперированных в других лечебных учреждениях, в сроки от 2 до 44 лет после эзофагопластики (3 - эзофагогастропластика, 8 – колопластика). У пациентов после колопластики в 6 наблюдениях пластика была выполнена правой половиной ободочной кишки с участком подвздошной, и в 2 наблюдениях левой половиной ободочной кишки. В 2 наблюдениях давность пластики пищевода составила более 40 лет. Эндоскопическое исследование для оценки искусственного пищевода проводилось всем пациентам. Оценивались анастомозы, их проходимость, сам трансплантат. При необходимости выполнялась биопсия из области анастомоза или из искусственного пищевода. Стеноз анастомоза на шее выявлен у 59 пациентов (35- гастропластика, 24 – колопластика), стеноз дистального анастомоза у 5, анастомозит у 14 (10 – гастро и 4 – колопластика), пилороспазм после эзофагогастропластики у 4, трахео-пищеводный свищ у 1 пациента после гастропластики, эрозивно-язвенные изменения трансплантата у 4 (1 – гастро и 3 – колопластика), опухоли и сужения искусственного пищевода по 1 пациенту после колопластики. Таким образом, у 69 из 190 пациентов диагностированы болезни искусственного пищевода. Для коррекции этих состояний, требовались эндоскопические вмешательства, которые были направлены на восстановление проходимости пищеводных анастомозов или трансплантата. Выполнены следующие виды эндоскопических вмешательств: бужирование или дилатация анастомоза 64 пациентам, удаление лигатур из зоны анастомоза - 8 (6 – гастро и 2 – колопластика), торакоскопическая стволовая ваготомия - 3, стентирование искусственного пищевода - 1, бужирование искусственного пищевода - 1, бужирование пищевода - 1, пилородилатация - 4. При наличии сужения анастомоза в большинстве наблюдении (у 37 пациентов) затруднения приема пищи возникли в течение первых шести месяцев после операции, в 18 через 7-12 месяцев после операции. У 1 пациентки стеноз эзофагогастроанастомоза рецидивировал после его реконструкции. Оставшиеся пациенты (8) отметили появление дисфагии в различные сроки (свыше 1 года). В 2 случаях были рубцовые стриктуры пищевода или глотки выше наложенного анастомоза, которые не были распознаны и скорректированы во время основного оперативного вмешательства. При первичном эндоскопическом исследовании: стеноз I степени выявлен у 4 пациентов, II степени у 14, III степени у 30, IV степени 14. Сужение кологастроанастомоза II степени было у 2 пациентов, III степени у 3 пациентов. Протяженность участка сужения составляла от 3 до 10 мм у 55 пациентов, более 10 мм у 9 пациентов. При стенозе дистального анастомоза во всех наблюдениях протяженность участка сужения составляла от 3 до 10 мм. Основным методом лечения стенозов пищеводных анастомозов было его бужирование по струне-проводнику (59 пациентов). У пациентов со стенозом дистального соустья применялась только методика бужирования анастомоза. Дилатация проксимального анастомоза применена у 3 пациентов как единственный

способ лечения, после проведения бужирования у 30. Осложнений не было. Эффективность первичного инструментального расширения анастомозов составила 100%. При рестенозе проводилось этапное лечение. У 61 пациента со стенозом проксимального анастомоза в ходе эндоскопического лечения (у 6 длительного – до 1 года) удалось добиться стабилизации просвета в зоне анастомоза. У основной массы пациентов (26), которым потребовалось неоднократное расширение просвета проксимального анастомоза (от 2 до 6 сеансов) результаты лечения признаны хорошими и удовлетворительными. У всех пациентов со стенозом дистального соустья в течение 1-3 курсов эндоскопического лечения на протяжении до 6 месяцев, достигнут стойкий эффект. В случаях пилороспазма всем пациентам проведен курс баллонной дилатации привратника. В 3 наблюдениях одного курса лечения оказалось достаточным для получения стойкого клинического эффекта. Повторный курс лечения потребовался одной пациентке через 2 месяца после первого курса с хорошим клиническим эффектом. Стентирование искусственного пищевода нитиноловым саморасправляющимся стентом выполнено для предоперационной подготовки. Далее в другом лечебном учреждении выполнено разобщение свища, пластика пищевода. Пациентам с сужением искусственного и естественного пищевода в случае порочной эзофагопластики выполнено восстановление их проходимости путем бужирования. Заключение: частота возникновения болезней искусственного пищевода составила 36,7%. Эндоскопические методы диагностики и лечения этих патологических состояний являются высокоэффективными, позволяя восстановить проходимость искусственного пищевода и пищеводных анастомозов. Данные методы лечения должны проводиться только в стационарах, имеющих опыт лечения подобной категории пациентов. Считаем необходимым проведение динамического наблюдения за пациентами после эзофагопластики с целью ранней диагностики и коррекции болезней искусственного пищевода.

62. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ, ПЕРЕДАЧИ ОПЫТА В ХИРУРГИИ

Богомолов Н.И.

Чита, Россия

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия

В трудах XII съезда РОХ Правление поместило две наших работы, посвящённых образованию в хирургии (№ 1492.-с.1490 и № 1515.-с.1511). Первую из них «Многоуровневые клинические задачи по хирургии» выложили и на сайте РОХ для обсуждения. Получено много благожелательных отзывов, часть из которых представлена на сайте. Высказанные замечания и пожелания, как и многое другое претворяется в процессе непрерывного медицинского образования на кафедре госпитальной хирургии. Данная форма обучения и контроля знаний одновременно в постоянном самосовершенствовании не только при освоении хирургии, но и эндоскопии, эндовидеохирургии – малоинвазивных технологий. Практические врачи, не говоря о студентах и ординаторах, с интересом восприняли нововведение, активно включились в развитие идеи. Оказалось, что такая форма задачи обязала учащихся обратиться к истокам медицинского образования – базовым теоретическим дисциплинам, а в клинических предметах находить рациональное зерно, сравнивать методики диагностики и лечения с национальными

клиническими рекомендациями (НКР). Учебник, Национальное руководство по хирургии, НКР слились в единый познавательный комплекс. Это увлекает обучающихся и одновременно демонстрирует масштаб специальности, объём знаний и необходимость постоянного их обновления. Методика увлекла в первую очередь ординаторов и подвигла их на желание выступить с докладами на семинарах хирургов края с приведением конкретных примеров из практики клиники, соучастниками которых они были. Освоение практических навыков, передача опыта традиционно в России (да и не только) осуществлялось в клинике путём наставничества, шефства и покровительства, смывки «учитель-ученик». Некоторым не удавалось влиться в эти «технологии» и оставалось «наблюдать из-за плеча», слушать и домысливать, пробовать и ошибаться, оставаться вторым или третьим номером в бригаде длительное время. Крайняя мера – смена коллектива, что не всегда приводило к успеху, наступало раннее выгорание и разочарование. Хирурги со стажем поймут и добавят эти мысли. Вот почему современные симуляционные центры, тренажёры, виртуальные методики, дистанционное и очное обучение и многие другие демократичные технологии уравнивают обучающихся и оставляют право первенства за наиболее способными, усидчивыми, трудолюбивыми, начитанными, рукастыми специалистами. Особо приветствуется (по данным литературы США) освоение хирургом смежных специальностей: эндоскопии, УЗИ, онкологии, рентгенологии и др. Постоянное обучение должно сопровождаться воспитанием и самовоспитанием, осмыслением сделанного и увиденного, освоением языков, искусств, новейшей техники и материалов, приёмов дипломатии, сохранением здоровья и поддержанием достойной физической формы, поиску своей ниши в гигантской трудоёмкой специальности ХИРУРГИЯ. Поймать кураж, почувствовать смелость и уверенность лучше в молодые годы через постоянный труд у операционного стола в любой роли. Количество, как правило, со временем переходит в качество, уверенность и мастерство. Новые учебные планы для ординаторов встречены учащимися без восторга. Почти целый семестр уходит на далёкие от хирургии специальности, гигантское время занимает оформление дневников и другой документации. Произошла некая бюрократизация послевузовского образования. Какой выход возможен? Отнестись, например, к заполнению дневника как к оформлению статьи (наблюдению из практики) или оформлению многоуровневой клинической задачи, наконец, – как к самосовершенствованию в русском литературном языке. Начать сбор клинического материала для возможного диссертационного исследования или аттестационной работы. Попробовать себя в административном, экспертном поле. Этот раздел образования по новым учебным планам педагогам вуза предстоит осваивать творчески, возможно создавать свои классы, как это принято, например, у актёров, работать в теснейшем контакте с практическими врачами, заинтересовывая их совместными публикациями, проектами, соавторством в охраноспособных технологиях и устройствах. Личностные качества педагога, учащегося и партнёра выступают на первый план, здесь уместны и приёмы дипломатии. Последипломное образование требует от педагога порой невозможного из-за объёма информации, приходится заужаться, выбирать свой раздел, оставляя партнёрам их материал. В этом разделе педагогики высшей школы должны быть свои приёмы и технологии. Одна из них – передача технологии вмешательства из рук в руки с обоснованием показаний и взвешенной оценкой индивидуальных особенностей течения заболевания. Безусловно важен собственный осмысленный и анализированный опыт со своими клиническими примерами. И здесь тоже уместны многоуровневые клинические ситуационные задачи, полностью заменяющие устный ответ по традиционным билетам. Разбирая их во времени лучше понимаешь значение средств визуализации для своевременной диагностики процесса, их чувствительность и специфичность, сравниваешь технологии лечения, приёмы оперирования, их развитие во времени. Тестирование воспринимается как должное, но второстепенное. Передача и обмен информацией – важнейшее звено последипломного образования. Обсуждение НКР

применительно к местным условиям, конкретизация маршрутизации пациентов, возможности выполнения стандартов лечения. Самая большая тема в современной России на её периферии – недостаточное материально-техническое обеспечение диагностического и лечебного процессов при огромных расстояниях между ЦРБ и краевой клиникой, дефицит опытных кадров на периферии. Травмоцентры по федеральным трассам лишь частично решили проблему при том, что «Санавиация - Медицина катастроф» в Чите не получает должного развития. Непрерывное медицинское образование требует новых педагогических технологий, нетрадиционных подходов. Заимствование зарубежного опыта полезно и необходимо, но нужны и свои собственные, адаптированные к нашим пространствам, плотности населения, особенностям краевой патологии, климато-географическим условиям, сложностям транспортного сообщения методики и формы передачи опыта. Уместны выездные циклы, мастер-классы экспертов мирового уровня, направление своих специалистов на центральные и зарубежные базы по востребованным направлениям хирургии. Думаю, что мы движемся вперёд, преодолевая чиновничьи и финансовые преграды, непонимание общества, избыточные и не в меру критичные его оценки нашей деятельности. Нужна консолидация сил хирургического сообщества под эгидой РОХ и других ассоциаций.

63. НЕПРЕРЫВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ХИРУРГОВ ЗАБАЙКАЛЬЯ

Богомолов Н.И.

г. Чита, Россия

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия

Медицинское образование необходимо начинать в средней школе. Хирурги–педагоги Читинской медакадемии активно участвуют в профориентационной работе среди школьников и студентов медицинских колледжей. Свою работу они представляют аудитории в виде мультимедийных презентаций, дней открытых дверей в академии и клиниках города. Конкуренция среди вузов усиливается, на территории края работает 3-4 выездных экзаменационных комиссии других вузов страны. В свою очередь и наш вуз внедряется на территории смежных субъектов Федерации. В краевом центре работают профориентированные лицеи, в которых закладывается костяк будущих первокурсников. В академии на кафедрах хирургии работают научно-практические кружки, студенты передаются «с рук на руки» по мере приближения завершения вузовского образования. Ежегодно проводятся олимпиады по хирургии, а сборная команда вуза участвует в региональных и российских олимпиадах. Практические навыки осваиваются в центре, экспериментальных лабораториях и на экстренных дежурствах в клиниках. Методика отработана годами, в неё вносятся дополнения по освоению малоинвазивных технологий. Особое значение придаём информационному обеспечению желающих посвятить себя хирургии. На кафедре имеется и постоянно пополняется новейшей литературой своя библиотека, электронная база в виде презентаций, фильмов и на других носителях информации. Созданы УМК для образования по хирургии в бумажном и электронном вариантах. Сотрудники, работающие над диссертациями, при выполнении экспериментов на животных формируют команду помощников из студентов и ординаторов. В академии ежегодно проводится конференция молодёжного научного общества.

Хирургия представлена отдельной секцией, от кафедры докладывается и публикуется 6-8 работ по итогам деятельности. Интернатура и ординатура – следующие ступени образования, на которых выявляются и личности, способные выполнить диссертационное исследование. Подавляющее большинство хирургического корпуса края – наши выпускники, многие представляют академию в других регионах России и за её пределами. Несмотря на возросшую конкуренцию среди хирургов в краевой больнице сохранено наставничество. У признанных лидеров постоянно учатся 3-4 молодых хирурга, ряд из них за штатом отделения. На кафедрах вуза имеется аспирантура и докторантура по хирургии, готовится кадровый резерв. Факультет последипломного образования по хирургии представлен в академии на всех хирургических кафедрах и курсах. Преподавание осуществляют наиболее опытные педагоги. Кафедра госпитальной хирургии готовит специалистов по общей, торакальной хирургии и колопроктологии, эндоскопии. Ежегодно для хирургов края и соседних территорий на базе ГУЗ ККБ проводятся конференции-семинары по самым актуальным для нашей территории вопросам, с этого года они вносятся в реестр РОХа. Крайние три были посвящены национальным клиническим рекомендациям и особенностям их применения в наших условиях. Материалы семинара в электронном виде высылаются во все ЦРБ края. Ежегодно на базе 1-2 наиболее крупных ЦРБ края проводятся выездные конференции. Региональное отделение РОХ ежеквартально проводит заседания, одно из которых, как правило, конференция с приглашением экспертов и обучением новейшим хирургическим технологиям в операционных. Регулярно проводятся съезды хирургов края с приглашением ведущих экспертов России и проведением мастер-классов. Многие хирурги края - члены РОХ, РОЭХ и других хирургических ассоциаций, ежегодно представляют на форумы 8-14 работ, собственные материалы. Идёт активное сотрудничество с хирургами КНР, Монголии, ряд конференций проведены на сопредельных территориях. Накопленный опыт обобщается, совершенствуется методика общения. Уроки истории хирургии имеют важное значение в образовании. Хирурги А.В.Саклаков и А.Е.Пажитнов написали и трижды издали оригинальный труд «Хирургические династии Забайкалья», в котором отражена судьба 55 семей хирургов. В краевой библиотеке ежегодно публикуется «Календарь знаменательных и памятных дат в истории здравоохранения Забайкальского края», где хирургии отведено достойное место. Автор этих строк совместно с известным историком хирургии России профессором Околовым В.Л. издал в 2009г. фундаментальный труд к 250-летию высшего медицинского образования в России «Заведующие кафедрами хирургии вузов России». Книга разослана во все вузы и центры регионов страны. Хирурги Забайкалья к 60-летию академии создали и внедрили более 50 изобретений, издали около 20 монографий, в том числе и за рубежом. Современным начинающим хирургам предлагается столько информации, что изначально можно освоить только узкий раздел хирургии. В этом отношении национальные клинические рекомендации с высоты собственного 45-летнего опыта можно оценить высшим баллом, ибо ничего подобного в отечественной хирургии за всю её историю не было. Понятие (принцип) «Непрерывное медицинское образование» в своеобразном виде уже реализовано на практике в далёком от центра регионе - Забайкальском крае. Оно должно совершенствоваться, наполняться новыми технологиями, быть узаконенным в регионах и центре. Признание оно уже получило. Необходимо анализировать отзывы «с мест», из самых отдалённых больниц страны, учитывать зарубежный опыт, для чего шире использовать стажировку в других странах, как это было принято в старой России. Безусловно важны ежегодные встречи на съездах и конгрессах хирургов, обмен информацией, достижениями. Слышать и видеть в работе специалистов из-за рубежа вдвойне полезно. Перезрела необходимость владеть языком межнационального общения – английским и нужно включить его изучение в программы непрерывного медицинского образования в хирургии. Планируемые министерством «модернизации», «оптимизации» и т.д. в здравоохранении должны согласовываться с

хирургическим сообществом, чтобы наши потомки не имели возможности исправлять тяжелейшие ошибки радикальных перемен в настоящем медицины. Лучше профессионалов нет знатоков необходимых перемен. Финансовые возможности страны это одно, но профессиональные необходимости – это другое. За всё нужно платить и не только деньгами. Хирургия – самопожертвование, этот статус необходимо внедрять в сознание всех жителей страны.

64.Опыт улучшения результатов хирургической реконструкции тазового дна у женщин с ректоцеле.

Хитарьян А.Г.1,2, Дульеров К.А.1,2, Прокудин С.В.1, Стагниева Д.В.1

Ростов-на-Дону

Хитарьян А.Г.(1,2), Дульеров К.А.(1,2), Прокудин С.В.(1), Стагниева Д.В.(1)1.ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России, кафедра хирургических болезней№3.2.НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-главный ОАО «РЖД»Ростов-главный ОАО «РЖД»

Цель: улучшение результатов хирургического лечения заднего тазового пролапса у женщин путем разработки системы показаний и противопоказаний для выполнения задней трансвагинальной пластики тазового дна сеткой без натяжения. Материалы и методы. Выполнено хирургическое лечение заднего тазового пролапса 114 пациентам со II-IV стадиями заболевания. Из них у 21 пациентки (26,9%) применяли заднюю трансвагинальную пластику тазового дна сеткой без натяжения (основная группа). При этом использовали систему Prolift posterior (Johnson & Johnson Company, США), включающую оригинальный одноразовый набор из полипропиленовой синтетической сетки и инструментов для её расположения в полости малого таза. У 93 женщин контрольной группы выполняли стандартные хирургические операции: 67 женщин (72%) – задняя кольпоррафия с супраспинальной фиксацией влагалища и леваторопластикой; 26 пациенток (28%) - задняя кольпоррафия с супраспинальной фиксацией влагалища и леваторопластикой, передняя кольпоррафия, дополненная операцией Келли, из них у 2 пациенток (2,1%) дополнительно устанавливали субуретральный слинг TOT. Клиническую эффективность реконструкции тазового дна у больных в задним тазовым пролапсом изучали в ранний и отдаленный послеоперационные периоды. У больных с задним тазовым пролапсом были разработаны критерии для использования задней трансвагинальной пластики тазового дна сеткой без натяжения: II-IV стадия пролапса по POP-Q, ректоцеле 2-3 степени (рецидивирующая и/или декомпенсированная форма), высота сухожильного центра промежности менее 10-15 мм, истончение мышечных пучков mm.sphincter ani externus, centrum tendinum по данным ультразвукового исследования как критерии функциональной несостоятельности тазового дна. Результаты. Использование задней трансвагинальной пластики тазового дна сеткой без натяжения позволяет повысить частоту отличных анатомических и функциональных результатов, соответственно, с 52,8% до 89,7% и с 58,3% до 86,3%. Хороший (незначительно выраженная дисфункция моторно-эвакуаторной функции прямой кишки) и неудовлетворительный (выраженная дисфункция прямой кишки) результат при использовании синтетической сетки наблюдали в 8,9% и 4,8% наблюдениях, соответственно. При выполнении стандартных операций хороший функциональный результат

встречался в 30,6% и неудовлетворительный - в 11,1% случаев, соответственно. Таким образом, в основной группе встречаемость отличных функциональных результатов была выше ($\chi^2=13,45$, $p=0,0002$) по сравнению с контрольной группой. При отсутствии выраженной функциональной недостаточности центральной части промежности выполнение сакроспинальной фиксации влагалища в сочетании с леваторопластикой и кольпоррафией вполне удовлетворяет послеоперационным результатам, о чем свидетельствовало отсутствие рецидивов. В основной группе повторные операции по поводу рецидивов пролапса тазовых органов наблюдались в 4,8%, а в контрольной группе рецидивы встречались в 11,1% больных и были более частым явлением ($\chi^2=3,61$, $p=0,05$). Вывод: использование задней трансвагинальной пластики тазового дна сеткой без натяжения позволяет повысить частоту отличных анатомических и функциональных результатов и снизить встречаемость рецидивов.

65.Трехуровневая анатомия тазового дна для улучшения результатов хирургического лечения ректоцеле.

Хитарьян А.Г.1,3, Дульеров К.А.,1,3 Стагниев Д.В.2, Прокудин С.В.3, Ковалев С.А.1,3

Ростов-на-Дону

Хитарьян А.Г.1,3, Дульеров К.А.,1,3 Стагниев Д.В.2, Прокудин С.В.3, Ковалев С.А.1,31 НУЗ "Дорожная клиническая больница" ст. Ростов-Главный ОАО "РЖД", г. Ростов-на-Дону (главный врач - О.И. Нахрацкая),2 МБУЗ "Городская поликлиника №16 г. Ростова-н

Актуальность. Хирургическая анатомия тазового весьма сложна для понимания и стала предметом научного спора, при разработке реконструктивных операция на тазовом дне в проктологии. С точки зрения понимания 3-х уровневой анатомии тазового дна становится понятным, что тяжелые формы тазовых пролапсов сопряжены с повреждением и недостаточностью связочного аппарата первого и второго уровня. Цель работы. Улучшить результаты хирургического лечения ректоцеле. Материалы и методы. Клиническую группу составили 49 женщин, страдающих ректоцеле 2-3 степени. Возраст больных колебался от 31 до 70 лет. Пластика ректоцеле заключалась в сакроспинальной фиксации купола влагалища, кольпорафии, дополненной трансректальной «11 часовой» мукопексией на высоту до 5 см от зубчатой линии. Всем пациенткам проводили предгоспитальное обследование, включающее: клинический осмотр, мануальное гинекологическое и проктологическое исследование, оценку опущения тазового дна по системе POP-Q, эвакуаторную рентгеновскую проктодефекографию, дополнительно проводили тоноперинеометрию в покое и при напряжении, соноэластографию с функциональной пробой при натуживании. При перинеометрии измеряли силу сокращения мышц промежности по величине прироста давления при напряжении мышц тазовой диафрагмы. При этом уточняли степень недостаточности тонического усилия мышц промежности. Для оценки симптомов заболевания до и после операции использован опросник PFDI, CRADI, POPDI. Результаты. У исследуемых пациенток (n=49) ректоцеле 2 степени было выявлено у 21 (42,9%), а 3 степени – у 28 (57,1%). При перинеометрии умеренная недостаточность мышц тазового дна встречалась у 20 (40,8%), а выраженная – у 29 (59,2%) больных. Длительность операции составила $53,8 \pm 1,2$ мин. Объем кровопотери при операции - $129,1 \pm 5,2$ мл. В ранний послеоперационный период 2 (4,1%) больных

развилась гематома промежности. В исследуемой группе «хороший» результат был отмечен у 37 (75,5%) пациенток, «удовлетворительный» и «неудовлетворительный» – у 11 (22,4%) и 1 (2,0%) пациенток, соответственно. Выводы. При диагностике и лечении ректоцеле и тазового пролапса необходимо учитывать уровни поражения тазового дна и в соответствии с этим подбирать вид тазовой пластики, для улучшения результатов хирургического лечения ректоцеле.

66. Роль и место малоинвазивных вмешательств при лечении ложных кист поджелудочной железы

Кубачев К.Г., Заркуа Н.Э., Хацимов К.А.

Санкт-Петербург

Кафедра хирургии им. Н.Д. Монастырского ГОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова».

Под нашим наблюдением находились 172 больных с ложными кистами поджелудочной железы. Все они от 1 года до 7,5 лет назад перенесли острый деструктивный панкреатит. Ранее из них 43 были оперированы по поводу различных осложнений панкреонекроза, 129 лечились консервативно. Показаниями к повторной госпитализации у 114 больных явились признаки обострения хронического панкреатита, у 25 – нагноение или прорыв (4) кисты поджелудочной железы, у 6 – кровотечение в просвет кисты или в двенадцатиперстную кишку; 27 больных госпитализированы в плановом порядке. В большинстве пациенты жаловались на ноющие боли в области эпигастрия, усиливающиеся после приема пищи, периодическую рвоту съеденной накануне пищей, наличие пальпируемого образования в эпигастральной области, периодические подъемы температуры. Диагноз кисты поджелудочной железы был подтвержден после УЗИ, спиральной компьютерной томографии. На компьютерных томограммах кисты поджелудочной железы обнаруживались как очаговые образования округлой или неправильной формы с четкими, ровными контурами и гомогенным содержимым. В случае не инфицированных кист плотность содержимого колебалась от -5 до +15ед НУ, что соответствует плотности жидкости. У 21 пациента с нагноившимися кистами отмечалась достоверно более высокая плотность содержимого, которая колебалась от +25 до 40ед НУ. Установить сообщение полости кисты с протоковой системой железы установить не удалось ни в одном случае. У 76 больных применены пункционные методы под контролем УЗИ. При выполнении пункции пользовались только безадаптерной методикой, что позволяет более четко контролировать продвижение иглы в тканях. Данный способ лечения был эффективен в 73 случаях. Однократной пункции и эвакуации содержимого кисты было достаточно для достижения полной ликвидации образования у 49 больных. В 24 наблюдениях потребовалось выполнение повторных пункций с элементами склерозирования 96% этиловым спиртом. У 3 пациентов при фистулографии в момент пункции определялось сообщение полости кисты с главным панкреатическим протоком. Впоследствии им был выполнен цистогастроанастомоз. Осложнений и летальных исходов не было. Все они поправились. У 31 больного выполнены лапароскопические вмешательства. В 20 случаях в ходе оперативного вмешательства при пункции кисты получен гной и им выполнено наружное дренирование кисты. 11 больным выполнен аппаратный петлевой цистоеюноанастомоз с заглушкой по А.А. Шалимову (3) или на отключенной по Ру петле (8). У 2 больных возникла

несостоятельность анастомоза, что потребовало релапаротомии (1 – умер). Эндоскопический гастроцистоанастомоз выполнен у 4, трансмуральный дуоденоцистоанастомоз - у 7, РХПГ, ПСТ, вирсунготомия, стентирование протока и кисты – 12 больным. 18 больных оперированы традиционным способом (из них 4 – с прорывом кисты в брюшную полость). Дренаж кисты и санация брюшной полости выполнена 4 (1 умер вследствие прогрессирования перитонита), 14 больным, при наличии других осложнений хронического панкреатита, выполнены операция Пьюстоу-Избики (8), Фрея (5), Бергера в бернском варианте (1). Таким образом, высокая эффективность малоинвазивных технологий позволяет рекомендовать их к широкому применению при лечении пациентов с кистами поджелудочной железы.

67.Предоперационное планирование - главный этап в выборе хирургического вмешательства.

Тимербулатов В.М., Федоров А.В, Сагитов Р.Б., Гарипов Р.М., Тимербулатов Ш.В.

Уфа

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИПО БГМУ

С развитием мини инвазивной хирургии у хирургов появился дополнительный набор вариантов выполнения оперативных вмешательств: лапароскопических, минидоступных, комбинированных, робот- ассистированных и операций из единого доступа. Оснащение крупных клиник, медицинских организаций ангиохирургами, накопления опыта рентгенхирургии позволило внедрить гибридные операции - последовательное выполнение рентгенэндovasкулярных операций и других вариантов хирургических вмешательств. Достижение запланированного результата- одного из них критериев качества лечения – во многом зависит от полноты и точности дооперационного обследования, анализа полученных результатов и выбора наиболее рационального, безопасного способа оперативного лечения. Конечно, крайне важно иметь необходимую аппаратуру для выполнения различных вариантов операций и соответствующую теоретическую, экспериментальную и клиническую подготовку наличие новейшей техники, но при отсутствии опыта её применения, не повод для начала внедрения новых технологий для данной клиники. Целью исследования была разработка принципов дооперационного планирования и моделирования миниинвазивных операций в хирургии органов брюшной полости. Основную группу составили 4247 больных, оперированных миниинвазивными методами с заболеваниями органов брюшной полости за последние 5 лет, которым применялись разработанные алгоритмы дооперационного планирования, расчета технической сложности и объема оперативного вмешательства. Сравнительную группу составили больные (4196), оперированные до внедрения вышеуказанного алгоритма. В обеих группах использовались одинаковые методы исследования согласно протоколам. Основной задачей предоперационного обследования, кроме установления необходимости и метода хирургического вмешательства являлось максимальное уточнение анатомии расположения органа, особенно трубчатых структур (сосудов). При любых неясных ситуациях расположения органа, подозрения на аномалии проводили томографические исследования в 3 D измерениях. Была выработана программа балльной оценки технической сложности приемов миниинвазивных операций на основе анкетирования 31 хирурга –эксперта. Оценку технической сложности лапароскопического и минилапаротомного доступа проводили по

пятибалльной системе технической сложности доступа, визуализации, диссекции и мобилизации, шовной техники, извлечения органа из брюшной полости и т.д. как легкой, средней, тяжелой и самой тяжелой степеням. Были определены факторы усложняющие проведение миниинвазивных операций, ранее перенесенные операции и наличие предполагаемых спаек, крупные размеры оперируемого органа, наличие жизненно-важных структур в зоне операции и т.д. на основании которых рассчитывается вероятность конверсии. При этом конверсия при лапароскопии может быть заранее запланирована на этап минидоступа, как этап миниинвазивной операции. Внедрение указанных разработок в клиническую практику позволило добиться точности дооперационного моделирования до 99,3%, снизить частоту вынужденной конверсии в 8 раз, частоту послеоперационных осложнений в 3,6 раза.

68.РЕЗЕКЦИЯ ЭПИФРЕНАЛЬНЫХ ДИВЕРТИКУЛОВ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ТРАНСИАТАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ С КОРРЕКЦИЕЙ НАРУШЕНИЙ МОТОРИКИ ПИЩЕВОДА

Ганков В.А., Балацкий Д.В., Федоров В.В.

Барнаул

ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет МЗ РФ

Учитывая сочетание дивертикулов с нервно-мышечными заболеваниями пищевода ряд авторов Effer D. (1959), Nissen R. (1958), Santy P. (1958) предложили помимо удаления дивертикула выполнять кардиомиотомию по Геллеру. На сегодняшний день большинство крупных исследований подтверждают различные варианты нарушения моторной функции пищевода как причину развития пульсионных дивертикулов. В лечении дивертикулов пищевода при выборе оперативного доступа многие хирурги предпочитают торакоскопический или традиционный торакотомный доступ. В Клинике общей хирургии АГМУ с 19.04.14 выполнено 2 Видеолапаротрансхиатальные резекции эпифренальных дивертикулов пищевода с эзофагокардиомиотомией по Геллер и фундопликацией по Дор. У одного пациента было сразу два эпифренальных дивертикула. Клинический пример. Больной С., 66 лет поступил в клинику общей хирургии с жалобами на затруднение прохождения твердой, кашицеобразной пищи по пищеводу. Около 15 лет периодически отмечал затруднение прохождения пищи по пищеводу. 2 года назад данные клинические проявления усилились, приняли постоянный характер. Рентгенологически - в наддиафрагмальной части пищевода по правой стенке определяется дивертикул до 8 см в диаметре, с устьем 6 см, по левой стенке, на том же уровне, дивертикул 4 см в диаметре с устьем 2 см. ФГДС – в пищеводе мутная жидкость, слизистая оболочка матовая. На 35 см от резцов устье дивертикула до 2,0 см в диаметре, глубиной до 2,0 см. На 36 см, по задней стенке дивертикул с устьем 4,0 см, глубиной до 8,0 см. Слизистая оболочка покрыта белесоватым фибрином. Манометрия пищевода - амплитуда сокращений 10-15 мм рт. ст. Сокращения пищевода по времени совпадают на двух уровнях. Регистрируются вторичные и третичные волны. Операция начиналась с мобилизации абдоминального отдела пищевода и пищеводного отверстия диафрагмы, после чего выделялась нижняя треть грудного отдела пищевода. Поиск крупных дивертикулов не представлял затруднений. При выделении дивертикула небольшого размера потребовалось проводить интраоперационную фиброэзофагоскопию. После выделения

дивертикулов до области шейки выполнялась дивертикулэктомия линейным сшивающим аппаратом "ECHOLON FLEX" 60 с синей кассетой. Укрепление механического шва проводилось наложением интракорпорального погружного мышечного шва. У пациента с двумя дивертикулами укреплению линии резекции малого дивертикула произведено препаратом "Тахокомб" по причине натяжения тканей. Далее выполнялась кардиомиотомия по Геллер с фундопликацией по Дор. В послеоперационном периоде полное парентеральное питание 4 суток с последующим приемом жидкой пищи до 6 суток. Осложнения интраоперационные: вскрытие плевральной полости с формированием одностороннего пневмоторакса – 1. Осложнений в послеоперационном периоде не было. При контрольной рентгеноскопии перед выпиской прохождение контраста по пищеводу и в области пищеводно-желудочного перехода свободное, затеков контраста за контур органа нет. Преимущества лапароскопического трансхиатального доступа: 1. Менее травматичен по сравнению с торакоскопическим доступом, легче переносится больными. 2. Возможность выполнить кардиомиотомию с фундопликацией.

69.ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВЫХ СУЖЕНИЙ ПИЩЕВОДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНЕРГИИ ИОНИЗИРОВАННОЙ АРГОНОВОЙ ПЛАЗМЫ

Скажутина Т.В.

Чита

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия

Разработка эффективного и самодостаточного метода лечения доброкачественных рубцовых сужений пищевода на протяжении многих десятилетий остается актуальной проблемой хирургии. Широкий арсенал применяемых миниинвазивных и внутрисветовых методов нередко сопровождается высокой травматичностью, риском осложнений, рестенозов и прогрессированием сужения. Внедрение в клиническую практику внутрисветовых эндоскопических пособий обеспечило возможность локального воздействия, осуществляемого под постоянным визуальным контролем. Безопасность исполнения наряду с высокой эффективностью обусловило перспективность дальнейшего развития и совершенствования эндоскопического лечения рубцовых стриктур пищевода. Цель исследования - оценить эффективность эндоскопического лечения доброкачественных рубцовых стриктур пищевода с использованием ионизированной аргоновой плазмы. В период с 2010 по 2014 год в Краевой клинической больнице г. Читы эндоскопическим способом с применением ионизированной аргоновой плазмы пролечено 52 пациента в возрасте от 17 до 73 лет, средний возраст – 53,2±17,1 года. Из них мужчин – 39 (75%), женщин – 13 (25%). Основным этиологическим фактором стеноза пищевода в 35 случаях (67,3%) явился химический ожог; у 17 пациентов (32,7%) сужение сформировалось как следствие длительно текущего пептического рефлюкс-эзофагита. У 15 пациентов сроки формирования посттравматического стеноза составили от 1 до 12 месяцев, у 20 – от года до 26 лет. Временные периоды стенозирования в группе пептических стриктур находились в интервале 5-10 лет (5 пациентов) и более 10 лет (12 человек). Степень сужения пищевода варьировала от 0,1 см до 1,0 см. На долю коротких постожоговых стриктур пришлось 51,5% (18), трубчатых – 8,6% (3), протяженных – 39,9% (14). Пептические сужения в 100% случаях были

непротяженными и локализовались в прекардиальной зоне пищевода. Эндоскопическое лечение рубцовых стриктур пищевода проводили с использованием видеогастроскопов «Olimpus» различного диаметра (0,6см, 0,9см, 1,2см) и аргоноплазменного коагулятора фирмы «Martin» с набором APC-зондов. Методика заключается в бесконтактном воздействии на стенозированный участок пищевода ионизированной аргоновой плазмой в режиме монополярной спрей-коагуляции с мощностью переменного тока 25Вт и скоростью подачи аргона 1 л/мин, длительность воздействия составляет 5-6 секунд. Одновременно в проекции стенозированного участка создавали переменное магнитное поле частотой 50 Гц и магнитной индукцией 30 мТл. Для расширения стриктуры проводили от 3 до 5 воздействий ионизированной аргоновой плазмой за один сеанс. Для достижения стабильного эффекта сеансы лечения назначали ежедневно в течение 5-10 дней до восстановления пассажа пищи по пищеводу. Среднее количество сеансов лечения составило $5,4 \pm 2,05$. До лечения распределение пациентов по группам в зависимости от диаметра стенозированного участка проводили на основании эндоскопических и рентгеноскопических данных согласно классификации Галлингера Ю.И.: I степень (9-11 мм) – 4 пациента (7,7%); II (6-8 мм) – 23 (44,2%); III степень (3-5 мм) – 21 (40,4%); IV степень (0-2 мм) – 4 пациента (7,7%). Клиническую оценку степени дисфагии осуществляли на основании данных опроса пациентов в соответствии со шкалой Bown: отсутствие дисфагии оценивалось в 0 баллов, периодические затруднения при проглатывании твердой пищей – в 1 балл, питание полужидкой пищей – в 2 балла, питание жидкой пищей – в 3 балла, полная дисфагия соответствовала 4 баллам. Отсутствие жалоб на прохождение пищи и 0 баллов по Bown выявлено у 2 больных (3,9%); 1 балл – у 2 (3,9%); 2 балла – у 5 (9,6%); 3 балла – у 38 (73%); 4 балла – у 5 пациентов (9,6%). В ходе распределения выявлялась четкая корреляция между степенью сужения просвета пищевода и выраженностью дисфагии. В 71,2% случаев (37 пациентов) эндоскопическая картина характеризовалась сочетанием рубцовой стриктуры и эрозивного эзофагита. В результате эндоскопического лечения с использованием энергии ионизированной аргоновой плазмы у 28 пациентов (53,8%) удалось достигнуть расширения стенозированного участка до 12мм и более; до 10-11мм (I степень) - у 14 (27%); до 7-9мм (II степень) – у 5 (9,6%); до 4-6мм (III степень) – у 5 пациентов (9,6%). По окончании курса отмечалась отчетливая положительная клиническая динамика, служившая критерием для оценки эффективности, что отражено в распределении пациентов по шкале Bown по окончании курса: 0 баллов – 44 человека (84,6%); 1 балл – 4 (7,7%); 2 балла – 3 (5,8%); 3 балла – 1 пациента (1,9%). Необходимо отметить, что в 100% случаев после эндоскопического лечения с использованием энергии ионизированной аргоновой плазмы удалось добиться полной эпителизации эрозий слизистой зоны сужения. Результаты лечения оценивались как хорошие при дилатации стриктуры до 12мм и более и полном купировании дисфагии и были достигнуты в 28 случаях (53,8%). У 14 (27%) пациентов достигнута дилатация стенозированного участка до 10-11мм при полном купировании поперхивания. Данный результат лечения оценивался как удовлетворительный. Неудовлетворительный результат лечения, характеризующийся достижением дилатации менее 9мм в сочетании с сохраняющейся периодической или постоянной дисфагией твердой или полужидкой пищей, был отмечен у 2 (3,8%) пациентов с короткими посттравматическими сужениями, у 3 (5,7%) - с протяженными посттравматическими стенозами и у 5 (9,6%) больных из группы пептических стриктур. Максимальная эффективность метода выявлена при пептических стриктурах – в 58,5% (10 пациентов из 17) получен хороший результат. При непротяженных посттравматических сужениях хороший результат достигнут в 71,4% (15 пациентов из 21). Осложнений при применении эндоскопического метода лечения рубцовых сужений пищевода с использованием ионизированной аргоновой плазмы не отмечено. Таким образом, эндоскопическое лечение доброкачественных рубцовых стриктур пищевода с использованием ионизированной аргоновой

плазмы - малотравматичный и эффективный способ лечения, позволяющий достичь выраженный и стабильный клинический эффект за короткий срок.

70.ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ СПЛЕНЭКТОМИЯ ПРИ ТРАВМЕ

Черныш О.А., Неплюхин С.М., Гуляев А.А., Ярцев П.А., Македонская Т.П.

Москва

Научно-исследовательский институт скорой медицинской помощи имени Н.В. Склифосовского

Актуальность. Доля абдоминальной травмы составляет 1,5 – 4,4 % от всех механических повреждений (А.С. Ермолов, 2009). Из них повреждений селезенки составляют 10 – 30%. Наиболее часто селезенка повреждается при закрытой травме живота – 85%. Желание минимизировать операционную травму и ускорить реабилитацию привело к тому что в настоящее время значительно увеличилась доля пациентов с повреждениями селезенки, которым проводятся консервативные мероприятия, выполняются органосохраняющие операции. Однако в отличие от спленэктомии использование вышеуказанных методов несет в себе высокий риск повторного кровотечения 43,5%, двухмоментного кровотечения 36,2%, образования абсцессов 20,3%. Таким образом, в настоящее время спленэктомия при травме селезенки остается операцией выбора. Благодаря современным технологиям в хирургии, спленэктомия может быть выполнена видеолaparоскопическим методом. Однако показания не определены и методы не стандартизированы. Цель работы. Оценить возможность и целесообразность выполнения видеолaparоскопической спленэктомии при травме. Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 55 пациентов с закрытой травмой живота и повреждением селезенки за период с 2009 по 2015г, которым была выполнена лапароскопическая спленэктомия. Тяжесть повреждений по шкале Injury severity score составила $20,4 \pm 4,6$. Тяжесть состояния по шкале Revised trauma score составила $7,512 \pm 0,530$. У 15 пациентов (42,9 %), была II степень повреждения селезенки, у 20 (57,1 %) – III степень. Время от получения травмы до операции составило от 2,2 до 213 часов (длительность в ряде случаев связана с поздним поступлением пациентов в стационар, либо с динамическим наблюдением пациентов с подкапсульной гематомой селезенки) (среднее время $31,7 \pm 47,3$ часа). Методами диагностики являлись клинический анализ крови и мочи, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства, рентгенография органов груди и живота. При невозможности верифицировать диагноз по данным осмотра, лабораторных методов исследования и УЗИ брюшной полости выполнялась компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Методика видеолaparоскопической спленэктомии: мобилизация - селезеночно-ободочная и селезеночно-желудочная связки пересекались при помощи ультразвукового аппарата Harmonic Ultracision или электролигирующего аппарата Ligasure; селезеночная артерия и вена пересекались аппаратом Ligasure; удаление - селезенка фрагментарно удалялась из брюшной полости в эндоконтейнере через один из троакарных вколов. Результаты. Нами определены следующие показания к видеолaparоскопической спленэктомии: II и III степень повреждения селезенки; высокий риск разрыва посттравматической гематомы селезенки (наличие субкапсулярной или центральной гематомы с тенденцией к увеличению при динамическом УЗИ или КТ через 1 час после

первичного исследования). Противопоказания: тяжесть состояния (шок IV степени); максимальный операционно анестезиологический риск (по шкале ASA); интенсивное продолжающееся кровотечение (скорость кровотечения, превышающая 250 мл/ч); повреждение селезенки I, IV, V степени. Среднее время операции составило $145,5 \pm 47,1$ мин. Средний объем кровопотери $0,5 \pm 0,4$ литра. В послеоперационном периоде осложнений, связанных с оперативным вмешательством и потребовавших дополнительных манипуляций, не отмечено. Среди пациентов с тяжелой сочетанной травмой, которым была выполнена видеолапароскопическая спленэктомия, было 2 летальных исхода в послеоперационном периоде, причиной которых явилась тяжелая черепно-мозговая травма. Заключение. Таким образом лапароскопическая спленэктомия может являться адекватной альтернативой спленэктомии из лапаротомного доступа, при этом достигнуты все преимущества лапароскопического метода.

71. ПЕРВЫЕ (Из истории видеоэндоскопии и видеохирургии)

Баулин А.А., Стародубцев В.А., Баулин В.А., Креймер В.Д., Баулина Е.А., Баулина О.А., Герцог Н.А., Баулина Н.В., Масаева Р.Р.

Пенза

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ГИУВ

Не умаляя достоинств первопроходцев эндоскопии и лапароскопии, всё же интенсивное совершенствование и развитие этих направлений в медицине произошло в 50-80 годах прошлого столетия, когда в жизнь пришли новые технологии оптики, светотехники, электроники, радио- и телевизионной техники. Конечно, потребовались люди, которые не боялись перевернуть привычные устоявшиеся представления, особенно в хирургических специальностях. Попытки применения фото, кинематографии и телевидения стали осуществляться ещё с конца позапрошлого века, а особенно с 30-х годов прошлого столетия. В 1949 в фирме «Олимпус» в Hayashida Hospital совместными усилиями оптика, электрика, фототехника (Uji, Fukami and Suginara) разработана гастрокамера, способная выполнять до 30 цветных снимков. В 1953 году Cohen and Guterman представили свою внутрисполостную камеру - Cameron cavicamera. Они одними из первых объединили телевидение и кинофильм для эндоскопических приложений и представили первые фотографические и киносистемы. Особенно после визита к Палмеру в 1966г. в Hospital Broca Коэн просто был поражен возможностями телевидения, посвятил всего себя этому разделу, достаточно сказать, что в течение года им опубликовано множество новаторских статей. Один из самых сенсационных моментов в истории эндоскопии пришёл из первых в мире цветных телевизионных фильмов французских пионеров: 1955 год, Palmer - дебют первой живой лапароскопии; Soulas and Dubois de Montreynaud - первой в мире телевизионной передачи живой бронхоскопии. Только в 1958 году Frangenheim из Германии выпустил его знаменитый цветной фильм из раздела гинекологической лапароскопической хирургии. В 60-х годах Inui, Berci и другие сотрудничали с инженерами и производителями в изготовлении миниатюрных видеосистем, но техника ещё не созрела, и новые идеи ещё не подошли. Однако это родило идею, которая в статье Berci "TV" and endoscopy" была очерчена особенно и не столь как несомненных преимуществ выполнения лапароскопии, оперативных приёмов и технической ориентации, а как

возможность применения, особенно технологии визуализации, документирования и учебных возможностей. Даже до 80-х годов им виделось в основном использование изображения для учебных целей. В 1969 году фирмой «Bell» и ее учеными Willard S.Boyle и George E. Smith создан цифровой электронно-оптический преобразователь (CCD-чип), в 1979 - 1980 годах фирмой «Welch Allyn Inc. of Skaneateles» (Нью-Йорк) создан гибкий видеоэндоскоп, медики Sivak и Fleischer из Кливленда провели первые клинические испытания, а вскоре фирмы «Fujinon» и «Olympus» приступили к выпуску. Действительно, ради справедливости, следует сказать: учебный метод существовал и пропагандировался, но для внутрипросветной фиброэндоскопии и для учебных целей. Посмотрите одну из первых советских монографий по эндоскопии (Савельев, Буянов, Балалыкин, -1977). И вы там найдёте фотографию, демонстрирующую наличие такой установки в одной из клиник Москвы. Какая причина, что никому в России в голову ранее не пришло соединить приёмное устройство именно с лапароскопом, приходится просто гадать. Видимо, также из-за громоздкости или из-за того, что эта установка была в руках эндоскопистов, а хирурги ещё находились в историческом заблуждении о значимости хирурга, которая зависела от величины разреза. Одним из пионеров соединения эндоскопов, телевизионной техники и фильмов был Samran Nezhat, M.D. - всемирно известный лапароскопический хирург, ученый и новатор, работавший в медицинском центре Стэнфордского университета. Он один из первых с 1977 года начал работать с техникой передающей изображение на монитор, а не глядя через окуляр лапароскопа. Эта оперативная техника (видео лапароскопия) была несомненно революционной и позволила ему выполнить дополнительные хирургические манипуляции никогда ни кем ранее не выполняемые. Однако громоздкая аппаратура ограничивала её использование. В это время Semm в Киле уже достиг почти 90% выполнения гинекологических операций с помощью рутинной эндоскопической техники. Не мудрено, что именно им же в 1980 и была выполнена первая лапароскопическая аппендэктомия как симультанная при воспалении правых придатков у женщины. Другими словами, в то время как некоторые из технологических основ для создания видеолапароскопии существовали по меньшей мере 40 лет, но наиболее важным недостающим звеном было отсутствие технического обоснованного воображения для соединения всего в систему. Концептуальная идея объединения этих технологий и их использование совершенно по-другому были полностью игнорированы до Nezhat. Уникальный вклад его именно в том, что стала вырисовываться система. Задержки в публикации не умаляют достоинств этого хирурга-новатора, пионера многих внутриполостных вмешательств. В начале 80-х годов никому не известный хирург из Бёблинга на Западе ФРГ Erich Muehe загорелся идеей применения лапароскопии в хирургии, на что его сподвигли опыт, беседы, результаты работы, первая аппендэктомия Земма и статья в советском журнале «Хирургия» №8 от 1983г., в которой О.Д.Лукичёв с соавторами поделился опытом лапароскопической холецистостомии. В 1984 году Мюхе уже разработал детали операционной части лапароскопа - «Galloscope», изготовил длинные вспомогательные инструменты, подобрал худенькую пациентку и 12 сентября 1985 года выполнил первую лапароскопическую холецистэктомию. В 1985 году он опубликовал работу "Die Erste Laparoskopische cholecystectomy" ("Первая лапароскопическая холецистэктомия"). Позднее он изменил свою технику и работал инструментами через троакары. Наконец, он разработал «открытый лапароскоп» с круговым более широким освещением. К марту 1987 года Мюхе провели 97 эндоскопических холецистэктомий. Он опубликовал информацию об этом, доложил о технике на Конгрессе Немецкого хирургического общества (Апрель 1986) и в других хирургических конгрессах в Германии. Однако его концепция была не просто проигнорирована, но и осуждена вместе с автором фактически в оскорбительной форме. В середине 1980-х хирургическое сообщество не было подготовлено для эпохи минимально инвазивной хирургии. Эрих Мюхе был хирургом опередившим свое время. В 1985 году в эксперименте на животных Frimbergerom, Filipi,

Mall, Roosma впервые выполнили лапароскопическую холецистэктомию. Вполне понятно, что операции выполнялись без видеоконтроля на мониторе, которого на тот момент просто не существовало, операция была признана опасной из-за длительности и невозможности контролировать действия ассистентов. В тоже время в середине 80-х годов с развитием микропроцессорной техники появились миниатюрные видеокамеры, в которых начали использоваться не большие электронно-оптические преобразователи, а совсем миниатюрные чипы аналого-цифровые преобразователи изображений (фирма Циркон – «Circon» США). Они же в начале 80-х годов соединили жёсткие эндоскопы с приёмными головками видеоустановок, что послужило толчком к развитию эндохирургии. Это было ещё одно доказательство того, что мы технологией управляем, но мы и от технологии зависим. Итак, вместе с цифровыми технологиями наступала эра видеоэндоскопии и видеохирургии. Опыт энтузиастов, технические достижения, видеоэндоскопическая установка и инструментарий создали предпосылки для революции в хирургии, которая названа французской. Наконец, Nezhat в 1986 году и Mouret – гинеколог из Лиона(симультанно после операции на гениталиях) в июне 1987 года выполнили первые холецистэктомии под видеоэндоскопическим контролем. В 1987-88 годах лапароскопическая холецистэктомия распространяется во Франции усилиями Dubois, Mouret, Perrissat. С этого момента Nezhat был в состоянии продолжать демонстрировать для всё большей аудитории другие возможные сложные операции. Действительно, в период 1984-1989гг. Nezhat и его коллеги пересмотрели все, что было сочтено возможным, чтобы успешно выполнять такие сложные операции, как: первые лапароскопическое лечение сложнейших форм эндометриоза, первые резекции кишечника, мочеточника, уретероуретероанастомоз, радикальная гистерэктомия с лимфодиссекцией, резекция мочевого пузыря реконструкция при пузырно-прямокишечных-влагалищных свищах, цистэктомии в втором и третьем триместре беременности, миомэктомия, операция Берча, сакральная кольпопексия, остановка кровотечения из брыжеечных артерий, удаление дермоидной кисты и др. В 1990г., в Атланте, в Обществе американских гастроинтестинальных хирургов высоких почестей и наград удостоились Perissat, Verci, Cuschieri, Dubois и Mouret, среди них не было ни Nezhat, ни Muhe. Потребовались почти шесть лет и усилия коллег из Германии, чтобы в 1992г. признать вклад Мюхе, и он получил самое высокое вознаграждение от немецкого хирургического общества. Через океан его более удачливые современники пожинали более богатые награды и признание. И только в 1999г. он всё же был признан мировым первопроходцем за то, что выполнил первую лапароскопическую холецистэктомию. Лапароскопия в России представлена такими пионерами как Отт, Орловский, Аминев, Орлов, Можайский, Дерябина, Логинов и др. а первая видеолапароскопическая холецистэктомия связана с именами Галлингер, Чугунов (1991).

72.ОЦЕНКА 253 ОПЕРАЦИЙ ВОССТАНОВЛЕНИЯ УГЛА ГИСА

Баулин В.А., Стародубцев В.А., Баулина Е.А., Креймер В.Д., Баулин А.А., Герцог Н.А., Баулина О.А., Перетрухин А.И.

Пенза, г.Заречный

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ГИУВ, ГКБСМП им.Захарьина, Отделенческая клиническая больница на ст.Пенза РЖД, МСЧ-59

Вопрос о том, что первично, что вторично - ГПОД или ГЭРБ, или это два заболевания развивающиеся параллельно - до сих пор не решён. Хотя достоверно известно, что ГЭРБ обнаруживается до подтверждения ГПОД, с другой стороны считается, что одной из самых частых причин этого заболевания является именно ГПОД. Однако хирургический подход в коррекции основывается на одинаковой базе: ликвидации грыжи и антирефлюксного дополнения. Наиболее распространены в мире операции Ниссена, её модификации (Розетти, Дор, Тупе и др.), в России выполняют также операции Каншина-Черноусова, Жерлова и др. Последние годы клиника Мейо в Америке и Европе пропагандирует как дополнение к крурорафии специальный магнитный браслет, установленный вокруг пищевода и выполняющий роль клапана. Любой из методов не лишён недостатков, препаровка под диафрагмой нередко бывает очень травматичной, результаты ближайшие и отдалённые не всегда бывают хорошие, они широко освещены в научной литературе. Проведен анализ 99 историй болезни пациентов с ГЭРБ и ГПОД за последние 15 лет, оперированных в области, которым произведены фундопликация по Ниссену(48), Тупе(21), Шалимову(12), Дору(8), Черноусову(6), – Хиллу(4). Мы не принимаем в расчёт интра- и послеоперационные осложнения, связанные с доступом, хотя они наблюдались у 31% довольно серьёзные, включая перфорации, спленэктомии. В раннем послеоперационном периоде у 19(19%) наблюдались выраженные эвакуаторные расстройства из пищевода и желудка, дисфагия, в частности, потребовавшая у 3(3%) неоднократного бужирования, у 1 – икота, которая продолжается много лет. При изучении отдалённых результатов (сведения получены из анкет и при обследовании при явке по вызову) у 76% при ФГДС обнаружены: рефлюкс-эзофагит различной степени, ГЭРБ, недостаточность функции кардии, гастрит, дуоденит, язва желудка, эрозивный антрум-гастрит. Образование грыжи пищеводного отверстия диафрагмы повторно выявлено у 26 (26%), интенсивные боли за грудиной отмечают 11(11%), у 7(7%) пациентов – постоянная отрыжка съеденной пищей, 7(7%) - спят с поднятым изголовьем, 11(11%) - постоянно принимают антациды, 1(1%) – постоянно икает. В клинике мы применяем способ профессора А.А.Баулина (патент РФ №2431448), который применим при величине пищеводного отверстия диафрагмы до 5см и закрытии его при тракции желудка каудально или с дополнением в виде передней крурорафии при большей величине. Основной особенностью операции является фиксация петлёй из полипропилена или ксеноперикарда пищеводно-желудочного перехода под диафрагмой, восстановление угла Гиса, складки Губарева и тем самым ликвидация недостаточности кардии. Мы не останавливаемся на деталях, они достаточно освещены в предыдущих публикациях, в том числе в материалах съездов эндохирургов. Оперировано 253 больных; 169 женщин, 84 мужчин; 13 открытым способом, 240 эндоскопическим; у 160 для фиксации применена лента из полипропилена, у 93 – из ксеноперикарда, причём у 45 – комбинированная, прилежащая к пищеводу часть из ксеноперикарда, а фиксирующая к брюшной стенке – из полипропилена; у 74 симультанно выполнены 91 операция (включая холецистэктомии, нефропексии, вентропластики, грыжесечения, венэктомии, адреналэктомии и др.). Ближайшие результаты изучены у всех, отдалённые – у 220 (87,0%) по тем же параметрам, объединённым в клинические (длительность восстановления, качество жизни сравнительно, переносимость пищи, изжога, отрыжка, тошнота, рвота, икота, кашель сухость во рту, появление неприятных ощущений от физической нагрузки, необходимость спать с поднятым изголовьем и др.), эндоскопические (расстояние до зет-линии, воспалительные изменения в пищеводе, затруднение прохождения эндоскопа, недостаточность кардии, восстановление складки Губарева и др.) и рентгенологические (структурные и функциональные изменения пищевода, наличие ГПОД, величина, место стояния и проходимость

пищеводно-желудочного перехода, угол Гиса, пространство Ассмана, наличие рефлюкса и др.). Ближайшие результаты: клинически фактическое состояние нормы с исчезновением всех симптомов – 236 (93,3%), смерть в ближайшие сутки – (инфаркт, ТЭЛА) – 2(0,8%); ТЭЛА мелких ветвей – 1; инфицирование сетки – 1 – удалена лапароскопически; нагноение в месте крепления 1 – санировано; субфебрильная температура 5 дней – 18 (7,1%) – прошла после антибиотикотерапии, характерно для ксеноперикарда; дисфагии при глотании слюны, жидкости не было ни у кого, затруднённое глотание густой пищи в течение 1,5 месяцев – 2 – прошло самостоятельно; невралгия в месте крепления 2 – блокада; аллергическая реакция 1 – купирована; срыгивание 1 – прошло через несколько дней; изменялся голос – 1 – прошло без лечения. 87,4% пациентов оценивают как хороший и отличный результат, 12,6% - как удовлетворительный; эндоскопически хорошие и отличные результаты отмечены у 92,3%, удовлетворительные у 7,7%, рентгенологически кратковременный рефлюкс отмечен только у 13,4%. Подробно об отдаленных результатах мы докладывали в предыдущих сообщениях, замена ленты из полипропилена связана с результатами экспериментов и предположением, что лента из ксеноперикарда в меньшей степени будет способна мигрировать в просвет, а при миграции разрушится под действием пищеварительных соков. Отдаленно сравнительно в этих группах чувствуют себя (контроль/основная группа): отлично – 21,6% / 46,3%; хорошо 22,6% / 38,7%); удовлетворительно – 27,9% / 13,1%; плохо – 16,1% / 1,5%; хуже, чем было – 11,8% / 0,5%; реоперированы – 8% / 1,4%. Эндоскопические и рентгенологические данные обобщаются, однако видеоэндоскопически полный регресс отмечен у 89,1%. С нашей точки зрения новая методика имеет результаты не хуже, чем общепринятые, выигрывает в простоте исполнения.

73. ИСХОДЫ ТОТАЛЬНОГО ХОЛЕЦИСТОЛИТИАЗА И ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПАСНОСТИ

Баулина Е.А., Зуев Г.В., Баулин В.А., Видрик В.А., Баулин А.А., Ерюшкин В.П., Баулина О.А., Лугина О.Б., Бикбаева Д.М.

Пенза, г.Заречный

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ГИУВ,ГКБСМП им.Захарьина, МСЧ-59, Подольская городская клиническая больница,

Образование крупных камней в желчном пузыре создаёт своеобразную клиническую картину, а главное и более важное – необычную патологическую анатомическую картину вокруг пузыря. Можно рассматривать три варианта изменений. Тотальный холецистолитиаз может быть обусловлен или заполнением всего просвета желчного пузыря отдельными камнями, или единым камнем достигающим размерами 7х5см. в просвете минимальное количество жидкости, чаще редуцированная жёлчь. На ультразвуковой картине пузырь выглядит как единое образование с интенсивной ультразвуковой тенью. При расположении крупного камня в шейке пузыря, создаётся заблокированная полость по направлению к дну разной величины. Когда жёлчный пузырь блокируется небольшим количеством и величиной камней происходит или образование водянки, или сморщивание пузыря. И тогда он тоже выглядит как характерный для тотального холецистолитиаза, с той разницей, что он постепенно сморщивается. Сморщивание желчного пузыря приводит к изменениям анатомических образований, которое во время операции может

приводить к непредвиденным повреждениям внепечёночных желчных путей, 12-перстной кишки. Пузырь уменьшается в размерах, причём, не только в диаметре, но и по длине. Могут образовываться перетяжки, которые формируют песочные часы с двумя или большим числом расширений. Все эти ситуации могут вести, а при сморщивании, возможно, быть последствиями образования соустьев с соседними органами и внепечёночными желчными протоками. Желчный пузырь в таких ситуациях не функционирует. Здесь требуется нацеленность УЗИ-диагноста для расшифровки и предупреждения хирурга, а хирург должен быть внимательным и не загонять ситуацию в тупик с серьёзными последствиями. Если взаимоотношение пузыря и соседних образований не выяснено заранее, то мы стараемся вначале очень внимательно оценить ситуацию, при малейшем подозрении на сращение с соседними образованиями детально оцениваем эти соотношения. Особенно осторожно препарируем в области шейки, поскольку именно разобщённые соустья между пузырьём и общим печеночным или общим желчным протоками и 12-перстной кишкой создают крайне опасную ситуацию. Как и другие хирурги, мы производим операцию по типу резекции пузыря, стараемся извлечь камни, кроме иногда вклинившегося в шейку и инфильтратом вокруг. С нашей точки зрения, самой тревожной ситуацией является, когда происходит сморщивание пузыря при оставшемся участке пузыря у дна, фиксированного у свободного края печени. В таком случае, под действием склерозирования происходит своеобразная тракция за пузырьный проток, и гепатикохоledох подтягивается в необычное место под печень. Особенность опасной ситуации усугубляется тем, что и остаток пузыря, и пузырьный проток, и гепатикохоledох могут быть покрыты довольно большой массой жировой ткани, что создаёт впечатление как бы о наличии пузыря большего размера. Это может привести к необоснованной препаровке фактически хоledоха. Мы встретились с такими ситуациями при классическом и лапароскопическом доступах. При классическом доступе хирург вышел в жировой ткани на трубчатое образование и стал постепенно выделять его в направлении гепатодуоденальной связки в поисках буквы «Т», предполагая, что это пузырьный проток. Далее обратили внимание, что диаметр около 5-6мм не соответствует пузырьному протоку и слишком длинный, собрали интраоперационный консилиум и решили препарировать в сторону дна. Уже вблизи от сморщенного диаметром 3см остатка пузыря обнаружено разделение: узкий - диаметром 2мм и короткий - 4мм проток шли к сморщенному пузырю. А под углом, как бы возвращаясь в сторону ворот печени, шёл общий печёночный проток диаметром 6мм. Рентгенологическое исследование не потребовалось, но в связи с травматизацией гепатикохоledоха желчевыводящую систему дренировали через пузырьный проток. Два наблюдения уже было при выполнении лапароскопической холецистэктомии. У первого больного при осмотре подпечёночного пространства хорошо был видно дно желчного пузыря у свободного края печени замаскированное жировой тканью, которая спускалась по нижней поверхности печени в направлении связки, создавая впечатление пузыря также покрытого жиром. Препаровка началась в месте предполагаемой гепатодуоденальной связки, но обнаружилось, что трубчатое образование тянется за 12-перстную кишку, направление препаровки изменили на обратное и под печенью обнаружили продолжение в сторону ворот печени того же диаметра, а в сторону дна 2-3мм длиной 15мм, заканчивающееся остатками пузыря. Пузырный проток клипирован, склерозированный желчный пузырь выделен и удалён. Послеоперационный период гладкий. Во втором наблюдении решили вскрыть брюшину поперечно на середине расстояния от дна пузыря и предполагаемой гепатодуоденальной связки. Осторожно поперечно препарируя в этой зоне, обнаружили трубчатое образование диаметром 4мм, тянущееся от сморщенной части пузыря к предполагаемой гепатодуоденальной связке, из того расчёта, что это часть сморщенного пузыря. Однако через 1-2см обнажилось образование расходящееся в направлении 12-перстной кишки и ворот печени чуть большего диаметра. Стало ясно, что хирург вышел на пузырьный проток и

гепатикохоледох в необычном месте. Произведена препаровка в сторону дна пузыря, последний обнаружен малых размеров в рубцовых тканях. Пузырный проток клипирован, склерозированный желчный пузырь выделен и удалён. Послеоперационный период гладкий. К сожалению, ультразвуковая картина не настраивала хирургов на необычную ситуацию, т.к. в заключениях было просто указано, что пузырь малых размеров. Анализируя данные наблюдения, мы считаем одним из возможных путей осторожной работы в таких случаях возможно выполнение препаровки от дна. Отведение печени в данной ситуации возможно ретрактором. Нужно учитывать, что такая препаровка чревата оставлением части пузыря, если он в виде песочных часов. Необходимо во всех случаях подготовки к операции знать об ультразвуковой картине – она может настроить на необычную ситуацию. Нужно учитывать, что ультразвуковые диагносты, нередко встречаясь с необычной картиной, «фантазируют» и могут ввести в заблуждение хирурга. Оптимально, если бы хирурги могли и сами производить или, хотя бы, присутствовать при исследовании. И второе, в такой ситуации полезно при возможности прибегать к интраоперационной пункционной холангиографии.

74.Использование инновационных технологий преподавания эндоскопической хирургии.

Хитарьян А.Г.(1), Чумбуридзе И.П.(1), Штильман М.Ю.(1), Мизиев И.А.(2),Орехов А.А.(1), Ковалев С.А.(1).

Ростов-на-Дону, Нальчик.

1)ГБОУ ВПО "Ростовский государственный медицинский университет" Минздрава России,2)ГБОУ ВПО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова» Минздрава России

Современное состояние высшего медицинского образования требует внедрения инновационных технологий обучения. Поэтому отработка мануальных навыков будущих хирургов в системе подготовки, сегодня диктует необходимость многократной отработки практических умений в условиях, приближенных к реальной операционной, однако безопасной для пациентов. Цель - усовершенствование методики отработки мануальных хирургических навыков эндоскопической хирургии . Для решения поставленной цели в рамках учебного процесса на кафедре хирургических болезней №3 ГБОУ ВПО "Ростовский государственный медицинский университет" под руководством проф. Хитарьяна А.Г. разработан и внедрен комплекс мероприятий с использованием животных материалов и симуляторов с обязательным включением в процесс элементов case-study, то есть совместными усилиями группы студентов проанализировать ситуацию – case, возникающую при выбранном конкретном клиническом случае с дальнейшей выработкой практического решения. Практическое занятие разделено на стадии : подготовительная - постановка учебных целей и мотивация , контроль исходного уровня знаний, практических навыков и умений; основная стадия- формирование профессиональных умений и навыков; итоговая – контроль и коррекция профессиональных умений и практических навыков .По окончании занятия происходит обязательная оценка предложенных вариантов разрешения сформулированной клинической задачи и выбор наилучшего. По нашему мнению очень важен принцип прагматизма, ориентирующий на четкое определение возможностей того или иного case

, планирование результатов обучения с точки зрения формирования у студентов навыков анализа клинической ситуации и выработки моделей поведения в ней. Животный материал это доступный аналог трупного материала, который по своим анатомическим характеристикам пригоден для отработки техники ряда хирургических манипуляций и оперативных вмешательств в условиях, абсолютно приближенных к реальным. Для этого составлен проект нормативной документации, который регламентирует хранение и утилизацию нативных материалов после их использования, разработаны перечни манипуляций, этапов оперативных вмешательств, сформирован набор необходимых инструментов. Учебный класс также оборудован тренажерным комплексом с набором различного инструментария, что позволяет обучаемым лицам в полной мере освоить необходимое эндоскопическое оборудование и основные навыки оперативной техники. В комплексе тренажеров используются несколько основных видов тренажеров: «коробочный тренажёр» и учебная эндоскопическая стойка с соответствующим набором инструментов. Наибольшее количество навыков позволяют отработать, не смотря на свою простоту «коробочные тренажеры». Основным принципом обучения эндоскопической технике на тренажерах должно стать использование принципа сформулированного еще Н.И. Пироговым: отработка коротких, повторяющихся несколько дней учебных упражнений, а не однократных длительных занятий. Таким образом принцип творчества при отработке мануальных навыков в эндоскопической хирургии, который предполагает использование метода case-study и практического занятия с применением животного материала и симуляторов позволяет значительно повысить интерес обучающихся, оптимизировать учебный процесс превращая его в увлекательный творческий продукт.

75.ВЫБОР ПЕРВОГО ВХОДА ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ С ПРЕДШЕСТВУЮЩИМИ ЛАПАРОТОМИЯМИ

Баулин В.А., Ильясов Р.Р., Баулина Е.А., Николашин О.А., Баулин А.А., Баулина О.А., Терентьев А.Н., Баулина Н.В.

Пенза

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ГИУВ, кафедра акушерства и гинекологии медицинского института ПГУ

Всегда когда встает вопрос о лапароскопической операции, а у больного в анамнезе была лапаротомия, решать его не совсем просто. Опыт показывает, что иногда даже после небольшой операции в животе, образуется довольно выраженный спаечный процесс, а иногда и после травматического вмешательства в брюшной полости можно обнаружить 1-2 плоскостные спайки. Отсюда и профессиональные или законодательные установки об открытом первом вхождении как обязательной процедуре, даже если не было предшествующих операций (СЩА) или отсутствие какой-либо регламентации. Данная ситуация в нашей практике встречается ежегодно около 35 раз у 2,5-2,7 тысяч пациентов поступающих в больницы. Поскольку речь идёт именно о первом входе, а наиболее частые операции лапароскопическая холецистэктомия и диагностическая лапароскопия, то первой точкой входа является околопупочная область. Оценивая возможные опасности первого «слепого» входа, мы исходим в первую очередь с точки зрения прогноза

спаечного процесса в этой зоне. Обязательно спрашиваем возможной тупой травме живота в анамнезе, воспалении придатков у женщин, поскольку это может вызвать спаечный процесс в животе. Мы рассматриваем больных потенциально малоопасных, у которых в анамнезе были операции по поводу паховых грыж. По частоте предыдущих операций на первом месте стоит аппендэктомия – около 35%, уточняем характер воспаления отростка, длительность заболевания до операции, длительность операции, особенности, установка дренажей. 26-29% – женщины, у которых были операции на органах малого таза. Чаще всего у них доступ осуществлялся через поперечный разрез, но мы всегда исходили из особенностей доступа по Пфаннштилю, поскольку рассечение мышц, внутрибрюшной фасции и брюшины осуществляется продольно. Обращали внимание на соотношение длины поперечного разреза и расстояния от лона до пупка. По этому признаку можно судить высоко ли было рассечение продольно и есть ли опасность припаения сальника или кишечной петли в области пупка. Там же где был захвачен разрезом мезогастрий, мы вхождение в этой зоне осуществляли под контролем лапароскопа. У единичных больных после операций по поводу разлитых перитонитов разного происхождения осуществляли первое вхождение открытым способом через малый разрез в области пупка или в подвздошных областях. У подавляющего большинства больных первое вхождение иглой Вереша или сразу 11мм троакаром было в околопупочной области, при сомнениях использовали левую или правую подвздошные области, у 38 – в правом подреберье с расчётом правее круглой связки. У больных после гастрэктомии или резекции желудка первое вхождение иглой Вереша и троакаром было в боковой области. Особо обращаем внимание на создание тракции брюшной стенки вверх с целью профилактики глубоких повреждений, после заведения эндоскопа и последующего осмотра, выбираем необходимые места проколов и установки троакаров под контролем зрения, используем адгезиолизис. Иногда троакар попадал под припаявшийся сальник, у 38 больных вхождение 11мм троакаром в правом подреберье осуществляли без предварительной инсуффляции газа, также осложнений не отмечено. Выгодную ситуацию помогает создавать рёберная апертура, создавая определённую фиксацию мягких тканей в этой зоне. При вхождении троакаром не стремимся прижимать стенку к забрюшинному пространству, а стараемся как бы пружинить брюшной стенкой. Интенсивно вращая инструмент, проходим ткани передней брюшной стенки. Важно отметить, что мы не применяли острые стилеты. При сомнениях вхождения используем лапароскоп с торцовой оптикой – это помогает увидеть какая ткань предлежит в торцу троакара, иногда рассмотреть прозрачную плёнку брюшины и выбрать направление для продолжения движения стилетом. Из более 500 больных мы получили повреждение тонкой кишки у одного, рану зашили без последствий. Особо обращаем внимание после вхождения первого порта, как бы безопасного с точки зрения предыдущих изменений, на осмотр прилежащих тканей, припаявшихся к передней брюшной стенке образований. Поскольку чаще это происходит при необходимости лапароскопической холецистэктомии, то после вхождения в свободной зоне 10мм портом в правом подреберье, мы вводим в него лапароскоп и осматриваем место вхождения порта для лапароскопа в области пупка или справа от него. Это делается с целью исключения повреждения полого органа. Игнорирование подобного приёма может привести к незамеченным и к более серьёзным повреждениям, что и случилось у менее опытного хирурга. У больной была операция на гениталиях через срединный мезогипогастральный доступ. При операции по поводу острого окклюзионного холецистита при наличии 5см камня, вхождения были типичные - первый чуть выше пупка и справа от рубца. При осмотре создалось впечатление, что троакар прошёл вблизи припаявшихся органов, что было подтверждено осмотром через эпигастральный доступ. Далее произведена холецистэктомия без затруднений, извлечение пузыря с камнем осуществляли через околопупочный разрез. В момент расширения разреза и попытки извлечения пузыря замечено сквозное повреждение тонкой

кишки, произведено расширение доступа в этой зоне, резекция тонкой кишки с анастомозом бок-в-бок. У ряда больных при вхождении нетипично при обнаружении спаечного процесса в местах необходимых для производства операции, если там имелся спаечный процесс, производили адгезиолитическую операцию. Иногда удается выполнить лапароскопическую операцию и при очень выраженном спаечном процессе. Так у больной после гастрэктомии, доктора, которая настаивала на лапароскопическом варианте холецистэктомии, первый вход был осуществлён в левой боковой области. Далее под контролем лапароскопа сформировали под печенью щелевидное пространство, в него введены 3 троакара для эндоскопа и рабочих инструментов. Холецистэктомия была успешно выполнена с использованием вспомогательного инструмента через первый троакер. Надо учитывать наблюдения, что после люмботомических доступов (урологические операции), которые не сопровождаются вскрытием брюшины, тем не менее, на стороне операции всегда обнаруживался той или иной степени выраженности спаечный процесс. С совершенствованием ультразвуковой диагностики и набора опыта специалистами выбор первого доступа может быть осуществлен после оценки зон вхождения троакаров по степени смещаемости прилежащих органов. Нам в клинике стало проще решать этот вопрос в связи с тем, что большинство хирургов освоили этот метод диагностики.

76. СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ГПОД И ГЭРБ

Баулина О.А., Стародубцев В.А., Баулина Е.А., Креймер В.Д., Баулин А.А., Баулин В.А., Масаева Р.Р., Баулина Н.В., Шевченко Г.В.

Пенза

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ГИУВ, Медиклиник, ОКБ на ст. Пенза, Медицинский институт ПГУ

Симультанные операции стали обычными в повседневной практике. Этому способствуют совершенствование диагностики, достижения в анестезиологии, опыт в основном хирургов с обобщением в целом уже не одного десятка тысяч вмешательств различного объёма. Доказана их обоснованность, целесообразность, безопасность и экономическая выгода, и они психологически большинством пациентов воспринимаются как большая удача. Мы в клинике активно занимаемся выявлением сочетанной патологии и располагаем опытом симультанных операций у более 3,5 тысяч пациентов от 2 до 10 операций у одного в различных сочетаниях по доступам и последовательности: только классические, классический и лапароскопический, лапароскопический и классический, и только лапароскопические. Показания к подобным вмешательствам вытекают из общей сути, нужно только исключить противопоказания. В сочетании операций только с холецистэктомией у 674 (из более 9 тысяч с ЖКБ) больных выполнялись: экстирпация и ампутация матки, удаление придатков, от простой до комбинированной вентропластики, грыжесечения, венэктомии, резекции желудка, струмэктомии, резекция кишок и др. В последнее время к ним присоединились операции по поводу ГЭРБ и ГПОД. Ранее это были единичные больные, и вопрос о симультанном вмешательстве решался при наличии ГПОД, когда при предоперационном обследовании выявлялась ЖКБ. На сегодняшний день у 74 симультанно выполнены 91 операция (включая холецистэктомии, нефропексии, вентропластики, грыжесечения, венэктомии, адреналэктомии и др.). На современном этапе

прослеживаются несколько проблем. А. При активной санации с ЖКБ появилась группа больных, которая после выполнения холецистэктомии не удовлетворена результатами, поскольку у них не исчезли клинические проявления, которые сподвигли их на операцию. Б. При расспросе таких пациентов выясняется недостаточная глубина обследования или применение не всех имеющихся способов диагностики. Например, при наличии клиники схожей по симптомам с патологией пищевода и кардии, коллеги проводят только фиброгастоскопию, уповая только на этот метод как на исчерпывающий, забывая о рентгеноскопии. В. Следующее – не все доктора представляют, что фиброволоконная оптика во многом уступает современной видеоэндоскопии по её возможностям, и что многие эндоскописты не производят инверсионный осмотр кардии, что является решающим в диагностике патологии пищеводно-желудочного перехода. По этой причине и образуется эта группа больных. Г. Вторая проблема – убедить диагностов выполнять в полной мере программу эндоскопического исследования с измерением расстояния от резцов до Z-линии, с инверсионным осмотром кардии, убедить рентгенологов выполнять исследование желудка обязательно и в положении Тренделенбурга. Без этого невозможно иметь полное представление о патологии кардии. Добившись, после исчерпывающей беседы с больным, выполнения полной программы обследования диагностами мы значительно увеличили выявляемость патологии нижней трети пищевода и кардии, в частности, ГЭРБ: с 19,2% до реализации программы и использования фиброскопии до 69,1% при использовании видеоэндоскопа. В объективизации и выборе оперативного лечения нам помогает предложенная нами 4-х степенная классификация недостаточности кардии (по А.А.Баулину), о которой мы докладывали ранее. Только на основании обязательного скрининга по выявлению сочетанной патологии нам удалось значительно увеличить частоту симультанных операций, что нас избавило от диагностических ошибок, неудовлетворённости пациентов и уменьшило число повторных вмешательств. При выполнении операции лапароскопической фиксации угла желудка по методу профессора А.А.Баулина по поводу ГПОД и ГЭРБ из 253 больных мы симультанно у 74 (29,2%) произвели 91 операцию: лапароскопических холецистэктомий, нефропексий справа, резекции кист, удаление липомы больших размеров, грыжесечений, поверхностных опухолей и др.. Кроме этого у 6 больных из 40 с ЖКБ выполнили дополнительно 9 операций (плюс от 1 до 3): удаление стромальной опухоли желудка и пластику при эпигастральной грыже, краевую резекцию печени, нефропексию справа, пластику при эпигастральной грыже и комбинированную венэктомия с 2-х сторон и две пластики при пупочных грыжах. Максимальная продолжительность операций 2 часа 00 минут, когда были трудности при мобилизации желчного пузыря и заведении имплантата, минимальная 1 час 10 минут в сочетании с холецистэктомией и 40 минут в сочетании с пластикой грыжевых ворот. Доступы лапароскопические осуществляли типичные для холецистэктомии с последующим дополнением прокола в левом подреберье, первой выполняли холецистэктомию, пузырь извлекали после завершения всех операций. Для выполнения нефропексии производили прокол в боковой области и разрез 1,5см в проекции 12 ребра, к которому фиксировали почку. При пупочных грыжах первый вход был через пупочное кольцо, которое зашивали под контролем эндоскопа завершающим этапом. Венэктомию выполнили 2 бригадами. Никаких интраоперационных осложнений не было. У 4 больных имел место разрыв желчного пузыря, но это, благодаря адекватной санации, не отразилось на послеоперационном периоде. Каких-либо осложнений, связанных с таким подходом не было. Мы считаем подобную тактику оправданной.

77.Трехмерная лапароскопия как технология профилактики повреждений внепеченочных желчных путей при холецистэктомии

Дарвин В.В., Краснов Е.А., Онищенко С.В., Степанов А.В.

Сургут

БУ ВО Сур ГУ, БУ ХМАО-Югры Сургутская ОКБ

Повреждений внепеченочных желчных протоков и сосудистых структур при холецистэктомии отмечаются у 0,1 до 3,0%, из них при традиционной холецистэктомии – 0,1 – 0,5%, при видеолaparоскопической от 0,1 до 3,0%. Основными причинными факторами ятрогенных повреждений при холецистэктомии лежат сложности визуализации трубчатых структур, редкие варианты строения и топографоанатомического взаимоотношения элементов гепатодуоденальной связки, недостаточный опыт хирурга, вовлечение в обширный воспалительный и спаечный процесс гепатодуоденальной связки. Для успешного преодоления факторов ятрогении необходимо расширение и углубление опыта и знаний оперирующего хирурга (как клиническим путем, так и путем использования виртуальных обучающих технологий), а также - новые инновационные технические и технологические решения. Цель исследования – проанализировать вероятностную профилактическую роль в преодолении ятрогении путем внедрения в клиническую практику трехмерной видеолaparоскопической хирургии при лечении патологии желчевыводящих путей. Материалы и методы. Проведен объективный анализ результатов выполнения 8175 холецистэктомий, из них традиционным лапаротомным доступом – 1645 (20,1%), путем мини-доступа – 1524 (18,6%), видеолaparоскопия с использованием двухмерной видеосистемы – 4215 (51,6%). По поводу острого холецистита оперировано 3625 больных (44,3%), по поводу хронического – 4550 (55,7%). Интраоперационные повреждения внепеченочных желчных протоков имели место у 21 оперированного (0,25%): у 13 (0,16%) – полное пересечение и у 8 (0,09%) – частичное. Проанализирована частота повреждений в зависимости от выполненного доступа: при лапаротомной холецистэктомии – у 7 (0,42%), при лапароскопической (двухмерная лапароскопия) – у 9 (0,21%), при мини-доступе – у 5 (0,33%). С 2009 г мы используем трехмерную видеосистему Viking 3Di для хирургического лечения желчнокаменной болезни. За этот период выполнена лапароскопическая холецистэктомия с применением цифровой хирургической видеосистемы объемного эндоскопирования «EndoSite 3Di Digital Vision System» у 791 пациента (9,7%). Мужчин было – 211 (26,7%), женщин – 580 (73,3%). Возраст больных варьировал от 20 до 78 лет. Результаты. Комплекс предоперационной подготовки, проведение операции и ведение послеоперационного периода аналогичен двухмерной лапароскопической холецистэктомии. Трехмерная технология позволяет обеспечить оптимальную визуализацию всех этапов операции: идентификация и выделения гепатикохоледоха, пузырной артерии и пузырного протока, за счет чего уменьшается риск ятрогенного повреждения внепеченочных желчных путей. Система объемного эндоскопирования «EndoSite 3Di Digital Vision System» содержат Персональный Головной Дисплей 3D-HD (ПГД) с высокой четкостью и разрешением, что дает хирургам возможность работать в естественной позе, поскольку положение их тела более не ограничивается расположением видеомониторов. Кроме того, нами отмечено, что использование ПГД создает у оперирующего хирурга субъективное ощущение мануальной манипуляции в зоне интереса операционного поля, то есть исчезает эффект наличия промежуточной технологии между руками хирурга и выполняемым инструментами результатом работы на оперируемом органе. Ятрогенных повреждений в анализируемой группе не было. Средняя длительность стационарного лечения составила 5,6 + 1,2

койко–дня. Заключение. Таким образом, цифровая хирургическая видеосистема объемного эндоскопирования, позволяя обеспечить проведение операции в естественном трехмерном пространстве и более точное обнаружение и идентификацию анатомических структур с улучшением скоординированности рук и глаз, обеспечивает улучшение точности при манипуляциях и достоверное снижение риска интраоперационного повреждения внепеченочных желчных путей и кровеносных сосудов.

78. Двухэтапная методика хирургического лечения больных с осложнениями рака толстой кишки

Ярцев П.А., Цулеискири Б.Т., Гуляев А.А., Селина И.Е., Левитский В.Д., Тетерин Ю.С., Кирсанов И.И., Драйер М.

Москва

ГБУЗ НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ

Введение. В структуре онкологических заболеваний опухоли толстой кишки занимают третье место, при этом осложненное течение по данным литературы достигает 80%. В связи с тем, что большинство больных поступают в стационар с явлениями острой кишечной непроходимости и кишечным кровотечением, выполнение радикальных операций с формированием первичного кишечного анастомоза сопряжено с высоким риском развития послеоперационных осложнений, в частности несостоятельности межкишечного анастомоза. Наиболее широкое применение получила тактика выполнения двухэтапных операций с удалением первичной опухоли и выведением колостомы при лечении больных с острой кишечной непроходимостью, которая значительно снижает риск развития послеоперационных осложнений, связанных с несостоятельностью кишечного анастомоза. Однако эта методика ухудшает социально-трудовую реабилитацию пациентов и требует выполнения повторной операции, срок которой не всегда можно прогнозировать. Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения в группе пациентов осложненным раком толстой кишки с использованием мининвазивных методов. Материалы и методы. За период с 2009 по 2015 гг. были проанализированы результаты лечения 39 больных осложненным раком толстой кишки, у которых была применена двухэтапная лечебная тактика с использованием эндоскопических методов лечения. Из них 25 пациентов - с обтурационной толстокишечной непроходимостью, а у 14 больных – с кишечным кровотечением. Средний возраст составил $64,4 \pm 3,6$ лет. Тяжесть по шкале SAPS II составила $30,45 \pm 4,5$. Всем больным в экстренном порядке выполняли полипозиционное рентгенологическое исследование и УЗИ органов брюшной полости, диагностическую или лечебную фиброколоноскопию. Для временного разрешения явлений обтурационной кишечной непроходимости и декомпрессии ободочной кишки выполнялось эндоскопическое заведение дренирующей рентгенконтрастной трубки проксимальнее стенозирующей опухоли. При кишечном кровотечении проводилась парентеральная гемостатическая и заместительная терапия, направленная на подготовку пациента к плановому оперативному вмешательству. Результаты. На основании ретроспективного анализа результатов лечения пациентов с обтурационной толстокишечной непроходимостью противопоказанием к фиброколоноскопии считали супрастенотическое расширение кишки более 8 см в диаметре. На

первом этапе перед операцией во время фиброколоноскопии выполнялось заведение шинирующего устройства проксимальнее опухолевой стриктуры с последующим заведением рентгенконтрастной трубки. У всех больных локализация проксимального конца трубки была подтверждена введением водорастворимого контрастного вещества с последующим рентгенологическим контролем. После выполнения реканализации просвета кишки выполняли ее многократное отмывание. Во время эндоскопической реканализации опухолевой стриктуры было одно осложнение (4%) – супрастенотический разрыв толстой кишки выше опухолевого сужения, что явилось поводом к экстренной операции. Больная оперирована - выполнена лапаротомия, операция типа Гартмана с выведением колостомы. Больная выписана из отделения с функционирующей колостомой. Данный пример приведен с целью демонстрации возможных осложнений, а сама пациентка не была включена в исследуемую группу. Лапароскопическую резекцию ободочной кишки выполняли после разрешения обтурационной кишечной непроходимости через 5 - 7 суток. При кишечном кровотечении сроки, необходимые для стабилизации состояния больного, нормализации лабораторных показателей и проведения предоперационной подготовки, составляли 3 - 5 суток. Объем резекции зависел от объема и распространенности опухолевого процесса. Были выполнены следующие лапароскопические операции: резекция сигмовидной кишки – 17 больных (44,1%), левосторонняя гемиколэктомия – 7 пациентов (17,6%), правосторонняя гемиколэктомия – 13 больных (32,4%), резекция поперечно-ободочной кишки – 2 пациента (5,9%). Формирование первичного кишечного анастомоза выполняли с использованием сшивающих аппаратов у 25 больных, с применением экстракорпорального шва - у 14 пациентов. У 5 больных для снижения риска развития несостоятельности межкишечного анастомоза нами было выполнено превентивное выведение петли ободочной кишки проксимальнее анастомоза. В одном случае при развитии несостоятельности анастомоза петля кишки была вскрыта, что обеспечило выключение зоны анастомоза из пассажа и исключило повторную операцию. У 4 пациентов при благополучном течении послеоперационного периода петля ободочной кишки под местной анестезией была погружена в брюшную полость через 5 -7 суток после восстановления моторно-эвакуаторной функции кишечника. Из других осложнений в послеоперационном периоде у одного больного была диагностирована тромбоэмболия легочной артерии, а у одного пациента - нагноение троакарной раны. В обоих случаях на фоне консервативного лечения было достигнуто выздоровление. Летальных исходов не было. Заключение. Таким образом, предложенная двухэтапная методика с применением эндоскопической техники при лечении больных осложненным раком толстой кишки позволяет ряду пациентов выполнить лапароскопическую операцию с формированием первичного межкишечного анастомоза за период единственной госпитализации.

79. Давление нижнего пищеводного сфинктера как прогностический критерий результата антирефлюксной операции

ТИМЕРБУЛАТОВ М.В.(1), СЕНДЕРОВИЧ Е.И.(1), ГРИШИНА Е.Е.(1), ГАРИФУЛЛИН Б.М.(2), САХАБУТДИНОВ А.М.(2), РАХИМОВ Р.Р.(1).

Уфа

1)ГБОУ ВПО БГМУ2)ГБУЗ РБ ГКБ №"21

Вопрос о выборе метода оперативного пособия для лечения пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) остается до сих пор актуальным. Помимо технического компонента ключом к успешной антирефлюксной операции является правильный отбор пациентов для этой процедуры. Манометрия пищевода входит в стандарт обследования больных с ГЭРБ перед оперативным лечением, однако, по мнению некоторых авторов, данные манометрии слабо коррелируют с симптомами до антирефлюксной операции и послеоперационными результатами. Выполнено 199 лапароскопических операций больным с ГЭРБ, использовались самые популярные методы лапароскопической фундопликации: «Nissen-Rossetti» и «Short floppy Nissen». У пациентов с параэзофагеальными грыжами пищеводного отверстия диафрагмы выполнялась протезирующая диафрагмокруропластика при площади поверхности пищеводного отверстия более 4 см². В послеоперационном периоде исследованы симптомы, связанные с желудочно-пищеводным рефлюксом и перенесенной антирефлюксной операцией у 81 пациента. Использовалась шкала интенсивности изжоги: 0 - нет изжоги, 1 – легкая изжога не более 1 раза в неделю, 2- умеренная изжога 2-3 раза в неделю, 3 - выраженная изжога каждый день. Для оценки симптомов дисфагии была использована следующая шкала: 0 – нет дисфагии, 1- нарушение прохождения твердой пищи, 2- нарушение прохождения жидкой пищи. Проводилось измерение давления НПС и процента релаксации НПС в ответ на глоток перед лапароскопической антирефлюксной операцией (108 пациентов), через 6 месяцев после операции (79 человек), через 12 месяцев после операции (65 человек), через 36 месяцев после операции (41 человек), через 60 месяцев после операции (21 человек) с помощью водноперфузионной манометрии на аппарате Гастроскан-Д (Россия, Фрязино). Пациенты разделены на группы в зависимости от метода выполненной антирефлюксной операции: «Short floppy Nissen» - 33 пациента, «Nissen-Rossetti» - 150 пациентов и протезирующая диафрагмокруропластика – 16 пациентов. Среди 81 пациента, участвующих в анкетировании в послеоперационном периоде, 21 имели жалобы на изжогу различной степени интенсивности. Только у четверых пациентов были выявлены жалобы на затруднение прохождения твердой пищи. Проблем с глотанием жидкой пищи у исследуемой группы пациентов не обнаружено. Выявлена умеренная обратная корреляционная связь величины давления ПНС и степени интенсивности изжоги, $r=(-0,48)$, $p=0,000004$. Также выяснилось, что антирефлюксная операция приводит к стойкому повышению давления НПС и снижению процента релаксации НПС в ответ на глоток в сроки до 5 лет после операции. Использование сетки для укрепления ножек диафрагмы статистически значимо повышает давление НПС по сравнению с методами, предполагающими только крурорафию, и это не приводит к увеличению симптомов дисфагии в послеоперационном периоде. На основании полученных достоверных различий в частоте рецидивов ГЭРБ в зависимости от величины давления НПС перед операцией, умеренной обратной корреляционной связью между давлением НПС и интенсивностью изжоги в послеоперационном периоде, считаем возможным давление НПС ниже 11 мм.рт.ст считать прогностическим критерием неудачной фундопликации.

80.Прогнозирование возможной истологической структуры эпителиального новообразования толстой кишки при осмотре в узком спектре.

Ярема И.В.(1),Герасимов А.Н.(2),Харькова О.М.(3), Атаян А.А.(2).

Москва

1)МГМСУ им.А.И.Евдокимова2)Первый МГМУ им.И.М.Сеченова3)ГБУЗ ГКБ №5 ДЗ г.Москвы

Введение. В нашей стране гистологическое исследование остается основным методом предоперационной диагностики эпителиальных неоплазий. Новые эндоскопические методики лечения доброкачественных эпителиальных неоплазий и ранних форм рака толстой кишки(резекция слизистой и диссекция в подслизистом слое), радикально выполнимы при отсутствии подслизистого фиброза, возникающего из-за множественных биопсий и инвазии в подлежащие слои стенки кишки. Для соблюдения онкологических принципов удалять новообразования рекомендуется единым блоком, чего невозможно добиться при наличии фиброза. В связи с этим представляется актуальным оценить возможность прогнозирования структуры, выявленного эпителиального новообразования, осмотренного с применением NBI режима, на основании ямочного и капиллярного рисунка. Материалы и методы В период с 2013 по 2014 г.г. в ГБУЗ ГКБ 5 ДЗ г. Москвы, в отделении эндоскопии, было проведено нерандомизированное проспективное исследование 108 пациентов, которым проводилась колоноскопия. Исследование проводили на видеоэндоскопической системе Olympus EXERA II, аппаратами Q180AL и H180AL. Возраст больных колебался от 20 до 92 лет. Мужчин было 32 (29,6%), женщин 76 (70,4%). Впервые колоноскопия проведена 67 (62,03%) пациентам, повторная (ранее колоноскопия выполнялась) – у 41 (37,9%) пациента. Метод подготовки к исследованию пациенты выбирали самостоятельно, после беседы с врачом. У 108 обследованных пациентов выявлено 166 новообразований. Из 108 наблюдений в 3(2,8%) выявлены не эпителиальных образования. В 12 (11,1%) наблюдениях выявлены злокачественные опухоли толстой кишки, гиперпластические полипы выявлены в 21 (19,3%) наблюдении, тубулярные аденомы - в 77 (71,2%). Так же выявлены в 2 (1,8%) случаях тубулярные аденомы с фокусами аденокарциномы, тубулярно-ворсинчатые аденомы в 19 (17,5%) наблюдениях, в 32 наблюдениях (29,6%) выявлена гиперплазия желез с воспалительными изменениями в виде очагов гиперплазии. Дисплазия 1 степени была выявлена в 16 наблюдениях (14,8%), дисплазия 2 степени – в 36 наблюдениях (33,3%), дисплазия 3 степени – в 3 наблюдениях (2,8%), дисплазии не было в 53 наблюдениях (49,1%). Все образования были осмотрены в стандартном белом свете и с использованием режима NBI. Дано предварительное заключение о структуре полипа. Взята биопсия. Клиническую ценность определяли при помощи ретроспективного анализа, а также на основе анализа ROC-кривых и площади под ними. Прогнозировали возможную структуру при помощи регрессионного анализа. Различия считали статистически достоверными при p

81.СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Греясов В.И., Сивоконь Н.И., Агапов М.А.

Эссендуки

ГБУЗ СК "Ессентукская центральная городская больница"

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) и грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) являются наиболее распространенными гастроэнтерологическими заболеваниями, и занимают лидирующие позиции в структуре хирургической патологии. Как показывает опыт, часть пациентов, перенесших удаление желчного пузыря (ЖП), длительное время проходят обследование и лечение по поводу так называемого «постхолецистэктомического синдрома», который включает в себя вновь возникшую после холецистэктомии боль в верхних отделах живота и диспепсические расстройства. При изучении отдаленных результатов хирургического лечения пациентов с ЖКБ было выявлено, что вышеописанные жалобы у большей части пациентов обусловлены наличием у больных ГПОД. По данным В.А. Кубышкина (2000г), у 22% пациентов после холецистэктомии выполняют операцию по поводу ГПОД, не диагностированной ранее. По-этому, вопросы предоперационного обследования и хирургического лечения больных, страдающих ЖКБ в сочетании с ГПОД, является актуальной проблемой современной медицины, требующей дальнейшего изучения. Цели и задачи исследования: провести анализ и оценить эффективность, выполнения симультанной операции - лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) и фундопликации в лечении пациентов, страдающих ЖКБ в сочетании с ГПОД. Сравнить результаты хирургического лечения этой группы больных, с больными перенесшими только ЛХЭ. Материалы и методы исследования: За период с 2014г по 2015 гг. в «Ессентукской городской центральной больнице» выполнено 2128 лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ), из них у 33 пациентов (1,5%) ЛХЭ выполнялась в сочетании лапароскопической фундопликацией. Среди больных преобладали женщины 25 (76%), мужчины 6 (24%). Возраст больных 23 — 67 лет. Все больные перед оперативным вмешательством проходили обследование с обязательным выполнением УЗИ и ФГДС. При наличии эндоскопических признаков ГПОД или ГЭРБ и жалоб на диспепсические нарушения, исследование дополнялось полипозиционным рентгенологическим исследованием с бариевой взвесью, а также рН-метрией с обязательным осмотром перед операцией гастроэнтерологом. Результаты лечения оценивались в сравнении с контрольной группой (33 пациента с ЖКБ, сравнимых по возрастным критериям и сопутствующей патологии), которым выполнялась только ЛХЭ. Оперативное пособие в обеих группах больных выполнялось одной операционной бригадой. Результаты исследования: За исследуемый период из 49 больных с ГПОД и ГЭРБ, которым выполнялась только лапароскопическая фундопликация, 13 (26,5%) уже имели в анамнезе ЛХЭ. Из числа больных с сочетанной патологией (n = 33) большую часть составили пациенты имеющие ЖКБ и ГПОД 29 (87,8%), в 2 (6,1%) случаях ГПОД + полипоз желчного пузыря, еще у 2 (6,1%) пациентов имелось сочетание ЖКБ с ГЭРБ. Всем больным выполнялось оперативное пособие в объеме лапароскопической холецистэктомии и фундопликации по Ниссену. Средние сроки нахождения в стационаре в исследуемой и контрольной группе больных составили 5 дней. Результаты оперативного лечения оценивались через 3 и 12 месяцев после выписки, при этом все больные проходили осмотр, УЗИ, а в группе больных с сочетанной патологией - дополнительно ФГДС и рентгенографию желудка. Наряду с обследованием, производился опрос и анкетирование о имеющихся жалобах и результатах проведенного лечения. Среди осложнений интраоперационно в 1 случае (3%) наблюдался пневмоторакс. В раннем послеоперационном периоде 9 (27,2%) больных отмечали симптомы ранней дисфагии. Эти явления не были нами отнесены к разряду осложнений, т.к. не повлияли на конечный результат лечения и сроки пребывания больных в стационаре и были купированы в течение 1-го месяца после операции. Еще у 1 больной (3%) наблюдались явления стойкой, более 3-х месяцев, дисфагии и затруднений при глотании, которые были устранены эндоскопическим бужированием пищеводно-желудочного перехода. У 5 пациентов (15%) после операции по данным УЗИ

отмечалось скопление экссудата в плевральных синусах до 100-200мл, которые не требовали хирургического вмешательства. По результатам опроса и анкетирования «хороший результат» был получен у 31 (93,9%) больных с ЖКБ, в группе больных с сочетанной патологией и симультанной операцией у 30 (90,9%), «удовлетворительный результат» в контрольной группе 2 (6,1%), в исследуемой группе у 3 (9,1%) пациентов, «неудовлетворительных результатов» получено не было. Заключение: В связи с частым сочетанием ЖКБ с ГПОД, всем больным холелитиазом, при наличии жалоб на диспепсические расстройства, а так же эндоскопических признаков ГПОД или ГЭРБ, должно быть выполнено рентгенологическое исследование желудка и 24 часовая рН-метрия пищевода. При выявлении на этапе обследования ЖКБ сочетающейся с ГПОД необходимо выполнять симультанную лапароскопическую операцию (холецистэктомия и фундопликация). Результаты лечения больных с ЖКБ и ГПОД в раннем послеоперационном периоде не имеют существенных отличий от таковых среди больных перенесших только ЛХЭ, а значит можно утверждать, что симультанные операции при наличии у пациента 2 хирургических заболеваний — ЖКБ и ГПОД имеют абсолютные показания. Кроме того, выполнение симультанных операций у больных ЖКБ сочетающейся с ГПОД доказывает свою экономическую эффективность и позволяют значительно сократить экономические затраты средств ОМС и пациента.

82.Эндоскопическое лечение послеоперационных стриктур билиодигестивных анастомозов

Сидоренко А.Б.

Москва

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Актуальность: Рубцовые стриктуры после повторных операций на желчных путях развиваются в отдаленном периоде в 20 - 30% случаев, а в 9,2% наблюдений на фоне хронического холангита развиваются билиарный цирроз печени и портальная гипертензия, приводящие к инвалидизации больных. С развитием и внедрением эндоскопических методов возможности диагностики и лечения стриктур билиодигестивных анастомозов значительно возросли. Цель: улучшение результатов диагностики и лечения стриктур билиодигестивных анастомозов. Материалы и методы: В отделении абдоминальной хирургии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского разработан и применяется на практике метод реконструктивной операции на внепеченочных желчных протоках при ятрогенных повреждениях, который позволяет в послеоперационном периоде контролировать состояние билиодигестивного анастомоза и при необходимости выполнять малоинвазивные вмешательства (баллонную дилатацию, санацию протоков, стентирование, замену эндопротезов) эндоскопическим способом, через сформированный гастроэнтероанастомоз. На данный метод получен патент на изобретение №2472456 от 20.01.2013 г. «Способ лечения заболеваний и травматических повреждений внепеченочных желчных протоков». Результаты: По данной методике оперировано 25 больных. Всем пациентам в сроки от 3 до 6 месяцев после реконструктивной операции выполнена фиброгастроскопия с заведением аппарата в гастроэнтероанастомоз и осмотр зоны билиодигестивного анастомоза. У 5 пациентов (20%) в различные сроки после реконструктивной операции от 4 месяцев до 4,5 лет отмечено

формирование рубцовой стриктуры БДА, проявляющейся периодическим повышением температуры тела – холангит, изменения в лабораторных анализах – признаки холестаза. Выполнена эндоскопическая коррекция: баллонная дилатация, стентирование, введение в область стриктуры лонгидазы. Признаки холангита разрешились, нормализовались лабораторные анализы. Больные выписаны в удовлетворительном состоянии. Длительность процедуры составляет от 10 до 60 мин., проводится под местной анестезией, хорошо переносится пациентами. В настоящее время сеансы эндоскопического контроля и коррекции проводятся амбулаторно. Заключение. Эндоскопические методы диагностики и лечения стриктур билиодигестивных анастомозов являются высокоинформативными и эффективными, что позволяет рассматривать их как окончательный метод лечения.

83. Опыт лечения ахалазии кардии при помощи эндоскопической баллонной пневмокардиодилатации

Васильев И.В., Маады А.С., Алексеев К.И., Карпов О.Э., Ветшев П.С.

Москва

Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова МЗ РФ

Ахалазия кардии (АК) – нервно-мышечное заболевание, заключающееся в стойком нарушении рефлекса раскрытия кардии при глотании и дискинезии грудного отдела пищевода. Заболеваемость составляет 1 человек на 100000 населения. Истинная причина АК окончательно не установлена. Среди возможных этиологических факторов отмечают инфекционный, психогенный, не исключается и генетическая предрасположенность. Типичные симптомы АК: дисфагия, загрудинные боли, обильное слюноотделение, срыгивание пищей или слизью, потеря массы тела, иногда значительная. Основными методами диагностики АК является эзофагогастродуоденоскопия и рентгеноскопия. Примерно у 75% больных с АК при I-III стадии заболевания применяется эндоскопическая баллонная дилатация, а при ее неэффективности – хирургическое лечение. Цель исследования: оценить эффективность эндоскопической баллонной пневмокардиодилатации (ЭБПКД). Материалы и методы: проведен анализ результатов лечения 29 пациентов (15 мужчин и 14 женщин) в возрасте от 24 до 83 лет с АК госпитализированных в 2010-2014 гг., которым выполнена ЭБПКД. Диагноз АК был поставлен на основании клинической картины, данных эндоскопического и рентгенологического методов обследования. Для оценки стадии заболевания применяли классификацию Б.В. Петровского (1957). Распределение больных по стадиям: I – 6 пациентов (20,7%); II – 11 (37,9%); III - 8 (27,6%) и IV стадия – 4 (13,8%). ЭБПКД выполняли под внутривенной седацией, по струне-направителю при помощи баллонного дилататора Wilson-Cook 30 мм и манометра. Экспозиция баллона – 10-15 мин., давление – до 1 атм. Сеансы дилатации проводились от 1 (у 10 пациентов) до 4 раз (у 6 пациентов) с интервалом 2-3 дня. Успех ЭБПКД оценивали по снижению выраженности симптомов заболевания и рентгенологически по скорости эвакуации контрастного вещества из пищевода. Результаты: положительный эффект кардиодилатации отмечен у 27 (93%) больных, отсутствие эффекта у 2 (7%) пациентов. Осложнение возникло в 1-м (3,4%) случае – кровотечение из линейных разрывов слизистой пищевода, остановленное клипированием. Повторные сеансы проводили от 2-х до 3-х

раз, ориентируясь на клиническую картину. Следует отметить, что при IV стадии ахалазии, клинический эффект от кардиодилатации получен у 2 больных, а у 2 пациентов отсутствовал, в связи с чем им выполнена кардиомиотомия по Геллеру, в т.ч. в одном случае робот-ассистированная операция (Da Vinci). Выводы: лечение больных с АК следует начинать с миниинвазивных методов. Эндо-скопическая баллонная пневмокардиодилатации позволяет достигать хороших результатов в лечении больных с АК I-III стадии. При неэффективности эндоскопических методов лечения, особенно у больных с АК IV стадией, показано оперативное лечение.

84.Эндоскопическое удаление гигантской липомы толстой кишки при помощи двух колоноскопов

Маады А.С., Карпов О.Э., Алексеев К.И., Ветшев П.С.

Москва

Национальный медико-хирургический Центр им Н.И. Пирогова МЗ РФ

Липомы толстой кишки являются редкими доброкачественными опухолями. Обычно они протекают бессимптомно, но иногда проявляют себя клинически в зависимости от размера, локализации и осложнений. Частота больших липом толстой кишки составляет 0,1-0,15%.
Материал и методы: представляем клиническое наблюдение эндоскопического удаления гигантской полиповидной липомы толстой кишки при помощи двух колоноскопов. Мужчина 59 лет с транзиторной нарушениями кишечной проходимости в течение последних 6-7 месяцев. При колоноскопии и КТ брюшной полости выявлена липома печеночного изгиба толстой кишки размером 85x50 мм с ножкой около 2,5 см в диаметре (рис. 1). При обследовании признаков малигнизации не выявлено. Принято решение удалить липому через колоноскоп, с помощью нейлоновой лигатуры (Олимпус MAJ-234) и лигирующего устройства (Олимпус НХ-20U-1). Однако попытки наложения лигатуры на ножку образования не удалась из-за большого размера липомы. В толстую кишку проведен второй колоноскоп. Дополнительные щипцы позволили надежно наложить и зафиксировать лигатуру на ножке образования. Затем лигатура была затянута и полип резецирован при помощи большой полипэктомической петли без кровотечения и перфорации. Дополнительно наложены 3 клипсы. Затем один эндоскоп извлечен, после чего через второй колоноскоп захвачена и извлечена липома. Извлечение резецированной опухоли было непростой задачей из-за большого ее размера, особенно в левой половине ободочной кишки и в области анального отверстия. Размер препарата составил 85x50mm (рис. 2). При гистологическом исследовании - жировая ткань. Пациент выписан на 3-и сутки после операции. В доступной нам литературе подобных описаний мы не встретили. Результат: полное эндоскопическое иссечение гигантской липомы толстой кишки (85x50см) было успешно выполнено при помощи двух колоноскопов. Дополнительный инструмент, проведенный через второй колоноскоп, помог наложить лигатуру и удалить липому.

85. MESH-ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Багненко С.Ф.(1), Василевский Д.И.(1), Лапшин А.С.(1), Дворецкий С.Ю.(1), Прядко А.С.(2), Луфт А.В.(2), Кулагин В.И.(3), Силантьев Д.С.(4)

Санкт-Петербург

1)ГБОУ ВПО “Первый Санкт–Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова” 2)ГБУЗ “Ленинградская областная клиническая больница” 3)ГБУ “Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе”

Введение Одной из ключевых проблем современной антирефлюксной хирургии является коррекция размеров пищеводного отверстия диафрагмы. Частота рецидива заболевания после операции колеблется от 10 до 40%. Причина неудач нередко обусловлена гипотрофией мышечных ножек диафрагмы или их чрезмерным натяжением при пластике. Для предотвращения рецидива ГЭРБ после хирургического лечения с 90-х годов XX века при закрытии дефекта хиатального отверстия применяются протезы из полимерных и биологических материалов. Материалы и методы В период с 2007 по 2009 год было прооперировано 98 пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Во всех случаях выполнялась традиционная “шовная” крурорафия. Рецидив заболевания через 12-24 месяца хирургического лечения был выявлен в 8 случаях (8,1%). Полученные данные явились основанием для совершенствования методики операции – применения протезирующих материалов при коррекции размеров хиатального отверстия. С 2010 по 2014 год оперативные вмешательства по поводу данной патологии были осуществлены 260 больным. В 113 (43,5%) случаях использовались полимерные имплантаты. Показанием к их применению являлась структурная неполноценность ножек диафрагмы (гипотрофия, фиброз) или большие размеры (свыше 5 см) хиатального отверстия. Во всех наблюдениях применялась методика “mesh-reinforced” - укрепление имплантатом предварительно сшитых мышечных ножек. У 97 человек (85,8% от общего количества пациентов с протезирующими хиатопластиками) полимерный протез U-образной или линейной формы фиксировался позади пищевода. В 16 (14,2%) случаях при больших размерах хиатального окна (8 см и более) выполнялась комбинированная передняя и задняя крурорафия, уменьшавшая натяжение тканей, а зона лигатур позади и спереди от пищевода укреплялась двумя имплантатами полукруглой формы. При обоих способах протезы перекрывали линию швов на 2-2,5 см и располагались на расстоянии 2-3 мм от внутреннего края диафрагмальных ножек для исключения их контакта со стенкой пищевода и возможного ее повреждения. Циркулярные имплантаты не применялись в связи с риском уменьшения отверстия для пищевода и возникновения дисфагии при “старении” полимера. В 102 случаях (90,2%) использовались сетчатые протезы из “тяжелого” полипропилена (“Prolen”, “Эсфил”), в 11 (9,8%) - из комбинированного (“Ultrapro”) материала. В 147 (56,5%) случаях в период с 2010 по 2014 год при антирефлюксных хирургических вмешательствах выполнялась традиционная “шовная” крурорафией. Применение протезирующих материалов считалось излишним при хорошо развитых мышечных ножках и размерах хиатального отверстия до 5 см. Результаты Результаты лечения пациентов, оперированных в период с 2010 по 2014 год, прослежены у 198 (76,1%) человек. В группе 92 больных, перенесших хирургическое лечение с использованием протезирующих материалов, в срок от 6 до 48 месяцев после операции осложнений, связанных с применением методики (дисфагии, пролежней пищевода, болевого синдрома), не отмечено. Рецидив гастроэзофагеальной рефлюксной болезни возник в 2 (2,2%)

случаях. У 106 пациентов, перенесших антирефлюксную операцию без применения протезирующих материалов, рецидив заболевания в указанный отрезок времени был выявлен в 3 (2,8%) случаях. Возврат симптомов ГЭРБ вследствие разрушения антирефлюксной ре-конструкции был отмечен еще 3 (3,1%) пациентов, оперированных в период с 2007 по 2009 год, и не включенных в первоначальную статистику. Выводы Неудовлетворительные отдаленные результаты антирефлюксных хирургических вмешательств, выполняемых без применения протезирующих материалов, отмечаются в 11,2% случаев. Использование в антирефлюксной хирургии полимерных имплантатов является безопасным и позволяет снизить частоту неудовлетворительных результатов лечения, обусловленных рецидивом желудочно-пищеводного заброса, до 2,5%.

86.Лапароскопически-ассистированная двухствольная сигмостомия в комплексном хирургическом лечении острого анаэробного парапроктита.

Войтенков М.М., Токарев С.А., Масленников В.Н, Масленников В.В.

Воронеж

БУЗ ВО «ВГКБ №2 им. К.В. Федяевского» г. Воронеж. Отделение гнойной хирургии.

Выделение анаэробного парапроктита в отдельную группу обусловлено как обширностью и тяжестью поражения инфекционным процессом жировой клетчатки, мышц и фасций в области прямой кишки и промежности, так и особенностями лечения. Заболевание отличается быстрой генерализацией инфекции, развитием полиорганной дисфункции и требует выполнения некрэктомии и проведения интенсивной терапии. Тяжелые некротические поражения мягких тканей могут вызвать как отдельные микроорганизмы, так и ассоциации аэробов, анаэробов и факультативных анаэробов. Учитывая высокую летальность от данной патологии, сотрудниками отделения гнойной хирургии была проведена клиническая работа. В период с 2010 г. по 2014 г. в отделении гнойной хирургии находилось на лечении 20 больных с диагнозом острого анаэробного парапроктита. Средний возраст больных составил 52,4 года. Мужчин было 16, женщин 4. Сахарный диабет, как сопутствующая патология был у 13 пациентов (в том числе и у умерших больных). Умерло 2 больных от прогрессирования органной дисфункции. Все больные поступали в стационар в тяжелом состоянии (у 3-х больных была диагностирована забрюшинная флегмона, у 2-х больных гнойной процесс перешел на ткани мошонки и переднюю брюшную стенку) , с целью предоперационной подготовки госпитализировались в палату интенсивной терапии. В качестве стартовой антибактериальной терапии мы использовали: цефоперазон/сульбактам, цефалоспорины III поколения + метронидазол, карбапенемы. Все больные были оперированы в экстренном порядке в условиях общего обезболивания. Мы считаем целесообразным данному ряду больных с целью отключения каловой струи выполнять видео-лапароскопически-ассистированную двухствольную сигмостомию, при этом дополнительно осматривается малый таз, т.к у 16 больных во время вскрытия гнойного очага диагностирован пельвиоректальный парапроктит. Во время операции максимально иссекали некротические ткани, некротизированные фасции, выполняли широкое открытое дренирование. В раннем послеоперационном периоде выполняли перевязки в условиях общего обезболивания с целью

этапных некрэктомий. В 5 случаях больным требовались повторные оперативные вмешательства в связи с генерализацией процесса на ткани мошонки и передней брюшной стенки, 1 больному потребовалась релaparоскопия в связи с развитием вторичного аппендицита. Средние сроки нахождения больного в стационаре составили 21 день. Больные выписывались из клиники с рекомендациями восстановительной операции через 3 месяца.

87.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ВЕРТИКАЛЬНАЯ ГАСТРОПЛИКАЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРОПАРЕЗЕ

Мехтиханов З.С.

Харьков

Харьковская медицинская академия последипломного образования (ХМАПО)

Тяжелый хронический гастропарез, не поддающийся консервативной терапии, приводит к нарушениям общего питания и прогрессирующему снижению массы тела больного. Из-за развивающейся дегидратации и невозможности парентеральным путем компенсировать нарушения трофического статуса организма, таким больным показано эндоскопическое и/или хирургическое лечение. Спектр оперативных вмешательств варьирует от эндоскопической инъекции в привратник ботулотоксина, лапароскопической имплантации желудочного электростимулятора, пилоропластики, еюностомии, вертикальной резекции желудка до хирургической субтотальной резекции желудка. Цель исследования – изучить возможности и эффективность лапароскопической вертикальной гастропластики при лечении больных со стойким хроническим гастропарезом, не поддающимся консервативной терапии. Материал и методы. С 2009 по 2012 года 7 больным с тяжелым хроническим гастропарезом, не поддававшимся консервативной терапии, была выполнена лапароскопическая вертикальная гастропластика методом инвагинации обеих стенок желудка по большой кривизне - вертикальная двухсторонняя боковая гастропликация. Все больные были женщины в возрасте от 23 до 47 лет с индексом массы тела, варьировавшим от 19 до 22 кг/м². При этом сопутствующая желчнокаменная болезнь имела у двух больных. Операция выполнялась из четырех троакарных доступов. Осуществлялась мобилизация большой кривизны желудка путем рассечения желудочно-ободочной связки ультразвуковыми ножницами Harmonic, начиная от межсосудистой зоны в средней трети тела до антрального отдела в дистальном направлении и в проксимальном направлении не доходя 5 см до пищевода с сохранением угла Гиса и дна желудка. После введения толстого назогастрального зонда (диаметром больше 1,0 см) большая кривизна желудка дважды инвагинировалась в его просвет серозно-мышечным швами. Первый ряд формировался непрерывным швом с использованием нити «Викрил» 2/0 на колющей игле. Швы начинали накладывать отступя 6 см от пищевода и 2 см от большой кривизны на заднюю стенку желудка и через большую кривизну, отступя от нее 2 см, на переднюю стенку с интервалом между стешками в пределах 2 см. Второй ряд узловых серозно-мышечных швов инвагинировал первый - отступя 1,5 см на задней и передней стенках с расстоянием между узлами в 3 см. В результате вся большая кривизна дважды инвагинировалась в просвет желудка таким образом, что последний представлял собой узкую трубку, часть окружности которой являлась утолщенная швами продольная складка обеих стенок желудка. Желудочно-ободочная связка не восстанавливалась. У двух больных с желчнокаменной

болезнью выполнена попутно лапароскопическая холецистэктомия без дренирования подпеченочного пространства. Результаты. Время операции составило в среднем 51 ± 14 минут. Переходов на лапаротомию не было. Интраоперационных и послеоперационных осложнений не отмечено. В течение первых двух дней после операции у двух больных периодическая наблюдалась рвота. При наблюдении за больными в течении трех лет отмечалось улучшение общего питания и вовышение массы тела от 6 до 9 кг. Контрольная радиоизотопная гастросцинтиграфия показало улучшение времени полувыведения меченной пищи по сравнению с дооперационными показателями. Вывод. Лапароскопическая вертикальная двухсторонняя боковая гастропликация простой и эффективный метод лечения тяжелых форм хронического гастропареза, не поддающихся консервативной медикаментозной терапии.

88.СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Мехтиханов З.С., Муталибов Р.Р.

Дербент

ГБУ РД "Дербентская" ГБ

Симультанная операция – это вмешательство, выполняемое в условиях одной анестезии на двух и более органах по поводу разных, этиологически не связанных между собой заболеваний. Она включает в себя основное вмешательство, направленное на устранение наиболее опасного для жизни патологического процесса, и сопутствующую операцию по поводу одного и более заболеваний, выявленных при дооперационном обследовании или обнаруженных во время основного хирургического вмешательства. В эру лапароскопической хирургии является вполне очевидным целесообразность и возможность выполнения симультанных операций в плановой хирургии, однако они не получили широкого распространения в практике общехирургических отделений из-за опасений сложности введения послеоперационного периода и роста послеоперационных осложнений. Цель исследования – изучить особенности течения послеоперационного периода у больных после выполнения симультанных лапароскопических операций. Материал и методы. Мы провели проспективное исследование 40 больных которым были выполнены симультанные лапароскопические операции в плановом порядке в отделении общей хирургии ГБУ РД «Дербентской»ГБ с сентября 2012 года по май 2015 год, из них 19 мужчин и 21 женщина. Средний возраст больных составил $59,2 \pm 1,4$ года (от 32 лет до 71 года). По совокупности тяжести хирургических заболеваний и сопутствующей терапевтической патологии 35 больных были отнесены ко II группе и 5 – к III группе операционно-анестезиологического риска по классификации ASA. Показаниями к симультанной лапароскопической холецистэктомии. В качестве основного этапа симультанного лапароскопического вмешательства 25 больным с частыми приступами печеночной колики выполнена лапароскопическая холецистэктомия, дополнительным вмешательством у 16 больных была лапароскопическая трансабдоминальная предбрюшинная протезирующая (ТАПП) паховая герниопластика, причем у пяти из них с обеих сторон, у шести больных - лапароскопический адгезиолизис тонкой кишки по поводу спаечной болезни после предыдущих лапаротомных операций, у двух больных – лапароскопическая

фенестрация с коагуляцией и пломбировкой полости непаразитарных кист печени (у одного из них) и селезенки (у другого) гемостатической пластиной «Surgicel fibrillar», еще у одной больной проведена лапароскопическая резекция яичников при синдроме Штейна-Левенталья. У восьми больных с абдоминальным болевым синдромом лапароскопическое устранение послеоперационной грыжи живота, дополнено лапароскопическим адгезиолизисом у пяти, лапароскопической холецистэктомией, носившей профилактический характер, у двух и лапароскопическим удалением кисты правого придатка у одной больной. У семи больных лапароскопическая (ТАПП) паховая герниопластика, дополнена лапароскопическим удалением кисты яичника у шести и лапароскопическим удалением аппендикса фиксированного к грыжевому мешку у одного больного. Результаты и обсуждение. Интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений не было ни в одном случае. Средний койко-день после симультанных лапароскопических операций не отличался от соответствующего показателя у больных, перенесших аналогичные изолированные лапароскопические вмешательства. Выводы. Различные по объему симультанные лапароскопические операции у больных II и III групп операционно-анестезиологического риска по классификации ASA не сопровождаются увеличением числа интра- и послеоперационных осложнений, непосредственно связанных с основным или дополнительным этапами лапароскопического вмешательства, и не продлевают сроки послеоперационного лечения больных. Симультанная лапароскопическая операция избавляет больных сразу от двух заболеваний и обладает высокой экономической эффективностью, позволяя значительно снизить затраты по сравнению с двухэтапным оперативным лечением.

89. Место лапароскопии в диагностике и лечении острого аппендицита

Гаар Е.В., Гаар В.Г., Лобастов А.В., Носач А.Ю.

Киров

НУЗ Отделенческая клиническая больница на ст.Киров ОАО РЖД

Место лапароскопии в диагностике и лечении острого аппендицита Введение: Острый аппендицит был и остается одним из самых распространенных хирургических заболеваний органов брюшной полости. Заболеваемость острым аппендицитом составляет 4-5 человек на 1000 населения (Рягузов И.А., 2004 год). В России выполняется 1-1,5 млн. аппендэктомий в течение года (Валиев Н.Р., 2004 г). Летальность при остром аппендиците достигает по данным ряда авторов 0,7%, а при осложненных формах – 5,8% (Седов В.М., 2002 г, Рягузов И.А., 2007 г). Послеоперационные осложнения после аппендэктомий возникают в 5-9% случаев (Кригер А.Г. и соавт., 2002 г, Рягузов И.А. 2004 г). Несмотря на стремительное внедрение в практику новых хирургических технологий в последние годы, диагностические ошибки при обследовании больных с подозрением на острый аппендицит составляют 12-31% (Седов В.М. 2002г, Курыгин А.А. и соавт., 2005 г). При этом у 10-15% больных аппендэктомия выполняется без должных оснований (Седов В.М. 2002г). Использование в хирургической практике лапароскопии позволяет снизить количество диагностических ошибок при остром аппендиците, избежать «напрасных» аппендэктомий. Лапароскопические методики операций при остром аппендиците улучшают результаты лечения,

уменьшают объём послеоперационных осложнений. Цель работы: Анализ применения лапароскопических методик в диагностике у больных, госпитализированных с подозрением на острый аппендицит; анализ лапароскопических и лапароскопически ассистированных аппендэктомий. Материал и методы: Изучены истории болезни 48 больных, госпитализированных в хирургическое отделение НУЗ Отделенческая клиническая больница на ст. Киров с подозрением на острый аппендицит за период с 2013 по 2015 г. 29 из них были женщины (60%), 20 - мужчины (40%). Результаты и обсуждение: Всем больным изучаемой категории выполнена диагностическая лапароскопия, как метод дополнительной диагностики в связи с невозможностью отвергнуть или подтвердить диагноз клиническими и лабораторными методами. У 18-ти (37,5%) больных в результате лапароскопической диагностики диагноз острого аппендицита был исключен. При выявлении в ходе лапароскопии острой хирургической патологии, выполнялись соответствующие вмешательства. В частности, при перфоративной язве желудка – лапаротомия, ушивание язвы, при некрозе ободочной кишки – гемиколэктомия. В случае выявления флегмонозного дивертикулита Меккеля выполнено лапароскопическое выделение и удаление дивертикула. Перекрут кисты яичника был также ликвидирован лапароскопически, киста удалена. В тех случаях, когда подтвердилось наличие острого аппендицита, произведена лапароскопическая или лапароскопически ассистированная аппендэктомия. В этой группе больных средний койко-день составил 4 дня. Наблюдалось 1 осложнение – серома параумбиликальной троакарной раны. Наркотические анагетика не применялись ни у одного больного. Обезболивание НПВС (кетонал 2,0) требовалось лишь в 1-е сутки после операции. Больные начинали ходить через несколько часов после операции. Выводы: Диагностическая лапароскопия является высокоточным методом дифференциальной диагностики при подозрении на острую хирургическую патологию органов брюшной полости. Эта методика позволяет избежать необоснованных аппендэктомий, тяжелых диагностических ошибок. Применение лапароскопической технологии аппендэктомии приводит к снижению болевого синдрома в послеоперационном периоде, уменьшает сроки пребывания больного в стационаре по сравнению с традиционной методикой аппендэктомии.

90.Миниинвазивные портосистемные шунтирующие вмешательства в хирургии осложненной портальной гипертензии

Хоронько Ю.В., Бликян А.В., Козыревский М.А.

Ростов-на-Дону

ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России

Актуальность. Портальная гипертензия (ПГ) у больных циррозом печени (ЦП), проявляющаяся пищеводно-желудочным варикозом и/или рефрактерным асцитом, зачастую приобретает жизнеугрожающий характер. Он реализуется, соответственно, варикозным кровотечением (ВПЖК), либо гепаторенальным синдромом (ГРС). При ЦП, отягощенном суб- и декомпенсированной печеночной недостаточностью, трансабдоминальные шунтирующие вмешательства (например, спленоренальный анастомоз), обеспечивающие портальную декомпрессию, нередко становятся непереносимыми пациентами. Эффективной альтернативой стала миниинвазивная операция трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного

шунтирования (TIPS/ТИПС), в необходимых случаях дополняемая селективной эмболизацией левой желудочной вены (ЛЖВ). Цель работы - улучшение результатов применения процедуры TIPS/ТИПС, модифицируемой в зависимости от проявлений ПГ. Материал и методы. Проанализирован опыт применения операции TIPS/ТИПС у 162 больных, осуществленной в хирургической клинике РостГМУ в 2007-2015 гг. У 126 из них показанием к TIPS/ТИПС было состоявшееся в недавнем анамнезе ВПЖК, а еще у 36 пациентов – асцит, рефрактерный к медикаментозным мероприятиям. Проанализированы результаты применения, осложнения, летальность и выживаемость. Результаты. Установлена высокая эффективность портальной декомпрессии, достигаемой операцией TIPS/ТИПС. Это реализовалось в уменьшении количества рецидивов ВПЖК, редукции асцита и ГРС. Прогнозируемым и наиболее частым осложнением стало усугубление энцефалопатии (ЭП). Благодаря разработанному лечебному алгоритму частоту её развития удалось снизить с 25,6% до 11,1%. 30-дневная летальность - 1,2% (умерли 2 пациента). Выживаемость по Karlan-Meier через 60 мес при классе Child B составила более 80%, при Child C – около 45%. Заключение. Операция TIPS/ТИПС является эффективной миниинвазивной методикой портальной декомпрессии, переносимой пациентами с суб- и декомпенсированными стадиями печеночной недостаточности. У больных с ВПЖК процедуру TIPS/ТИПС целесообразно дополнять селективной эмболизацией ЛЖВ. Усугубление ЭП - прогнозируемое осложнение. Оно не является поводом для отказа от шунтирующих технологий, так как устранимо комплексом лечебно-профилактических мероприятий.

91.Видеолапароскопия при ущемленных грыжах передней брюшной стенки

Драйер М., Попова Н.А, Ярцев П.А.

Москва

ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ

Актуальность. В Москве ежегодно выполняется около 3000 операций пациентам с ущемленными грыжами передней брюшной стенки. Лапароскопическая пластика передней брюшной стенки обладает рядом преимуществ перед «открытым» методом: ранняя активизация пациентов (1-5 койко-дня), менее выраженный болевой синдром, меньшее количество и послеоперационных осложнений (в связи с отсутствием послеоперационной раны) (3-10%). Однако, в отличие от плановых вмешательств, показания и возможности экстренной лапароскопической пластики передней брюшной стенки при ущемленных грыжах до конца не изучены. Цель исследования. Улучшить результаты лечения у больных с ущемленными грыжами перед-ней брюшной стенки. Материалы и методы. 105 пациентов с ущемленными грыжами передней брюшной стенки, которые были оперированы из лапароскопического доступа в НИИ СП им. Н.В.Склифосовского за период с 2010 по 2015 годы . По локализации грыж больные были распределены следующим образом: паховые грыжи - 69 больных (65,7%), грыжи белой линии живота - 13 больных(12,3%), пупочные - 17 больных (16,2%), параумбиликальные грыжи – 6 (5,8%). Мужчин было 81 (75%); женщин - 24 (25%). Средний возраст пациентов 54 + 3 года. Время от момента ущемления грыжи до поступления в стационар составило 6,7 + 3,2 часа. Позже 6 часов с момента ущемления оперировано 10 пациентов (9,5%). Всем пациентам операцию выполняли под комбинированным

эндотрахеальным наркозом. Были использованы следующие методы пластики передней брюшной стенки: трансабдоминальная предбрюшинная абдоминопластика (TAPP) при паховых грыжах, интраабдоминальная пластика (IPOM) передней брюшной стенки при срединных грыжах. При трансабдоминальной предбрюшинной абдоминопластике использовали имплантат «Parietex», «Эсфил», «Premilene Mesh» размером 10 x 15см и эндогерниостеплер «Protack» 5 мм, или самофиксирующийся имплантат «Progrid». При интраабдоминальной абдоминопластике использовали антиадгезивного имплантата «Parietex Composite» (15x15см, 20x15 см, 20x20см) и эндогерниостеплер «Absorbatack» 5 мм. Для выполнения интраабдоминальной лапароскопической герниопластики (IPOM) в институте разработан и внедрен в практику комбинированный способ – синтетический имплантат в сочетании с лиофилизированной твердой мозговой оболочкой (ТМО), предотвращающий образование спаек между прилежащими органами и синтетическим имплантатом. Для их фиксации использовали эндогерниостеплер «Absorbatack» 5 мм. Результаты исследования. Во время вводного наркоза, у 85 больных (80,9%) происходило самостоятельное вправление грыжевого выпячивания за счет расслабления передней брюшной стенки и растяжения ущемляющего кольца, при формировании пневмоперитонеума. У 9 пациентов (8,6%) грыжевое содержимое вправлено в брюшную полость мануально. Рассечение ущемляющего кольца потребовалось 11 пациентам (10,5%), для чего нами был использован инструмент LigaSure Atlas. TAPP выполнена 77 больным (73,3%), IPOM с использованием синтетического имплантата (СИ) с антиадгезивным покрытием - 23 пациентам (21,9%), комбинированная герниопластика с использованием СИ и ТМО - 5 больным (4,8%). Применение миниинвазивных методов позволило значительно уменьшить, а в ряде случаев, полностью исключить необходимость в применении наркотических анальгетиков за счет меньшей травмы тканей передней брюшной стенки до $7,6 \pm 4,8$ часа, была отмечена более ранняя активизация больных в течение первых суток. Осложнения после операции были отмечены у 5 пациентов (4,8%). У 3 (2,8%) пациентов отмечено образование «сером» в области операции, из них у двоих (1,9%) после применения ТМО и одного (0,9%) после IPOM с использованием композитного сетчатого имплантата. У двух (1,9%) пациентов после TAPP отмечена невралгия латерального кожного нерва бедра, в результате травматизации во время фиксации сетчатого протеза. У одного пациента выполнена релапароскопия, удаление скрепки, у другого на фоне противовоспалительной, анальгетической терапии болевой синдром купирован. При опросе больных в послеоперационном периоде (сроки после выписки из стационара от трех месяцев до 5 лет) рецидивов грыж не было. Заключение. Таким образом, использование лапароскопии при ущемленных грыжах передней брюшной стенки позволяет уменьшить потребление наркотических анальгетиков, уменьшить пребывание в стационаре после операции до четырех суток, сократить послеоперационные осложнения до 4,8 %, а так же избежать рецидивов.

92. Взаимодействие тканей и синтетических имплантатов при нефропексии (экспериментальное исследование)

Абатов Н.Т., Асамиданов Е.М., Абатова А.Н., Шин Э.В., Каукенов Б.Н., Исмаилова Д.С.

Казахстан. г. Караганда

Карагандинский государственный медицинский университет

Введение. Сегодня, в век открытия новых технологий и способов получения и обработки современных материалов и их применение в аллопластике вызывает немало бурных обсуждений, споров и различных откликов среди практических врачей и ученых. Поэтому на данный момент дальнейшее применение имплантатов и их заменителей является одним из перспективных и актуальных направлений современной урологии. Целью исследования является изучение тканевых реакций при моделировании нефропексии при помощи полиэфирной (полиэстер) сетки, макропористой частично рассасывающейся легкой сетки (UltraPro) и на брюшинно-фасциальный лоскут в паранефральной клетчатке, капсуле и паренхиме почки. Материалы и методы. Проведено экспериментальное исследование по определению макроскопической и патоморфологической картины при моделировании нефропексии у 60 белых короткошерстных половозрелых крысах одинакового возраста, размера и массы тела на базе вивария РГП на ПХВ «Карагандинский государственный медицинский университет». Лабораторные животные были разделены на три группы по 20 крыс. В первой группе крысы были прооперированы путем моделирования нефропексии при помощи макропористой частично рассасывающейся легкой сетки UltraPro. Во второй группе при помощи полиэфирной сетки. В третьей группе моделирование осуществлялось собственным брюшинно – фасциальным лоскутом. Каждая группа была разделена на три подгруппы, в соответствии со сроками выведения лабораторных животных. Первая подгруппа выводилась из эксперимента на 30 сутки, вторая подгруппа на 90 сутки и третья подгруппа на 180 сутки эксперимента. Результаты. Результаты экспериментального исследования на лабораторных животных по моделированию нефропексии различными способами фиксации почки показали, что зоны фиксации сетчатых эндопротезов характеризуются постепенным прорастанием грануляционной ткани в поры имплантатов с последующим формированием соединительной ткани. При моделировании нефропексии собственным брюшинно-фасциальным лоскутом также фиксация происходит с прорастанием грануляционной ткани, но с преобладанием грубых соединительнотканых волокон. Также в местах фиксации частично рассасывающейся легкой сетки отмечается уплотнение фиброзной капсулы почки нежной волокнистой соединительной тканью, без клеточной реакции, тогда как в остальных случаях отмечается появление клеточной реакции с преобладанием макрофагов как местный реактивный процесс, причем более выражено в способе с полиэфирной сеткой. Паранефральная клетчатка до 30 дней остается интактной, после наблюдается её прорастание тяжами хаотически расположенных грубоволокнистых соединительных тканей. Макроскопически, в случае моделирования нефропексии с полиэфирной сеткой и собственным брюшинно – фасциальным лоскутом наблюдался спаечный процесс. Во всех трех случаях макро- и микроскопически изменений структуры почек не происходит. Результаты экспериментального исследования показывают преимущество частично рассасывающейся легкой сетки UltraPro, позволяющей прочно фиксировать почку за счет прорастания грануляционной ткани в поры имплантата с образованием фиброзной капсулы при отсутствии воспалительной реакции окружающих тканей, и местных патологических процессов. Также благодаря тому, что в своем составе имеет рассасывающийся компонент происходит образование гибкой "рубцовой сетки", а не ригидной "рубцовой пластинки". При длительном контакте ткани почки с имплантатом не развиваются патологические изменения как в структурных компонентах почечной паренхимы, так и паранефральной клетчатке. Для проведения статистического анализа результатов исследований использовали пакет прикладных программ «Statistica 7.0». Описание распределения каждого показателя в выборке проводилось путем оценки ее параметров, характеризующих центральную тенденцию и рассеяния наблюдений. Выводы. Результаты макроскопических и морфологических

исследовании показали, что зоны фиксации имплантатов характеризуются постепенным прорастанием грануляционной ткани с последующим формированием соединительнотканых волокон. Результаты экспериментального исследования статистически достоверно ($p\text{-value}\leq 0,0011$; $p\text{-value}\leq 0,0001$) показывают, что наиболее целесообразным для ликвидации синдрома патологически подвижной почки является частично рассасывающаяся легкая сетка UltraPro по сравнению с остальными изучаемыми методами.

93. Симультанные операции при лапароскопической нефропексии.

Абатов Н.Т., Асамиданов Е.М., Абатова А.Н., Исмаилова Д.С.

Казахстан. г. Караганда.

Карагандинский государственный медицинский университет

Введение. В настоящее время в хирургической практике все большую долю занимают эндовидеохирургические операции. Применения эндовидеохирургических операций в урологии в последнее время расширились, стали возможными выполнения симульных операций не только на органах брюшинного пространства, но и при наличии патологии органов брюшной полости. В урологической практике нередко встречаются одновременно несколько заболеваний, каждое из которых требует хирургического вмешательства, и в связи с этим заманчивым кажется выполнение такой операции, которая могла бы избавить пациента сразу от всех болезней. Идея одномоментного выполнения нескольких операций возникла давно. Первую выполненную симульную операцию выполнил хирург Клаудиус в 1735 году, когда произвел аппендэктомию и герниопластику одиннадцатилетнему мальчику. Целью исследования явилось изучение целесообразности и возможности выполнения симульных эндовидеохирургических операций при нефроптозе. Материалы и методы. В урологическом отделении Областной клинической больницы г. Караганды с 2008 по 2015г. при II-III ст. нефроптоза лапароскопическая нефропексия произведена 76 пациентам. У 22,4% пациентов были сопутствующие патологии органов брюшной полости и брюшинного пространства требующие симульной операции. Благодаря трансабдоминальному доступу нам удалось произвести холецистэктомию, иссечение кисты контралатеральной почки и кисты надпочечника, а также пиелолитомия при мочекаменной болезни. При гидронефрозе II-III стадии произвели такие операции как уретеролиз, пиелоуретеропластика, нефрэктомия, антевазальный анастомоз и резекция лоханки 8 пациентам. Результаты. Очередность основной и симульной операции зависит от наличия сопутствующей патологии, в частности, если правосторонний нефроптоз с калькулезным холециститом, сначала выполняли холецистэктомию, по причине того, чтоб в случае вскрытия просвета желчного пузыря не инфицировать сетку. Тогда вторым этапом при таких сочетаниях выполнялась основная операция – нефропексия с поворотом пациента на контралатеральный бок. При сочетании кисты и калькулезного холецистита очередность не имеет значения. При наличии мочекаменной болезни и гидронефроза, при условии, что причиной гидронефроза не являются камни, после резекции лоханки извлекались камни, осуществляли ревизию ЧЛС фибропиелоскопом и выполняли основной этап операции. При нефропексии с необходимостью выполнения нефрэктомии в случаях терминального гидронефроза на контралатеральной стороне, первоочередной операцией

выполняли нефрэктомии с целью сохранения единственной здоровой почки, и после поворота больного производили нефрэктомии. В случае сочетания кисты и нефроптоза в первую очередь производили иссечение кисты, по тем же принципам, что и при сочетании нефроптоза и калькулезного холецистита. Выводы. Использование эндовидеохирургических технологий позволяют провести несколько операций одновременно из одних и тех же доступов, без ущерба для качества операции. Трансабдоминальный лапароскопический доступ позволяет проводить операции на анатомически удаленных органах. Выполнение симультанных операций не оказывает негативного воздействия на послеоперационный период.

94. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОЧАГОВЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ СЕЛЕЗЕНКИ. ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ.

Кубышкин В.А., Ионкин Д.А., Кригер А.Г., Бирелавичус С.В.

Москва

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В.Вишневского» Министерства здравоохранения России

Актуальность: увеличение числа больных с очаговыми образованиями селезенки диктует необходимость выбора оптимального хирургического лечения. Цель исследования: определение адекватной тактики хирургического лечения у больных с очаговыми образованиями селезенки. Материалы и методы. В Институте хирургии с 1976 г. наблюдалось более 400 больных с очаговыми образованиями селезенки. Среди возможных операций предпочтение отдавали органосберегающим операциям, а в случае их невозможности выполняли гетеротопическую аутотрансплантацию селезеночной ткани. Кроме резекций селезенки традиционным доступом выполнялись и лапароскопические вмешательства. Лапароскопические операции, включая роботические (11), были произведены в 74 наблюдениях. Были выполнены фенестрации – 48 (робот-ассистированные -7), резекции – 22 (анатомические-6, околоопухолевые -12, робот-ассистированные -4), эхинококкэктомия – 2, спленэктомия при эхинококкозе -1, вмешательство при истинной кисте с осложненным течением добавочной селезенки -1. Морфологическая структура заболеваний селезенки: непаразитарные кисты -50 (истинные – 40, псевдокисты -10), доброкачественные опухоли -21 (гемангиомы -3, лимфангиомы-18), эхинококкоз – 3. В одном наблюдении было произведено удаление добавочной доли селезенки, расположенной в воротах, с истинной кистой, осложненной кровистечением в полость кисты с угрозой разрыва. Обязательно выполнялись срочное цитологическое исследование содержимого образования и гистологическое исследование стенки, а также плановое морфологическое исследование. В 4 наблюдениях лапароскопические (на работе – 1) вмешательства потребовали конверсии из-за выраженного кровотечения. Рецидив заболевания, потребовавший повторного вмешательства, был отмечен в 4 наблюдениях (лимфангиома – 3, истинная киста -1). Пункционные вмешательства под УЗ-контролем по поводу остаточных полостей – в 6 случаях. Результаты. С учетом послеоперационных результатов кроме обычно применяемой деэпителизации остающейся части стенки кисты с применением аргона и/или коагуляции мы стали до иссечения кисты производить обработку полости раствором этилового спирта. В случае доброкачественной опухоли следует стремиться к максимально возможному удалению стенки образования. Статистически достоверно

меньшее число осложнений и лучшие отдаленные результаты, включая оценку качества жизни, отмечены у пациентов после органосберегающих операций, особенно при использовании лапароскопического доступа. Худшие результаты выявлены у пациентов после удаления органа. Заключение. На этапе диагностического поиска необходимо широко использовать современные неинвазивные методы – УЗИ и КТ, МРТ. При подтверждении доброкачественного генеза очага в селезенке, при сохранении хотя бы небольшой части непораженной паренхимы предпочтительнее выполнение органосберегающей операции с применением современных средств гемостаза и соответствующих технических приемов. В зависимости от локализации очага в селезенке, его размеров, анатомических особенностей возможно выполнение лапароскопических органосберегающих операций.

95.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КРИОДЕСТРУКЦИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ.

Ионкин Д.А., Чжао А.В.

Москва

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения РФ, Москва

Цель: улучшение результатов лечения пациентов со злокачественными новообразованиями печени. Материалы и методы: Начиная с 2013 г. в институте начато использование нового отечественного криохирургического аппарата «КРИО-01» «ЕЛАМЕД». С применением криоустановки было выполнено 3 лапароскопических вмешательства по поводу метастазов колоректального рака в печень. Результаты: При лапароскопическом доступе с использованием криохирургического аппарата «КРИО-01» столкнулись с необходимостью применения троакара диаметром 12 мм, которые чаще выпускаются только для одноразового применения. В 3-х наблюдениях выполнения лапароскопической криодеструкции метастазы колоректального рака располагались подкапсульно, по висцеральной поверхности печени в V и III сегментах печени, что было достаточно удобно для выполнения термоабляции с применением торцевого криоаппликатора. Мы применяли двукратное замораживание с промежуточным оттаиванием. Предпочтительно использование ультразвукового мониторинга в ходе криодеструкции. Осложнений в ходе криоабляции и в послеоперационном периоде отмечено не было. По нашим данным в послеоперационном периоде необходимо выполнение ультразвукового контроля на 1,3,7 сутки, проведения магнитно-резонансной томографии в 1-2 сутки после воздействия. Заключение. Развитие методов лапароскопической диагностики - визуальной, инструментальной ревизии и УЗИ позволило приблизить возможности лапароскопической ревизии к возможностям лапаротомной. Лапароскопический доступ может быть эффективно применен преимущественно при солитарных поверхностно расположенных патологических новообразованиях печени. Криодеструкция, в том числе и лапароскопическая, должна рассматриваться как разумная альтернатива существующим хирургическим методам и в некоторых случаях как компонент комбинированного лечения раковых поражений.

96. Умение - раньше опыта: допуск к обучению операционной

Горшков М.Д. (1), Совцов С.А. (2), Матвеев Н.Л. (3)

Москва; Челябинск

1) Первый Московский ГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ, г. Москва 2) Южно-Уральский ГМУ МЗ РФ, г. Челябинск 3) Московский ГМСУ им. А.И. Евдокимова МЗ РФ, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ В России, несмотря на вековую историю применения лапароскопии отсутствует общепризнанный структурированный курс освоения базовых эндохирургических навыков на доклиническом этапе, что делает обучение в операционной более опасным, длительным и дорогим. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ Рабочей группой РОСОМЕД при участии РОЭХ и РОХ был проведен поиск по отечественной и зарубежной литературе. Было рассмотрено 98 упражнений из 20 известных нам курсов симуляционного тренинга, а также учтены предварительные выводы и рекомендации съездов РОЭХ и РОСОМЕД, обсуждения на форуме общества. РЕЗУЛЬТАТЫ Рабочая группа разработала принципы и характеристики курса базового эндохирургического тренинга на доклиническом этапе, предваряющем обучение в реальных условиях, определены принципы проведения аттестации и ее критерии. Успешное прохождение аттестации служит допуском к продолжению обучения эндохирургии у операционного стола под руководством наставника. Структурно программа курса состоит из теоретической части, набора заданий для практического тренинга и завершающей аттестации по теории и практике. Эндохирургические вмешательства были фрагментированы на 35 наиболее часто используемых манипуляций, навыков и умений. 15 из них были отобраны для выбора упражнений по отработке и тестированию уровня мастерства. Затем каждому навыку было соотнесено упражнение. Для некоторых манипуляций таких упражнений не нашлось, в связи с чем нами были предложены модификации существующих заданий или принципиально новые варианты тренинга. Для 10 упражнений установлены критерии объективной оценки. Таким образом, в ходе практической аттестации степень владения навыком оценивается по объективным параметрам в 15 базовых навыках и манипуляциях и завершающей аттестации приобретенных знаний и 10 манипуляций по объективным критериям. ЗАКЛЮЧЕНИЕ Разработана курс отработки базовых эндохирургических навыков на доклиническом этапе – до начала обучения в операционной, включающая в себя теоретическую часть, практический симуляционный тренинг и объективную аттестацию приобретенных знаний и навыков. В ряде учебных центров страны началась апробация и валидация курса, по завершении которых их результаты будут представлены профессиональным сообществам.

97. Использование лазера в лечении колоректального рака

В.Л. Денисенко (1), Ю.М. Гаин (2), С.П. Бухтаревич (1)

Витебск, Минск

1)УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр»; 2)ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»;

Актуальность. В структуре онкологической заболеваемости колоректальный рак занимает третье место в большинстве развитых стран мира, при этом количество пациентов с запущенными формами заболевания в настоящее время достигает 70%. Одним из способов восстановления просвета кишки в зоне опухоли может стать лазерная вапоризация центральной её части. Цель исследования. Изучить осложнения лазерной реканализации и стентирования при лечении стенозирующего колоректального рака, осложненного кишечной непроходимостью. Материалы и методы. В лечении обтурирующего колоректального рака использовали высокоинтенсивное импульсное лазерное излучение длиной волны 1,06 мкм. В работе применён твёрдотельный импульсный лазер для эндоскопического применения «Фотэк ЛК-50» («Медиола-Эндо», ЧУП «Фотек» длина волны 1,064 мкм, частота повторения импульсов на максимальной мощности излучения – не более 50 Гц, Республика Беларусь). Пролечено 106 пациентов, находящихся на лечении в проктологическом отделении Второй Витебской Областной клинической больницы (с 23 апреля 2014 года – Витебского областного клинического специализированного центра) и абдоминальном отделении Витебского областного клинического онкологического диспансера с ноября 2012 года по март 2015 года, по поводу стенозирующего рака ободочной и прямой кишки. Средний возраст группы составил $66,4 \pm 3,2$ лет. Всем пациентам на первом этапе выполняли лазерную реканализацию стенозирующей опухоли лазерным излучением с длиной волны 1,064 мкм, максимальной средней мощностью – 60 Вт, частотой повторения импульсов на максимальной мощности излучения – не более 50 Гц, максимальной энергией импульса – 1,2 Дж, длительностью импульса – 300 мсек, классом лазерной опасности – IV, максимальной потребляемой мощностью – 2,5 кВтс, на втором этапе производили радикальную операцию с наложением первичного межкишечного анастомоза. Результаты и обсуждения. В 76% случаев операция заканчивалась первичного анастомоза (без колостомы). В семи случаях (7%) не удалось провести реканализацию ректосигмоидного отдела ввиду протяженности опухоли более 12 см. (операция закончилась выведением колостомы). В одном случае (1%) произошла перфорация опухоли (операция закончилась выведением колостомы). 1 пациент умер от ТЭЛа (1%). В 15% случаев лазерная реканализация произведена с симптоматической целью. В двух случаях имело место выпадение колоректальных стентов. Заключение. Использование лазерной реканализации зоны опухолевого стеноза с последующей установкой стента позволяет при колоректальном раке, осложнённом обтурационной кишечной непроходимостью, выполнить раннюю антеградную декомпрессию пищеварительного тракта с быстрым восстановлением его моторно-эвакуаторной функции и ранней клинико-метаболической компенсацией (без лапаротомии и формирования колостомы). Разработанная методика позволяет быстро осуществить подготовку пациента к радикальному хирургическому лечению с последующим выполнением первично-радикального вмешательства в более безопасных условиях. Необходимо при постановке стента учитывать протяженность стенозирующей опухоли и диаметр стента, чтобы избежать перфорации кишки в зоне опухоли.

98. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ НАХОДКИ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Баулин А.А., Перетрухин А.И., Баулина Е.А., Стародубцев В.А., Баулин В.А., Креймер В.Д., Баулина О.А.

Пенза, Москва

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ГИУВ, «Медиклиник», ГБ №4, ООО «Здоровье», «Медицина»

Как известно, диагностика ГПОД основывается и подтверждается эндоскопическими и рентгенологическими признаками. Они достаточно хорошо описаны в руководствах. Причём, эндоскопические признаки не столь объективны по сравнению с рентгенологическими, чаще зависят от опыта специалиста и целенаправленности поиска патологии. Клиника целенаправленно занимается проблемой ГПОД-ГЭРБ и имеет опыт диагностики фиброскопами и видеоэндоскопами более 15 тысяч пациентов, более 4 тысяч рентгеновских исследований, из которых подавляющая часть выполнена одними и теми же врачами, в том числе до и после операций, а также результаты 253 операций по оригинальной методике и различных общепринятых. Мы старались найти понятные для врачей и пациентов, наиболее объективные и значимые признаки, не умаляя важности каждого из методов. При сравнении результатов фиброскопии и видеоэндоскопии было достоверно отмечены главные недостатки, связанные с ухудшением чёткости и ясности картинки при передаче изображения по стекловолоконкам, поэтому изменения в нижней трети пищевода были не отмечены у пациентов в три с лишним раза реже (у 19,4% против 69,7%). Из-за жёсткости фиброэндоскопов, худшей их мобильности, беспокойств пациентов не всегда выполнялся инверсионный осмотр кардии, отсюда исходила недостаточная интерпретация фактически диагностически значимых изменений. Выполняя при видеоэндоскопии обязательный осмотр кардии инверсионно, оценивая клапан Губарева и степень его неполного закрытия, мы применили распределение данных по степени недостаточности кардии. Оказалось, что при рутинном обращении пациентов с той или иной симптоматикой с целью исследования, у 48,6% рядом с тубусом эндоскопа просматривается той или иной величины свободное пространство. Этот феномен мы также как и другие исследователи понимаем как недостаточность кардии и классифицируем её по 4 степеням. Фиксация данной картинки на бумажном и электронном носителях даёт возможность хорошо понимать патологию и больному, и эндоскописту, и терапевтам, и хирургам, объяснять причинную связь и сравнивать результаты антирефлюксных операций. Данная интерпретация дала возможность сопоставить с рентгенологической картиной диагностики ГПОД и оказалось, что при недостаточности кардии 3 и 4 степени у 100% выявляется ГПОД разной степени. При недостаточности 1 и 2 степени значительно реже определяется ГПОД, но даже при 1 степени, когда эндоскопист видит лишь небольшое треугольное пространство рядом с эндоскопом у отдельных пациентов подтверждается ГПОД. Общеизвестно, что ГПОД может быть диагностической находкой при рутинных не целенаправленных рентгенологических исследованиях. Таким образом она выявляется при флюорографии, обзорных рентгенографиях грудной клетки, компьютерной и ядерно-магнитной томографиях. Однако по нашим данным нередко данная патология просматривается, особенно при обследованиях больных с синдромом неясных абдоминальных болей в верхних отделах живота. Тогда нацеленность лечащих врачей идёт на поиск возможных забрюшинных опухолей, и они ставят показания для исследований как целенаправленный поиск патологии в забрюшинном пространстве. К сожалению, рентгенологи в таких случаях находятся в «плену» поставленной задачи и нередко не замечают эту явную патологию – зияние пищевода, перемещение кардиального и даже фундального отделов желудка выше ножек диафрагмы. Целенаправленная работа в этом направлении дала возможность

увеличить выявляемость ГПОД при КТ и ЯМРТ, поэтому мы настоятельно рекомендуем кроме специалистов-рентгенологов самим просматривать томограммы.

99.УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭРХПГ И ЭПСТ У БОЛЬНЫХ С БИЛИРУБИНЕМИЕЙ

Баулина Е.А., Шокаров Г.К., Баулин В.А., Шиндин А.А., Баулин А.А., Скаморин А.А.

Пенза, Подольск

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ГИУВ, хирургическое отделение Подольской городской клинической больницы, ГКБСМП им.Захарьина

Проблемами при поступлении больных с острым холециститом при наличии механического фактора препятствующего оттоку жёлчи при применении ЭРХПГ с возможной ЭПСТ являются: 1. Выбор последовательности выполнения – первым этапом ЭРХПГ с возможной ЭПСТ, вторым внутрибрюшное вмешательство или наоборот; 2. Вероятность технического выполнения ЭРХПГ с возможной ЭПСТ в зависимости от анатомической ситуации; 3. Возможные осложнения ЭРХПГ и ЭПСТ во время выполнения и ближайшее время даже после такой малоинвазивной операции. Итак – 1. – Классическая схема определяет первичное выполнение ЭРХПГ с возможной ЭПСТ с целью разгрузки желчевыводящей системы и последующей холецистэктомии. Данная установка обоснована на первичной разгрузке в связи с опасностью развития холангита и возможностью выжидательной тактики по поводу холецистита (конечно, когда нет перитонита), особенно в ранние сроки, когда 18-24 часа особой роли не играют. Данная последовательность предполагает также, что на втором этапе не потребуются оперативная ревизия, реконструкция, разгрузка желчевыводящей системы во время холецистэктомии. Однако из анализа работы хирургической службы (Главный хирург РФ академик В.А.Кубышкин) известно, что только 60% хирургических служб имеют эндоскопическое оснащение и менее 8% имеют дуоденоскопы. Таким образом складывается ситуация организационного плана, когда ЭРХПГ и ЭПСТ невозможно своевременно выполнить. Тем самым затягиваются сроки выполнения холецистэктомии. 2. – Мало подготовленных эндоскопистов, которые легко выполняют вмешательства на дуоденальном соске по разным причинам: трудности поиска отверстия, мешающие дивертикулы, беспокойный больной, неуверенность эндоскописта, боязнь осложнений, которые могут быть очень серьёзными, вплоть до смерти – это особенно сильно действует на специалистов. 3. – Всем известны очень серьёзные осложнения (0,9-11,3%) даже в руках очень опытных эндоскопистов в виде кровотечений, перфораций, острых панкреатитов и др., которые могут закончиться смертью (0,1-1,4%). В нашей клинике мы прошли четыре периода при хирургическом лечении пациентов с холециститом, поступивших с явлениями механического препятствия в желчевыводящей системе, т.е. с повышением уровня билирубина за счёт прямой фракции. Вначале мы использовали общепринятую тактику, направленную на выяснение причин билирубинемии и её разрешение. Определелись проблемы, которые создавали довольно серьёзные трудности в лечении данной категории больных. Организационные: по транспортировке больных в другое учреждение; решение вопроса об очередности, поскольку на ЭРХПГ уже были записаны больные заранее, что-то нужно было решать с очередью. Профессиональные: из-за слабой подготовки специалистов только у 39% больных манипуляция была выполнена по разным причинам, но в основном из-за

затруднений поиска папиллы; появились очень серьёзные осложнения в виде панкреатитов (у 16, выраженный - у 3, двое из которых умерли от панкреонекроза, кровотечение у 7, дуоденобилиарный рефлюкс у 2, холангит у 1, вклинение корзинки Dormia у 1); у больных необоснованно откладывались операции, хирургический этап привёл к увеличению интра- и послеоперационных осложнений. Самое главное оказалось, что у 80,3% больных камней и каких-либо препятствий желчеоттока не обнаружено, уровень билирубина приходил в норму через несколько дней после холецистэктомии и не повышался, то есть этап с ЭРХПГ был не только бесполезен, но и опасен. Появились УЗИ и малоинвазивные методы (минидоступ и эндохирургия), мы пришли к выводу, что такая тактика оправдана именно для традиционной технологии больших разрезов. Поэтому мы на втором этапе изменили тактику и стали при остром холецистите выполнять лапароскопическую холецистэктомию, то есть ликвидировали очаг воспаления, дренировали холедох через пузырный проток дренажом диаметром 2мм, тем самым снимали внутрипротоковую гипертензию. Через 3-5 дней выполняли чрездренажную холангиографию. У больных с показателями билирубина до 60 миллиМоль/л только у 4% находили препятствие в холедохе. Если показатель был выше, то механическое препятствие обнаруживали у 92% пациентов. Если холедох был свободен – дренаж из него извлекали через 1-2 суток после исследования, затем удаляли страхующие дренажи. При выявлении препятствий решали вопрос о дальнейшей тактике, делая упор на малоинвазивные методы, включая ЭПСТ, лапароскопическую холедохотомию и только у 4 (1,6% от всех с билирубинемией) выполнили холедохотомию или ХДА через минидоступ и классический доступ. Положительные попытки ЭРХПГ и ЭПСТ удалось повысить до 88,2% именно в первую очередь из-за лёгкости поиска папиллы и отверстия. Вводился стерильный раствор в дренаж холедоха, который был виден вытекающим в 12-перстную кишку. Следует заметить, что наличие дренажа в холедохе помогает также вымывать камни из протока после ЭПСТ. Осложнения снизились в 3 раза при нулевой летальности. На третьем этапе в связи с приобретением дуоденоскопа и рентгеновской установки, административным нажимом нас заставили вернуться к классической схеме и снова начать с ЭРХПГ. Эндоскописты прошли подготовку в РНЦХ. Однако уже первые годы показали те же недостатки, что были на первом этапе: уменьшилось число успешных манипуляций до 61,1%, увеличилось число интра- и постеманипуляционных осложнений. Причинами неудачных исследований были разные, но чаще - невозможность рассмотреть устье и канюлировать холедох. На четвёртом этапе мы снова вернулись ко второму этапу, на чём настояли в первую очередь эндоскописты. И если на третьем этапе из 189 пациентов неудача была у 38,9%, то за последние мы снова вернулись фактически к прежним положительным показателям - 14,8% неудачных и 85,2% удачных. Поэтому считаем, что последовательность действий хирургов при холецистите, сопровождающимся билирубинемией оптимально такова: лапароскопическая холецистэктомия в раннем периоде, дренирование холедоха тонким дренажом, трансдренажная холангиография и при необходимости ЭПСТ. Противопоказанием может быть только ситуация когда камни более 1.5см или когда ЭПСТ не решит проблему. Это избавит от многих трудностей лечения данной категории больных.

100.20 ЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ.

Пушкарев В.П., Бабаев Д.А., Лекомцев Б.А., Широбоков С.Н.

Ижевск

Кафедра общей хирургии ГБОУ ВПО "Ижевская государственная медицинская академия"
Минздрава России., г. Ижевск

Работа посвящена оценке эффективности лечения 153 больных с острым деструктивным панкреатитом и его осложнениями, 44 из которых (группа сравнения) проведены традиционные оперативные вмешательства, а в комплекс лечения других 109 пациентов (основная группа) были включены оригинальные методики дренирующих операций, предусматривающие мобилизацию поджелудочной железы из забрюшинного пространства, дренирование желчевыводящих путей, локальную гипотермию, открытую расширенную оментобурсопанкреатостомию с регулярными последующими плановыми панкреосеквестрэктомиями и санациями полости малой сальниковой сумки, дренирование отделов ретропанкреатической клетчатки модифицированным дренажем. Включение в комплекс лечения больных с инфицированным панкреонекрозом и его гнойными осложнениями открытой расширенной оментобурсопанкреатостомии с вариантами дренирования забрюшинной и парапанкреатической клетчаток способствовало более раннему восстановлению и нормализации жизненно важных функций организма, позволило в более ранние сроки получить положительную динамику показателей эндогенной интоксикации. Применение собственных методик позволило достоверно снизить (р

101.РЕЦЕДИВИРУЮЩИЙ ГНОЙНЫЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ

Бабаев Д.А.,Пушкарев В.П., Лекомцев Б.А.,Матвеев А.А.

Ижевск

Кафедра общей хирургии ГБОУ ВПО "Ижевская государственная медицинская академия"
Минздрава России

Цель: Улучшить результаты лечение больных с рецидивирующим гнойным панкреонекрозом (РГПН) путем своевременного выявления и совершенствование операционных доступов. Материалы и методы: С 1993 г. в хирургических отделениях БУЗ УР «ГКБ №6 МЗ УР» г. Ижевска находились на лечении 4072 больных с острым панкреатитом, из них оперированы по поводу инфицированного панкреонекроза и его осложнения 209. У 56 пациентов, несмотря на проведенное оперативное вмешательство с последующей выпиской из стационара в сроки от 1 года до 15 лет наступал рецидив инфицированного панкреонекроза. В данной группе больных с РГПН применены собственные методики вмешательства: «способ хирургического лечения рецидивирующего гнойного панкреатита». Патент на изобретение №2531921; «открытая расширенная оментобурсопанкреатостомия». Результаты. Средний возраст больных с РГПН составил 44,625±14,86 лет и не носил достоверных отличий от больных с первично инфицированным панкреонекрозом. Среди этиологических факторов, приведших к РГПН на первом месте было нарушение диеты 46,42%; злоупотребление алкоголем у 5,36% больных, ЖКБ у 5,36% больных, чем среди больных с ПИПН. Сопутствующие заболевания выявлены у 49 (87,50%) больных в группе с РГПН что в 1,5 раза больше, чем в основной группе и группе сравнения.

Заключение. Хронический рецидивирующий гнойный панкреатит в сроки от 1 года до 15 лет встретился в 26,79 % случаев после перенесенного первичного гнойного панкреонекроза. Учет особенностей клиники, диагностики хронического рецидивирующего гнойного панкреатита и его осложнений, применение в комплексном лечении собственного способа позволили снизить летальность до 5,36%, что достоверно ниже (p

102. Особенности выбора метода операции при болезни Гиршпрунга у взрослых.

Наврззов С.Н., Мирзахмедов М.М.

Республика Узбекистан. г. Ташкент

Республиканский Научный Центр Колопроктологии МЗ РУз., г. Ташкент.

Цель работы: Разработать методы диагностики и определить способы хирургической вмешательства при анальной и наданальной форме болезни Гиршпрунга. Актуальность темы. Болезнь Гиршпрунга у взрослых является одной из распространенных аномалий развития толстой кишки. До настоящего времени в литературе встречается редкие сообщения о касающиеся клиники, диагностики и хирургической тактики при болезни Гиршпрунга у взрослых. Материалы и методы. В Центре Колопроктологии МЗ РУз на стационарном лечении с 1990-2014 годы находилось 82 больных болезнью Гиршпрунга у взрослых. Из 82 больных мужчин было 54 (65,9%), женщин 28(34,1%). При ирригографии из 82 больных у 72 (87,8%) больных была выявлена наданальная форма, у 10 (12,2%) – ректальная форма. Биопсии по Свенсону взяты из 50 (61%) у 31 (57,4%) больного в контрольной группе. Аганглиоз диагностирован у 2(6,4%) обследованных, гипоганглиоз – у 29 (93,6%). В результате биопсии, которая проведена у 19 (67,8%) больных из основной группы, аганглиоз диагностирован у 1 (5,3%), гипоганглиоз – у 18(94,7%). Одноэтапное хирургическое лечение было проведено у 70 (85,3%) взрослых пациентов с болезнью Гиршпрунга: 26 (37,2%) из них выполнена БАР прямой кишки с низведением проксимальных отделов толстой кишки в анальный канал с наложением колоанального анастомоза (1-я группа, основная); 44 (62,8%) – операция Дюамеля в модификации (2-я группа, контрольная). Многоэтапному хирургическому лечению были подвергнуты 12 (14,6) В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у 18 (22%) оперированных. Умер 1 (1,2%) больной. Поздние послеоперационные осложнения после БАР прямой кишки наблюдались у 8 (9,8%) пациентов; у 2 (25%) из них была частичная стриктура низведенной кишки. После операции Дюамеля в модификации осложнения в виде стриктуры колоректального анастомоза развились у 6 (75%) пациентов. Отдаленные функциональные результаты лечения после брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением функционирующих проксимальных отделов толстой кишки в анальный канал прослежены у 26 (31,7%) больных. Хорошие и удовлетворительные результаты получены соответственно в 85 и 7,1% случаев. Таким образом, Выполнение брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением функционирующих проксимальных отделов толстой кишки в анальный канал упрощает технику операции при болезни Гиршпрунга и в большей степени отвечает требованиям радикализма, чем метод Дюамеля в модификации. Предложенная технология брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением имеет достоверные преимущества перед методом Дюамеля в модификации: такие послеоперационные осложнения,

как абсцесс полости малого таза, перитонит, некроз и ретракция низведенной кишки, стриктура колоанального анастомоза встречались соответственно в 1,8; 1,2; 1,5 и 3 раза реже, чем после операции Дюамеля в модификации.

103. ОПЕРАЦИИ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РОБОТИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА

Кригер А.Г., Берелавичус С.В., Калдаров А.Р., Горин Д.С., Смирнов А.В., Ветшева Н.Н.

Москва

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» МЗ РФ

Введение Лапароскопические операции на поджелудочной железе выполняются в ограниченном количестве хирургических клиник. Это связано со сложностью этих вмешательств и техническим несовершенством современных лапароскопических инструментов. Роботический комплекс (РК) позволяет решить целый ряд технических проблем и расширить возможности миниинвазивной хирургии. Цель работы: создание концепции адекватного применения роботического комплекса в хирургии ПЖ. Материал и методы Проведено ретроспективное исследование результатов РА операций у 70 больных. Протоковая аденокарцинома была у 18 (25,7%) больных, нейроэндокринные опухоли – 24 (34,3%), кистозные опухоли у 11 (15,7%), солидная псевдопапиллярная опухоль у 9 (12,9%), незидиобластоз – 2 (2,9%), метастазы почечноклеточного рака в ПЖ – 1 (1,4%), доброкачественные опухоли и хронический панкреатит у 5 (7,1%) больных. Дистальная резекция ПЖ выполнена у 38 больных, энуклеация опухоли – 12, ПДР - 14, срединная резекция - 5. Тотальная дуоденумпанкреатэктомия произведена 1 больной. Результаты Длительность РА пПДР колебалась от 305 до 670 минут и составила в среднем $463,1 \pm 111,1$ минут. В двух случаях была выполнена конверсия на традиционное вмешательство. Интраоперационная кровопотеря составила в среднем $396 \pm 188,3$ мл. Средний послеоперационный койко – день был $15,4 \pm 6,3$. Количество удаленных лимфоузлов составило $18 \pm 3,6$ что соотносилось с количеством удаленных лимфоузлов при традиционной ПДР. Длительность дистальной резекции составила $204,4 \pm 58,1$ минут, средняя интраоперационная кровопотеря $295 \pm 131,6$ мл. Послеоперационный период у 12 больных сопровождался наличием наружных панкреатических свищей типа А или В (ISGPS). Средняя продолжительность энуклеаций опухоли и срединной резекции составила $150,0 \pm 49,0$ и $253,0 \pm 37,7$ и сопровождалась минимальной кровопотерей от 50 до 150 мл Выводы Показаниями к РА операциям являются злокачественные опухоли ПЖ, стадируемые как T1-2, а также доброкачественные и опухоли с низким потенциалом злокачественности диаметром 4-5 см, без признаков инвазии в сосудистые структуры. РА операции обеспечивают прецизионность удаления лимфатических узлов и формирования анастомозов. За счет минимальной травматизации тканей послеоперационный период протекает для больных более комфортно. Применение робототехники в хирургии ПЖ позволяет уменьшить количество осложнений и сократить пребывание больных в стационаре.

104.ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ С КОМБИНИРОВАННЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

ДЕГОВЦОВ Е.Н.(1), ВОЗЛЮБЛЕННЫЙ С.И.(1), ЧАЛКОВ Д.А.(2), ЗАВЬЯЛОВ А.А.(1)

Омск, Ямало-Ненецкий автономный округ, г. Муравленко

1) ГБОУ ВПО ОмГМУ 2) Муравленковская городская больница

Цель исследования. Улучшение результатов и повышения эффективности хирургического лечения больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости путем комбинированного использования эндоскопических, эндовидеолапароскопических и минилапаротомных хирургических вмешательств. Материалы и методы исследования. На протяжении 10 лет с применением способа комбинированного миниинвазивного хирургического лечения было прооперировано 207 пациентов, которые были разделены на три группы: 88 пациентов с острым осложненным панкреатитом; 69 пациентов с острым холециститом, осложненным механической желтухой и холангитом; 18 пациентов с перфоративной пилородуоденальной язвой; 32 пациента с острым аппендицитом. Все больные поступили в стационар по неотложным показаниям. Тактика лечения заключалась в применении комбинации минимально инвазивных хирургических вмешательств, в отказе от открытых традиционных операций. Комбинированное миниинвазивное хирургическое лечение (КМХЛ) - это способ рациональной последовательности применения эндоскопических, эндовидеолапароскопических, минилапаротомных хирургических способов лечения больных с неотложными хирургическими заболеваниями живота. Способ КМХЛ заключался в следующем. Первоначально выполнялся эндовидеолапароскопический этап, в ходе которого выполнялась ревизия и санация брюшной полости, хирургические манипуляции (холецистэктомия, аппендэктомия, ушивание перфоративного отверстия), при необходимости определялась проекция для минилапаротомного доступа. Минилапаротомный этап осуществлялся с помощью набора инструментов «Мини-Ассистент» для устранения причины острой хирургической патологии: - при остром деструктивном холецистите, осложненным механической желтухой и холангитом – холецистэктомия, санация и дренирование желчевыводящих путей, при наличии показаний проводилась интраоперационная фиброхоледохоскопия; - при остром осложненном панкреатите – оментобурсоскопия, санация и дренирование абсцесса сальниковой сумки или парапанкреатической флегмоны; - при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки – ушивание перфоративного отверстия, санация и дренирование брюшной полости; - при остром аппендиците – аппендэктомия, удаление червеобразного отростка, дренирование брюшной полости. Заключительным этапом являлась окончательная эндовидеолапароскопическая санация и дренирование брюшной полости. Результаты. Для определения эффективности разработанного способа КМХЛ пациентов с неотложными хирургическими заболеваниями живота проведена оценка результатов лечения больных в 4 группах. Основными общепринятыми показателями эффективности разработанного способа КМХЛ являются количество и характер осложнений, продолжительность пребывания в стационаре и в отделении реанимации и интенсивной терапии, уровень летальности. В основной группе больных с острым осложненным панкреатитом осложнения возникли у 14,9% пациентов, в группе сравнения - у 31,1%. Среди больных, оперированных с применением комбинированного миниинвазивного хирургического лечения летальность составила 12,9%, а в группе с открытым

хирургическим лечением - 31,4%. Применение способа КМХЛ улучшает результаты лечения больных с острым холециститом, осложненным механической желтухой и холангитом. Из 69 больных лишь у 2 произошли осложнения в послеоперационном периоде (5,12%), продолжительность такого лечения в среднем составила: в отделении реанимации $2,3 \pm 3,22$ койко-дня, а в стационаре $12,2 \pm 5,63$ койко-дня. В одном случае наступила смерть от причин не связанных непосредственно с оперативным лечением. В группе больных с перфоративной пилородуоденальной язвой происходит первоначальное накопление опыта, но уже видны преимущества данного способа лечения перед традиционным, которое заключается в уменьшении сроков выздоровления: средний койко-день в реанимации $1,2 \pm 0,52$, а в стационаре $7,2 \pm 3,22$. В группе больных с острым аппендицитом отмечено одно осложнение в виде нагноения послеоперационной раны в области извлечения червеобразного отростка (3,1%). Летальности отмечено не было. Продолжительность способа КМХЛ в среднем составила: в стационаре $3,54 \pm 1,63$ койко-дня. Проведенная сравнительная оценка результатов лечения больных с неотложными хирургическими заболеваниями живота выявила явные преимущества способа КМХЛ по сравнению с открытыми методами. Применение данного способа приводит не только к уменьшению количества осложнений и пребыванию пациента, как в отделении реанимации, так и в стационаре, но и к снижению летальности. Заключение. Рациональная последовательность применения эндовидеолапароскопических и миналапаротомных оперативных вмешательств позволяет обеспечить адекватный объем хирургического вмешательства и тем самым избежать открытого традиционного хирургического лечения больных с неотложными хирургическими заболеваниями брюшной полости. Невысокий процент осложнений и летальности после срочных хирургических операций с использованием миниинвазивных технологий демонстрирует целесообразность данной тактики лечения. Новые технологии и рациональная хирургическая тактика в хирургическом лечении пациентов с неотложными хирургическими заболеваниями брюшной полости улучшают сроки лечения и сокращают сроки пребывания больного в хирургическом стационаре. Можно констатировать их высокую эффективность, малую травматичность и экономическую выгоду.

105. Конверсия в минимально инвазивной хирургии желчевыводящих путей

Тимербулатов В.М., Гарипов Р.М., Сагитов Р.Б.

Уфа

ГБОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет" Минздрава Российской Федерации

Актуальность. С развитием миниинвазивной хирургии появился новый термин - конверсия. Важным показателем эффективности минимально инвазивных операций на желчевыводящих путях является частота конверсий на открытое оперативное вмешательство. Цель исследования. Ретроспективный анализ результатов лечения патологии желчевыводящих путей с использованием видеолaparоскопической (ВЛ) и миналапаротомной (МЛ) технологий. Материалы и методы. ВЛ операции в Республике Башкортостан выполняются с 1993 года, МЛ - с 2004 года. В основу работы положен опыт лечения 9448 больных с патологией желчевыводящих

путей с 2005 по 2015 год в клинике хирургии, базирующейся при ГБУЗ МЗ РБ "Больница Скорой медицинской помощи г.Уфы". В общем числе оперированных больных мужчин было 1348 (14,3%), женщин - 8100(85,7%). По возрасту: до 30 лет -199(2,1%), 30-40лет -480(5,1%),41-50-1870(19,8%),51-60-3348(35,4%) , 61-70 - 2904(30,7%),старше 70 лет -647(6,8%). ВЛ операции произведены 2967(45,8%),МЛ -6481(54,2%). Результаты и обсуждение. МЛ операции предостав- ляющие хирургу большой оперативный простор, не требующие специальных навыков позволяли выполнять адекватное оперативное пособие при осложненном течении ЖКБ,наличии противопоказаний для выполнения ВЛ вмешательств, холедохолитиазе, синдрома Мирризи,необходимости наложения билио-дигестивных анастомозов,ряде выявленной врожденной патологии и др. Учитывая использование МЛ при наличии ряда осложненного течения патологий желчевыводящих путей процент конверсий составил всего 0,4% (38 больных), при использовании ВЛ - 3,2%(302 больных). Выводы.Представленный материал показывает, что на сегодняшний день ВЛ и МЛ технологии сосущест- вуют на вполне конкурентной основе и использова- ние МЛ позволяет значительно снизить количество конверсий по сравнению ВЛ технолгией в хирургии желчевыводящих путей.

106.БОЛЕЗНЕТВОРНАЯ ФЛОРА ПРИ ПИОПНЕВМОТОРАКСЕ И ЕЁ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ

Лопатенко Д.Э.

Харьков

Харьковский национальный медицинский университет

Несмотря на значительные успехи пульмонологии в последние десятилетия, достигнутые благодаря совершенствованию организации медицинской помощи, развитию фармакологии и совершенствованию медицинского оборудования, проблема оказания медицинской помощи больным с острыми гнойными неспецифическими деструкциями легких является одной из сложнейших в пульмонологии. Актуальность данного вопроса обусловлена высоким уровнем летальности, тяжестью и длительностью течения. [Eur . J. Cardiothorac. Surg. - 2004. - Vol.26. - P. 503-507]. Одним из самых грозных осложнений данных заболеваний является пиопневмоторакс. Важное место в развитии пиопневмоторакса принадлежит возбудителям гнойного процесса. Видовой состав в последние десятилетия претерпел значительные изменения в связи с широким применением антибактериальных средств. Цель работы: определить видовой состав микрофлоры при пиопневмотораксе, а также установить чувствительность микробиоты к антибактериальным средствам. Материалы и методы: Нами были обследованы 109 пациентов с пиопневмотораксом . Для исследования были отобраны пациенты, у которых на момент поступления были исключены специфические причины пиопневмоторакса (туберкулез, рак и др.). Материалом для бактериологических исследований был плевральный экссудат, полученный из плевральной полости в первые сутки поступления больного в стационар пункционным методом. Посевы инкубировали в течение 18-20 часов при температуре 37°С, определения чувствительности к антибактериальным препаратам производилось диско - диффузным методом. Результаты и их обсуждение: В анализе плевральной жидкости преобладали грамположительные бактерии, среди которых наиболее часто высевали: Streptococcus epidermidis, Streptococcus pneumoniae

(наибольшую чувствительность проявили к цефалоспорином третьего поколения (цефоперазон), фторхинолонам (гatifлоксацин, левофлоксацин)), *Staphylococcus aureus* (наибольшую чувствительность проявили к комбинированным препаратам карбапенема с ингибитором дигидропептидазы (тиенам), комбинированным препаратам пенициллинов и ингибитора β -лактамаз (клафоран), фторхинолонам (ципрофлоксацину)). Второе место по частоте выявления занимают грамотрицательные микроорганизмы, среди которых преобладали *Pseudomonada aeruginosa* (наибольшая чувствительность к комбинированным препаратам карбапенема с ингибитором дигидропептидазы (тиенам), комбинированным препаратам цефалоспоринов третьего поколения и ингибитора β – лактамаз), реже – *Escherichia Coli*, *Enterobacter spp.* У части обследованных больных (10,1 %) выявлены патогенные грибы рода *Candida* (были чувствительны к амфотерицину В и слабо чувствительны (27,3 % штаммов) к производным имидазола). Патогенные грибы встречались как в ассоциации с другими микроорганизмами (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus epidermidis*, *Pseudomonada aeruginosa*), так и самостоятельно (36,7%). У 10 больных были обнаружены полирезистентные штаммы *Pseudomonada Aeruginosa* . Выводы: согласно деэскалационной тактике, до получения результатов бактериологического исследования для стартовой антибактериальной терапии у больных пиопневмотораксом можно рекомендовать следующие схемы антибиотикотерапии: 1. комбинированным препаратам цефалоспоринов третьего поколения и ингибитора β - лактамаз или комбинированный препарат пенициллинов и ингибитора β - лактамаз + фторхинолоны (гatifлоксацин, левофлоксацин) + амфотерицин В. 2. комбинированный препарат пенициллинов и ингибитора β - лактамаз + препарат карбапенема с ингибитором дигидропептидазы + амфотерицин В. Данные комбинации максимально перекрывают спектр выявленных нами возбудителей пиопневмоторакса, к ним чувствительны более 96 % обнаруженных нами микроорганизмов.

107. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ АБДОМИНАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА

Скопин М.С., Зубань О.Н., Решетников М.Н., Плоткин Д.В.

Москва

Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулёзом Департамента здравоохранения г. Москвы

Высокое распространение ВИЧ-инфекции сопровождается увеличением числа случаев туберкулёза, особенно его генерализованных форм. При этом особую актуальность приобретает проблема абдоминального туберкулёза (АТ), который в половине случаев сопровождается осложнениями, требующими неотложного хирургического вмешательства. Диагностика АТ из-за сходства клинических проявлений с другими неспецифическими заболеваниями органов брюшной полости чрезвычайно затруднена. Решающее значение в дифференциальной диагностике АТ, помимо чисто визуализационных методов (УЗИ, МСКТ брюшной полости) имеет видеолапароскопия. С помощью лапароскопических методик возможна не только визуальная оценка патологического процесса в брюшной полости, но и возможность получения перитонеального экссудата и биопсия брюшины и паренхиматозных органов (печень, лимфатические узлы) с последующей морфологической и бактериологической верификацией. В период с 2010 по 2015 гг. в нашей

клинике выполнено 236 лапароскопий (174 экстренных – 73,7%, 62 плановых – 26,3%). Плановое лапароскопическое исследование проводилось у пациентов с целью дифференциальной диагностики между туберкулёзным мезаденитом, туберкулёзом кишечника и брюшины с канцероматозом, лимфопролиферативными заболеваниями, отёчно-асцитическим синдромом при хронических заболеваниях печени и неспецифических поражениях кишечника (болезнь Крона). Экстренная лапароскопия выполнялась при подозрении на перфорацию туберкулёзных язв кишечника и другую urgentную хирургическую патологию у больных с туберкулёзом лёгких. При проведении лапароскопии у больных с АТ находили просовидные высыпания на париетальной брюшине, а также серозной оболочке тонкой и толстой кишки, капсуле печени и селезенки, большом сальнике. В 68,1% случаев АТ обнаруживали увеличенные контурируемые мезентериальные лимфатические узлы. С целью морфологической и бактериологической верификации выполняли щипцовую биопсию данных высыпаний, возникающее кровотечение из зоны биопсии останавливали с помощью электрокоагуляции. При гистологическом исследовании в 73,4% случаев выявляли туберкулёзную гранулёму, а при люминесцентной микроскопии и посевах – микобактерии туберкулёза. В остальных наблюдениях (26,6%) выявляли метастазы аденокарциномы, лимфогранулематоз, саркоидоз, хронический гепатит или цирроз печени, что позволяло вовремя начать этиотропную специфическую терапию или передать пациента на лечение онкологам. В экстренных ситуациях диагностическая лапароскопия позволила выявить прикрытую перфорацию туберкулёзных язв кишечника, перфорации гастродуоденальных язв, острый аппендицит, первичный туберкулёзный перитонит (со скудной клинической картиной), что также позволило оптимизировать сроки и доступ для экстренного оперативного лечения. Таким образом, видеолапароскопия является наиболее информативным и окончательным методом диагностики АТ и дифференциальной диагностики его с другими заболеваниями органов брюшной полости.

108.Краткосрочные образовательные циклы в преподавании эндохирургии

Совцов С.А.,Фокин А.А.,Пряхин А.Н.,Газизуллин Р.З.

Челябинск

ГБОУ ВПО "Южно-Уральский государственный медицинский университет" Минздрава России

В настоящее время идет активное обсуждение внедрения новых форм непрерывного медицинского образования путем реализации коротких циклов (16-72 часа) повышения квалификации. Приоритетом в проведении подобных циклов является существенный акцент на освоение новых практических знаний и умений. Особенно это важно у врачей мануальной направленности (хирурги, акушер-гинекологи, урологи, офтальмологи и др.). Реализация подобных образовательных программ должна осуществляться на циклах с использованием кредитно-модульных форм обучения. Серьезным прогрессом во внедрении этих циклов является издание приказа Минздрава России от 29.08.2015 г. № 599 « Об организации в подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации образовательных и научных организациях подготовки медицинских работников по дополнительным профессиональным программам с применением образовательного сертификата». На основании этого документа теперь каждый

врач-специалист становится обладателем учебного сертификата, оплата которого будет осуществляться через Фонд обязательного медицинского страхования. Это с одной стороны, дает возможность главному врачу лечебного учреждения выступать в роли заказчика по обучению своего специалиста тем диагностическим и лечебным технологиям, которые необходимы для данной конкретной больницы. С другой стороны, врач-специалист может самостоятельно выбрать и конкретное учебное заведение и конкретные практические навыки и умения, которые он бы хотел освоить и использовать в своей клинической практике. Получение необходимых знаний для своей практической работе лучше реализуется при модульной форме обучения, когда рассматривается одна конкретная хирургическая патология или вид ее лечения. Модуль составляется так, чтобы врач-специалист четко представлял себе: а) что он должен знать и уметь после изучения содержания модуля; б) как он сможет достичь этих знаний и умений; в) как будет доказывать наличие у него этих знаний и умений. Основной задачей проведения краткосрочных циклов: является овладение новыми практическими навыками, которые необходимы для конкретного специалиста. Практические навыки врача имеют два уровня достижений: базовый (минимальный объем) и продвинутый (расширенный объем). Наша кафедра хирургии ФДПО Южно-Уральского государственного университета определила перечень краткосрочных (продолжительностью 36 часов) циклов повышения квалификации включающих в себя обучение эндохирургии в рамках овладения базовых (FLS) и продвинутых практических эндохирургических навыков : лапароскопические аппендэктомия, герниопластика, холецистэктомия. Базовый уровень освоения новых практических навыков осуществляется, как правило, в тех областях медицины, которые ранее не могли использоваться в больнице, чаще всего из-за отсутствия необходимого оборудования и аппаратуры, например, эндохирургической. В каждом модуле имеется теоретическая (6 часов) и практическая часть (30 часов). Практические занятия полностью проводятся либо в университетском Центре симуляционных образовательных технологий, либо в операционных или других подразделениях клиники. Например, при обучении практическим навыкам по базисным основам эндохирургии занятия проводятся с использованием учебных тренажеров ЛапСим и ЛапВП, с помощью которых осваиваются такие приемы, используемые в эндохирургии брюшной полости как: координация работы инструмента и лапароскопа , бимануальная координация инструментов , работа ножницами, наложение эндопетли и др. Все эти упражнения полностью сопряжены с международной учебной программой FLS (Fundamentals of Laparoscopic Surgery), которая широко распространена во многих странах мира и все содержащиеся в ней упражнения имеют высокий уровень валидации. Особенностью проводимого модульного обучения является то, что на овладение конкретного навыка на всех циклах не выделяется определенное количество учебного времени. Навык будет осваиваться до тех пор, пока обучающийся им не овладеет до уровня его применения в своей клинической практике. В основе проводимого обучения лежит дискретность проведения циклов . Так же на заключительном этапе обучения проводится итоговое тестирование с использованием как федеральных тестовых программ, так и кафедральных. Требуется дальнейшего решения такой важной задачи для непрерывного медицинского образования – осуществление обратной связи с врачом-хирургом, прошедшим обучение.

109.РЕЗУЛЬТАТЫ ЦИТОРЕДУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ БИЛОБАРНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ.

Козлов А.М., Ткачев М.В., Каганов О.И., Козлов С.В.

Самара

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», Самара, Россия

Цель работы: изучить результаты и обосновать применение радиочастотной термоабляции (РЧА) в лечении больных с множественными билобарными метастазами колоректального рака (КРР) в печени. Материалы и метод. В программу исследования вошли 168 пациентов с билобарными множественными метастазами КРР в печени. В основную группу (n = 78) вошли больные, которым выполнялись циторедуктивные операции с РЧА метастазов в печени. Больным контрольной группы (n=90) выполнялась только операция по удалению первичной опухоли без хирургического воздействия на метастатические очаги в печени. Всем пациентам в последующем проводилась химиотерапия по схеме FOLFOX. Для сравнительной оценки результатов лечения проводилось исследование общей и безрецидивной выживаемости. Сравнительный анализ результатов лечения проводился в основной и контрольной группах так же и по общехирургическим показателям. Результаты исследования. Выполнение РЧА метастазов в печени при циторедуктивном хирургическом лечении значительно не повлияло на увеличение объема интраоперационной кровопотери, длительность операции, частоту возникновения послеоперационных осложнений по сравнению с группой больных, которым выполнялось циторедуктивное удаление первичной опухоли без воздействия на метастатические очаги. В свою очередь показатели трехлетней безрецидивной выживаемости в основной группе достигли 11% по сравнению с контрольной группой, где были получены лишь одногодичные результаты - 6,0%, а пятилетние показатели общей выживаемости в основной группе достигли 2%, тогда как в контрольной группе были достигнуты лишь трехлетние показатели - 14%. (p=0,005) Кривые безрецидивной и общей выживаемости в группах исследования различались значительно. Вывод. Таким образом выполнение радиочастотной термоабляции множественных билобарных метастатических образований колоректального рака в печени при циторедуктивных операциях не ухудшает ближайшие результаты хирургического лечения, при этом значительно улучшает безрецидивную и общую выживаемость, по сравнению с пациентами, которым проводилась операция без воздействия на метастатические очаги.

110.Миниинвазивные операции при неорганных образованиях брюшной полости и забрюшинного пространства

Кригер А.Г., Сон А.И., Берелавичус С.В.

Москва

ФГБУ "Институт хирургии им. А. В. Вишневского" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Миниинвазивные вмешательства (лапароскопические и робот-ассистированные) являются альтернативными методиками удаления неорганных образований (НО). В литературе описаны единичные случаи выполнения робот-ассистированных и лапароскопических операций при НО брюшной полости и забрюшинного пространства. Цель исследования: создание концепции рационального использования миниинвазивных технологий в хирургическом лечении НО брюшной полости и забрюшинного пространства. Материалы и методы В исследование включено 58 пациентов, оперированных в период с 2009 по 2014 год по поводу НО брюшной полости и забрюшинного пространства (лимфангиома, липома, липосаркома, шваннома, параганглиома, киста брюшины, тератома, лейомиосаркома, бронхогенная киста, энтерогенная киста) . В группу робот-ассистированных операций (РАО) вошло 26 человек, лапароскопических операций (ЛО) – 12, традиционных операций (ТрО) – 20 пациентов. Группы сравнимы по ($p > 0,05$) половому составу, размеру образования, клинической симптоматике, количеству и тяжести сопутствующих заболеваний, наличию сдавления и прорастания окружающих органов, индексу массы тела. Результаты Достоверных различий между группами не получено ($p > 0,05$) по длительности операции и мобилизационного этапа, послеоперационного койко-дня, нахождению в реанимационном отделении, объему кровопотери, количеству интра- и послеоперационных осложнений, повторных вмешательств, необходимости гемотрансфузии. Достоверные различия (р

111.Антеградная баллонная холангиопластика рубцовых поражений желчных протоков и билиодигестивных анастомозов

Гайнулин Ш.М., Баранов Г.А., (1), Шевченко В.П., (2), Налетов В.В., (1), Зинатулин Д.Р. (1,2), Умяров Р.Х. (2), Редькина М.А. (2)

Москва

1ГБУЗ «Городская клиническая больница № 5 ДЗМ», Москва, 2. ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность: Рубцовые структуры желчных протоков являются осложнением заболеваний или повреждений органов гепатопанкреатобилиарной зоны. На долю ятрогенных повреждений приходится более 90% стриктур желчных протоков. Наибольшее число ятрогенных повреждений возникает при холецистэктомии, операциях на поджелудочной железе, желудке, 12 перстной кишке. Учитывая рост заболеваемости и более активное применение методов миниинвазивного лечения желчекаменной болезни, отмечается рост больных с рубцовыми поражениями желчных протоков с 0,1-1% при «открытой» холецистэктомии и до 3% при лапароскопической холецистэктомии. Реконструктивные и восстановительные операции на желчных протока являются достаточно сложными вмешательствами, сопровождающимися до 20% осложнений, высокой послеоперационной летальностью (по данным некоторых авторов от 10 до 25%), а процент рецидива стриктур составляет до 20%. После эндоскопического стентирования рубцовых стриктур пластиковыми конструкциями больному требуются замены билиарных стентов каждые 2 месяца. Также известно, что эндоскопическое бужирование и баллонирование стриктур сопровождается высоким числом рецидивов, которое достигает 50% . Цель: Улучшить результаты

лечения больных с рубцовыми поражениями желчных протоков и билиодигестивных анастомозов с применением методов интервенционной радиологии. Материалы и методы: Оценены результаты лечения 15 больных с рубцовыми стриктурами желчных протоков, которым выполнена антеградная чрезкожная чрезпеченочная баллонная холангиопластика. Возраст пациентов составил от 29 до 82 лет. Среди больных преобладали женщины – 11 (73%). Средний возраст составил 68 ± 21 год. Рубцовая стриктура терминального отдела холедоха вследствие желчекаменной болезни наблюдалась у 4 (27%) больных; рубцовые стриктуры (Бисмут-1) после холецистэктомии – 2 больных (13%); первичный склерозирующий холангит – 2 (13%); рубцовая стриктура терминального отдела холедоха после ЭПСТ – 4 (27%); рубцовая стриктура гепатикоэнтероанастомоза – 2 (13%), рубцовая стриктура общего печеночного протока – 1 больной (7%). Сочетание рубцовых поражений и холангиолитиаза наблюдалось у 5 пациентов. Методика вмешательства: под УЗИ контролем выполняется пункция долевого протока иглой Chiba. Затем выполняется антеградная холангиография для определения локализации протяженности структуры. Под рентгенологическим контролем в режиме реального времени в просвет желчных протоков устанавливается проводник COOC Lunderkvist с проведением за стриктуру; по проводнику Lunderkvist вводится баллон – дилататор диаметром 10 мм и длиной на 40 мм больше протяженности стриктуры. Центр баллона должен располагаться по центру стриктуры. С помощью инжектора высокого давления в баллоне создается поэтапно давление от 4 атм до 12 атм с шагом в 2 атм и временем экспозиции 5 минут; после достижения заданного давления в 12 атм задается время экспозиции баллона – 15 минут. По истечении времени экспозиции баллон извлекается и по проводнику COOC Lunderkvist устанавливается проксимально над стриктурой дренаж COOC Dawson - Mueller диаметром 10.2 Fr. Через 3 суток выполняется холангиография для контроля проходимости протоковой системы и дренаж извлекается. После этого через сутки пациент может быть выписан из стационара. Результаты: Средний предоперационный срок составил 5 койко-дней. Продолжительный предоперационный койко-день связан с трудностями диагностики генеза блока желчеоттока и необходимостью исключать онкологический характер поражения. Продолжительность оперативного лечения составила 102 ± 18 минут (продолжительность операции связана со временем экспозиции баллона-дилататора). Продолжительность лучевой нагрузки 28 ± 11 минут. Суммарная доза лучевой нагрузки 2865 ± 575 мкЗв. Интраоперационная кровопотеря составила от 20 до 60 мл (объем кровопотери связан со степенью выраженности коагулопатии на фоне механической желтухи и печеночной недостаточности). Длительность нахождения в отделении реанимации в послеоперационном периоде не превышала 2-х койко-дней. Осложнений и летальных исходов не наблюдалось. Отмечено 2 случая неэффективной баллонной холангиопластики. Так, у пациентки с рубцовой стриктурой холедоха после лапароскопической холецистэктомии потребовалась повторная холангиопластика через 8 недель после первичной операции (по описанной методике) с оставлением временной наружно-внутренней холангиостомы. Другой случай – больная с рубцовым поражением после ранее выполненной ЭПСТ. Ей выполнена повторная холангиопластика через 2 недели после первичной операции по описанной методике с достижением эффекта. Результаты лечения прослежены в данной группе пациентов в срок до 30 месяцев после баллонной холангиопластики. Рецидивов рубцевания не выявлено. Заключение: Чрезкожная чрезпеченочная баллонная холангиопластика является технически выполнимым вмешательством у больных рубцовыми структурами желчных протоков и билиодигестивных анастомозов различной этиологии, обладающая всеми преимуществами миниинвазивных вмешательств и являющаяся альтернативой традиционным методам лечения. Баллонная холангиопластика приводит к восстановлению адекватной проходимости желчных протоков, эффективность которой прослежена на протяжении до 2,5 лет.

112.ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПОДАВАНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В КЛИНИКЕ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ

Топчиев М. А., Паршин Д. С., Кчибеков Э. А.

Астрахань

ГБОУ ВПО Астраханский ГМУ МЗ РФ

Широкое распространение видеоэндохирургических операций, используемых по показаниям, приносит несомненную пользу больным, а так же открывает перспективы профессионального роста в выбранной специальности. Все это требует упорядочения преподавания эндоскопической хирургии, создания единого стандарта преподавания эндоскопической хирургии, разработки единого отечественного учебного пособия по эндоскопической анатомии и оперативной эндоскопической хирургии, рассчитанных на различный уровень образования. Одной из основных задач учебных центров является разработка и методическое сопровождение этапа приобретения базовых навыков на симуляторах. В Астраханском ГМУ основы эндоскопической хирургии (инструментарий, оборудование, эндоскопическую анатомию и основы оперативной техники) преподаются студентам на кафедрах оперативной хирургии и топографической анатомии, показания, противопоказания и оперативная техника при той или иной типовой патологии – на профильных хирургических кафедрах. Новейшие эндоскопические оперативные методики, новые технические решения, аппаратно-инструментальные комплексы – в системе последипломного образования. В 2013 году в Астраханском ГМУ создан симуляционный Центр, который базируется в клинике общей хирургии АГМА – ГБУЗ ГKB №3, основного лечебно-профилактического учреждения, оказывающего экстренную хирургическую помощь населению г. Астрахани. Создание Центра являлось результатом сотрудничества Астраханского ГМУ, кафедры эндоскопической хирургии ФДПО МГМСУ и фирмы «Olympus». Основной целью его создания явилось эффективное воспроизводство высококвалифицированных научно-педагогических и лечебно-практических кадров, закрепление молодежи в сфере науки, образования и инноваций, проведения научно-исследовательских работ и повышения качества хирургической помощи населению. Центр оснащен современными виртуальными и механическими тренажерами, которые позволят молодым хирургам освоить базисные методики эндоскопической хирургии. Разработанный лекционный курс и учебно-методическое обеспечение позволяет в полном объеме усвоить методики эндохирургии. Одной из уникальных, для нашего региона, является возможность осуществления лекций и мастер-классов по эндохирургии режиме on-line. С марта 2013 года в Центре прошли стажировку по эндоскопической хирургии 48 курсантов, а так же 86 клинических ординаторов и интернов. Одной из основных задач при обучении является создание новых психомоторных хирургических навыков. Обучающий модуль состоит из трех частей: I. Tips and tricks – советы и рекомендации по выполнению упражнений с учетом операционной практики. II. Hands- on – непосредственный тренинг. III. Contest training – мини-зачет определяющий степень освоения конкретного практического навыка. С целью определения эффективности обучения практическим навыкам на виртуальном и механическом тренажерах все обучающиеся были разделены на три рандомизированные группы. В первой (n=30) - обучение происходило на

механических тренажерах (боксах), во второй (n=30) – на виртуальном тренажере с обратной связью (ЭНСИМ – Б.ЛПР.01) в третьей (n=30), обучение проходило на двух видах тренажеров. В данных группах тренинг осуществлялся в течение 2-х часов в течение 4-х дней. Эндоскопические навыки оценивались по разработанной бальной системе. В результате исследования выявлены некоторые различия между группами, в общем, времени и полученных баллах необходимых для выполнения определенных задач. При использовании виртуального тренажера обучающиеся показали лучшие показатели по калибровке симулятора, принципах выбора и быстрой смены виртуальных устройств, навыках работы с эндоскопом с разным углом наклона оптики, особенностям работы с педалями коагулятора. В группе с механическими тренажерами при оценке навыков лучшие показатели оказались по различным методам наложения швов и амбидекстральной технике владения инструментом. Наилучшие показатели оказались в третьей группе обучающихся. Таким образом, в процессе обучения необходимо комбинировать различные симуляторы используя преимущества обоих методов. Заимствование зарубежного опыта полезно и необходимо, однако, необходима разработка и собственных, отечественных, адаптированных методик и форм обучения эндоскопической хирургии. Недопустимое затягивание с решением данной проблемы грозит серьезным отставанием в развитии отечественной эндоскопической хирургии. Создание серьезной научно-практической базы, опоры из технически и теоретически подготовленных специалистов, будет способствовать широкому внедрению современных сложных эндоскопических методик в широкую практику.

113. Сравнительное исследование травматичности открытой и лапароскопической мануально-ассистированной техники на прямой и ободочной кишке у больных с избыточной массой тела.

Хитарьян А.Г.(1,2), Провоторов М.Е.(1), Глумов Е.Э.(3), Карпова И.О.(1), Мурлычев А.С.(1)

Ростов-на-Дону

1) НУЗ ДКБ на ст. Ростов-Главный "ОАО РЖД" 2) Ростовский государственный медицинский университет 3) ГБУ РО "Онкологический диспансер" г.Ростов-на-Дону

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения общемировая заболеваемость колоректальным раком составляет 20,3 случаев на 100000 населения, а смертность – 9,6 случаев на 100000 населения. Аналогичные показатели для Российской Федерации составляют 23,8 и 15,2 соответственно, что определяет четвертое место колоректального рака по частоте возникновения и второе место как причину смерти. Ведущим методом лечения больных колоректальным раком остается хирургический. В последние десятилетия активно пропагандируется выполнение видеоэндоскопических операций. Дискутабельным остается вопрос выполнения малоинвазивных вмешательств у больных раком прямой кишки на фоне ожирения, в пожилом и старческом возрасте. Выполнение лапароскопических операций у этой категории больных имеет ряд недостатков, таких как неудобство маневра, трудности визуализации анатомических ориентиров, удлинение продолжительности вмешательства. Этих недостатков лишена технология видеомануально-ассистированных операций, что определяет научный интерес к сравнительному анализу травматичности открытой и лапароскопической мануально-ассистированной передней резекции

прямой кишки. На современном уровне оценки травматичности операции необходимо использовать многопараметрический анализ особенностей хода операции и развития интраоперационных осложнений. Цель. Сравнительная оценка травматичности открытой и лапароскопической мануально-ассистированной передней резекции прямой кишки в боковой и спинальной позиции. Материалы и методы. Критериями включения больных в исследование были: опухоли либо ворсинчатые полипы левой половины толстой и прямой кишки T0-3, N1-2 Mx. В исследование были включены 156 больных (94 женщины и 62 мужчины) в возрасте от 27 до 92 лет с индексом массы тела (ИМТ) от 23 до 35 кг/м². Все больные были разделены на две группы: в 1 группе (n=71) пациентам выполняли лапароскопические мануально-ассистированные операции, а во 2 группе (n=85) – открытые операции. Больные двух групп были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести основного заболевания, локализации опухолевого поражения, сопутствующей патологии. Для сравнительной оценки травматичности вмешательств наряду с оценкой времени операции, объема кровопотери, интраоперационных осложнений, учитывались изменения содержания в крови стрессовых гормонов и гормонов метаболизма. Результаты. При анализе параметров, характеризующие травматичность операции было выявлено, что у больных 1-й группы по сравнению со 2-й группой отмечена значительно меньшая интраоперационная кровопотеря, особенно у лиц с ИМТ более 30 кг/м². Достоверное различие объема интраоперационной кровопотери было выявлено как у пациентов с операциями на ободочной, так и на прямой кишке. Известно, что мануально-ассистированная видеоэндоскопическая техника отличается от лапароскопической сокращением времени операции. При сравнении динамики изменения уровня стрессовых гормонов крови у пациентов во время вмешательств на ободочной кишке установлено, что у больных 1-й группы прирост уровней кортизола и ТТГ к концу операции был достоверно меньше по сравнению с пациентами 2-й группы (p

114. Использование лапароскопического мануально-ассистированного комбинированного доступа при операциях на левой половине ободочной и прямой кишки у пациентов со сложной хирургической анатомией.

Хитарьян А.Г.(1,2), Провоторов М.Е.(1), Глумов Е.Э.(3), Велиев К.С.(1), Карпова И.О.(1), Мурлычев А.С.(1)

Ростов-на-Дону

1) НУЗ ДКБ на ст. Ростов-Главный "ОАО РЖД" 2) Ростовский государственный медицинский университет 3) ГБУ РО "Онкологический диспансер" г.Ростов-на-Дону

Актуальность. Рак толстой кишки занимает четвертое место в мире в структуре онкологической заболеваемости. Ежегодно в мире регистрируют более 800000 новых случаев выявления колоректального рака. Заболеваемость колоректальным раком составляет 56,4 -58 на 100 000 населения. Пятилетняя выживаемость составляет примерно 60 % в развитых странах и менее 40 % в государствах с ограниченными ресурсами. В последние годы стремительно развивается хирургическая колопроктология. При соблюдении онкологических принципов оперирования нет достоверных различий между показателями выживаемости, частоте отдаленных метастазов и качества жизни при лапароскопических и открытых вмешательствах. Многоцентровые

исследования демонстрируют эффективность лапароскопических вмешательств сопоставимую с традиционной «открытой» хирургией. Однако не во всех случаях возможно выполнить хирургическое вмешательство лапароскопическим методом. К таким случаям относят: ожирение ИМТ (индекс массы тела) >30 кг/м², узкий таз, особенно у мужчин, низкая локализация опухоли - до 10 см от входа в анальный канал, а так же при значительном укорочении брыжейки тонкого и толстого кишечника, высокой фиксации селезеночного изгиба ободочной кишки и интимной фиксации к селезенке, плохой подготовке кишечника при частичной кишечной непроходимости, больших размерах опухоли, при выраженном перифокальном воспалении. Цель. Разработать оптимальную методику удаления опухолей левой половины ободочной и прямой кишки у пациентов со сложной хирургической анатомией и изучить особенности периоперационного периода. Материалы и методы. С 2012 по 2014 г.г. в хирургическом отделении НУЗ «До-рожная клиническая больница на ст. Ростов-Главный ОАО «РЖД» по поводу опухолей левой половины ободочной и прямой кишки со сложной анатомией данной области прооперирован 71 пациент. Им выполнена разработанная в клинике методика лапароскопической мануально-ассистированной операции. Пациенты в зависимости от ИМТ разделены на 2 группы до 30 кг/м² – в первой подгруппе и больше 30 кг/м² – во второй. В 1 группе состояло 52 пациента (73,2%), 2 группе 19 (26,8%). Показанием к операции считали: опухоль нисходящей, сигмовидной и прямой кишки Т1-3 N0-2 M0, опухоли средне- и нижеампулярного отдела прямой кишки Т4 M0. Результаты. Наибольшая кровопотеря составила 282 мл у пациента с экстирпации прямой кишки. Наименьшая - 70,5 мл в случае операции на левой половине ободочной и сигмовидной кишке и верхне-ампулярном отделе прямой кишки. По времени операции наибольшее потребовалось при экстирпации прямой кишки и составило 321,9 минуты. Наименьшее 151,2 минуты при выполнении операции на левой половине ободочной и сигмовидной кишке и верхне-ампулярном отделе прямой кишки. Длительность восстановления эвакуаторной функции кишечника (появление самостоятельного стула) достоверно меньше было в первой группе у пациентов не зависимо от ИМТ. Выводы. Представленная техника лапароскопической мануально-ассистированной операции в боковой и спинальной позиции при удалении опухолей левой половины толстого кишечника оптимальна у пациентов со сложной хирургической анатомией. Эффективность предложенной малоинвазивной техники у больных с опухолями левой половины толстого кишечника доказана низкой кровопотерей во время операции, коротким периодом восстановления моторно-эвакуаторной функции кишечника.

115. Опыт преподавания навыков эндовидеохирургии на животных.

Тимербулатов В.М., Сибяев В.М., Сагитов Р.Б., Фаязов Р.Р., Тимербулатов Ш.В., Гарипов Р.М.

Уфа

Башкирский государственный медицинский университет

Применение современных сложных технологий требует от хирурга владения особыми мануальными и визуальными навыками, приобретение которых возможно лишь в результате длительных тренировок. Наибольшую популярность в последние годы приобретают лапароскопические симуляторы: наиболее простые, коробочные и сложные, основной

составляющей таких симуляторов представляют различной степени сложности компьютерные программы. Важным элементом овладения лапароскопических навыков, безусловно, является и ассистирование на операциях, в ходе которых ассистентом также выполняются определенные несложные манипуляции. И, наконец, еще один способ достижения эндовидеохирургического мастерства, кстати, не только начинающими, но и эндохирургами с определенным запасом умения при овладении новыми более сложными операциями, является работа с животными в экспериментальной операционной. Условия, практически не отличающиеся от операций на человеке: схожая анатомия, живые ткани, возможность возникновения естественных осложнений (кровотечение, перфорация органов и т.п.) придают этому виду тренинга особую ценность и целесообразность. Опыт такой учебы владеют ряд клиник нашей страны и зарубежья. Цель. Внедрение в учебно- методический процесс кафедры хирургии с курсом эндоскопии ИПО БГМУ миниинвазивных операций на животных. Материал и методы. Экспериментальная операционная была организована на базе вивария Башкирского государственного медицинского университета. Имевшийся виварий был дополнительно оборудован эндовидеохирургическим комплексом с набором инструментов. Кроме специального эндохирургического инструментария необходим также набор общехирургических инструментов, марлевого, шовного материала для оперирования открытым способом. Это необходимо в случаях конверсии, а также для отработки техники оперирования традиционным доступом начинающими хирургами. Также для работы в экспериментальной операционной потребуется комплект операционной одежды: халатов, масок, необходимых как для отработки навыков асептики и защиты персонала от инфекции. Животные доставлялись из свиноводческого совхоза. Целесообразно начинать освоение эндохирургии с освоения техники лапароскопической холецистэктомии, поскольку этой операции давно и по праву присвоен статус «золотого стандарта». Все технические особенности, возможные интраоперационные осложнения досконально изучены и подробно описаны в специальной литературе. В условиях экспериментальной операционной проводились занятия с врачами-курсантами на циклах по эндоскопии, эндохирургии и миниинвазивной хирургии. Всего было проведено за два года 8 циклов занятий по освоению навыков диагностической лапароскопии и эндохирургии, обучено 86 врачей- курсантов, клинических ординаторов и аспирантов кафедры. Слабым звеном обучения миниинвазивной хирургии на животных является недостаточная техническая оснащенность, поскольку приобретение инструментария и оборудования производилось по остаточному принципу, т.е., в основном, старым, не всегда полностью исправным инструментом и аппаратурой. Выводы. 1. Освоение навыков эндовидеохирургии в условиях экспериментальной операционной на животных может составить альтернативу обучению на симуляторах, поскольку, несмотря на определенные недостатки, позволяют создать условия оперирования, максимально приближенным к таковым у человека. 2. Кроме навыков эндохирургических такая методика обучения позволяет отработку навыков любой операции и манипуляции «открытой» хирургии. 3. Операции на животных целесообразна и для подготовки врачей- анестезиологов для овладения навыков обеспечения различных способов анестезии.

116.Опыт лечения пациентов с острым калькулезным холециститом, осложненным острым панкреатитом.

Мамонтов С.М. (1), Ионов С.А. (1), Остроухов Н.Ф.(1), Малюк А.И.(1), Демко В.И. (1), Чумаков П.А.(2), Романчук С.В. (1)

Омск

1) БУЗОО Городская клиническая больница №1 им. А.Н. Кабанова 2) ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет»

Актуальность: Теории желчной гипертензии при остром холецистите и панкреатите уделяли большое внимание: Пиковский Д.Л., Гальперин Э.И.; внедрение декомпрессивной хирургии - лапароскопической, черезпеченочной и прямой пункции желчного пузыря с лечебной целью (Березов Ю.Е. 1977г., Буянов В.М. 1985г., Дедерер Ю.М. 1983г., Королев Б.А., Климов Ю.С. 1983г., Гостищев В.К. 1987г.). Было установлено, что ведущим в патологии острого холецистита и панкреатита, является острая гипертензия, на почве которой развиваются все осложнения. Инфекция, конечно имеет большое значение, но только в условиях гипертензии. Необходимо обращать внимание на увеличение диаметра гепатикохоледоха в предоперационном периоде, что имеет немаловажное практическое значение, что свидетельствует о нарушении оттока желчи в кишечник, что является следствием патологических изменений (холедохолитиаз, рубцовая стриктура, папиллит, хронический или острый панкреатит). Одновременное деструктивное поражение желчного пузыря и поджелудочной железы, в последнее время встречается все чаще. Анатомо-физиологические основы такого поражения: тесные связи кровеносной и лимфатической системы, содружественное участие органов в пищеварительном процессе, запускается одним и тем же гормоном (холецистокинин – панкреозимин). Так же в патогенезе, немаловажную роль играет единая система выводных протоков, открывающихся в двенадцатиперстную кишку. Частым вариантом осложнения острого холецистита, является отечная форма панкреатита, не требующая хирургического лечения. Частота данного осложнения 8 – 21 % (Т.Еллы 1984г.). В ряде случаев именно в нем причина умеренной желтухи, а так же деструктивный панкреатит 3 – 5 % (Кочнев Ю.В. 1971г.). Главным признаком гипертензии желчевыводящих протоков, является их расширение. Желчную гипертензию обнаруживают чаще, чем механическую желтуху, особенно при остром холецистите. В большинстве случаев первично поражается желчный пузырь или желчевыводящие протоки с сопутствующим реактивным отеком поджелудочной железы, который может трансформироваться в некроз со всеми вытекающими последствиями. Поэтому декомпрессивное дренирование пузырного протока, является абсолютным показанием и для снятия билиарной и панкреатической гипертензии (М.Куһе и D.Dorner 1982г., Королев Б.А. и Пиковский Д.Л. 1984г., 1985г.). Цель: Сформировать алгоритм оказания помощи пациентам с острым деструктивным холециститом, осложненным острым панкреатитом. Материалы и методы: Производилась оценка оказания помощи, 32 пациентам с вышеуказанной патологией. Исследование проводилось на базе Хирургического отделения №1 БУЗОО ГКБ №1 им. А.Н.Кабанова, г.Омск. Пациенты, поступающие в хирургический стационар по неотложной помощи, проходили ряд стандартных обследований, включающих общий анализ крови, общий анализ мочи, диастаза мочи, биохимический анализ (с учетом билирубина, общего белка, трансаминаз, азотистых шлаков и электролитов), ЭКГ, сахар крови, ацетон мочи, группы крови, УЗ - исследование органов брюшной полости. Так же в обязательном порядке производилось МСКТ-органов брюшной полости с в/в контрастированием, с целью оценки состояния органов гепатобилиарной системы, а также состояния поджелудочной железы. В исследовании участвовали пациенты с наличием деструктивного холецистита (размеры желчного пузыря больше 100 мм, стенка больше 2 мм, с наличием перивезикального отека), острого панкреатита в не зависимости от его формы и деструктивных изменений в поджелудочной железе. Лечение

выполнялось в несколько этапов: 1 этап: Пациенту выполнялась диагностическая видеолaparоскопия с оценкой состояния желчного пузыря. У всех пациентов, участвующих в исследовании, желчные пузыри были или в стадии флегмонозного воспаления с обтурацией конкрементами на уровне его шейки, или в стадии гангренозного. Учитывая подобные находки, декомпрессивная холецистостомия не решит проблемы. Т.к. при выполнении холецистостомии у пациентов с обтурационным холециститом, воспаление в пузыре уменьшится, но не будет выполнено главное условие, при наличии острого панкреатита - декомпрессия билиарного тракта. В связи с чем, выполнялась видеолaparоскопическая холецистэктомия с последующим дренированием холедоха, ч/з культю пузырного протока с использованием мочеточникового стента Ruch № 7 или 8. Как в предоперационном периоде, так и после него, пациенту вводились антибиотики с широким спектром действия, ингибиторы протонной помпы, инфузионная терапия с использованием кристаллоидных растворов, блокаторы секреторной функции поджелудочной железы. Фото 2 этап: На втором этапе, пациент продолжал получать инфузионную терапию. Проводился ежедневный контроль за отделяемым по холедохостоме. На 7 сутки - выполнялась контрольная МСКТ-ОБП, с оценкой состояния поджелудочной железы, а так же степень выраженности билиарной гипертензии. При условии, что купированы проявления панкреатита, переходили к третьему этапу. 3 этап: На 7 - 10 сутки пациенту выполнялась фистулохолангиография. В зависимости от количества отделяемой желчи, решался вопрос о начале "тренировки стомы". "Тренировка стомы" - включала в себя ежедневное перекрытие холедохостомической трубки: 1е сутки - на 2 часа, 2е - на 12 часов, 3е - на 24 часа. Важно учесть, что при появлении боли, трубка открывалась досрочно. При условии, что после тренировки стомы, не возникало никаких осложнений (боль в правом подреберье после пережатия дренажа, нарастание уровня билирубинемии), последняя удалялась. Через сутки, после удаления стомы пациент выписывался. Следует дополнить, что если у пациента, причиной острого холецистита и панкреатита, послужил холедохолитиаз, то последний этап дополняется проведением ЭРХПГ, до удаления холедохостомы. Выводы: Вышеуказанная многоэтапная методика, позволяет добиться максимального эффекта от лечения. А так же предупредить, прогрессирование деструктивных изменений в поджелудочной железе.

117.ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЦИДИВНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ТАКТИКЕ ИХ ВЫЯВЛЕНИЯ

Мукантаев Т.Е.

Актау, Республика Казахстан

ГКП на ПХВ «Мангистауская областная больница»

Материал и методы. Были изучены клинические, макроморфологические и диагностические данные у 74 больных с рецидивным эхинококкозом. Всего было обследовано 709 пациентов в сроки $58 \pm 73,6$ (от 2 до 367) месяцев после хирургического лечения эхинококкоза печени. Пациенты были ретроспективно разделены на две группы: первая – пациенты (n=13), у которых рецидив был верифицирован в результате активного комплексного обследования в послеоперационном периоде; вторая (n=61) – пациенты, рецидив заболевания у которых был

выявлен без регулярного обследования. Результаты. Установлено, что преимущественно рецидивные кисты локализовались в печени, однако, в 33,8% случаев обнаруживаются кисты и вне печени, в том числе и органах грудной полости. В сроки до 3 лет у большинства пациентов с рецидивным эхинококкозом рецидивные кисты были выявлены при ультразвуковом мониторинге, что уже делает малоактуальным необходимость проведения иммуноферментного анализа (ИФА) в первые годы после операции. Существенное клиническое значение использование ИФА имеет лишь для исключения рецидива болезни при отсутствии визуализируемых кист при лучевых методах исследования позже 2-3 лет после оперативного лечения. Регулярные инструментальные исследования с интервалом в 6 месяцев позволили выявить рецидив заболевания в сроки $17,8 \pm 18,0$ месяцев после операции, причем выявленные кисты имели минимальные размеры $4,8 \pm 2,1$ см и соответствовали, как правило, CL-типу по классификации ВОЗ (редко - CE1-типу). При этих характеристиках кист есть возможность выбора наиболее оптимальной тактики лечения в каждом конкретном случае (выжидательная тактика, консервативное лечение, чрескожные пункционные методы и т.д.). Рецидивные кисты, выявленные без регулярного обследования, имели большие размеры, а значительная часть из них были CE2, CE3, CE2 и CE5 типов, что значительно сужает возможность выбора лечебной тактики. Выводы. Ранняя диагностика рецидива эхинококкоза печени актуальна. При активной тактике выявления рецидивного эхинококкоза диагностированные кисты имеют малые размеры. Использование ИФА для прогнозирования развития рецидива актуально в сроки 2-3 лет после оперативного лечения.

118.Робот-ассистированные вмешательства в хирургическом лечении инсулин-продуцирующих нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы

Кригер А.Г., Берелавичус С.В., Смирнов А.В., Калдаров А.Р., Дугарова Р.С., Ильичева В.С., Зверева А.С.

Москва

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» МЗ РФ

Введение. Инсулин-продуцирующие нейроэндокринные опухоли (инсулиномы) поджелудочной железы (ПЖ) - относительно редки и встречаются не более чем в 4 случаях на 1 млн. населения в год. Несмотря на это, социальная значимость заболевания высока, что обусловлено преимущественным поражением лиц трудоспособного возраста и тяжелым инвалидизирующим течением. Современная доктрина хирургического лечения инсулином ПЖ заключается в стремлении к минимальной травматичности вмешательств. Предпочтение должно быть отдано лапароскопическому или робот-ассистированному способу выполнения вмешательства. Преимущество лапароскопического доступа доказано в нескольких рандомизированных клинических исследованиях и одном мета-анализе. Исследований, посвященных оценке преимуществ робот-ассистированного способа выполнения операций при органическом гиперинсулинизме, в доступной литературе нам найти не удалось. Материалы и методы. В Институте хирургии им. А.В. Вишневского за период с января 2011г. по ноябрь 2015 года в связи с инсулиномами ПЖ оперировано 39 пациентов, из них 19 пациентов оперировано робот-

ассистированным способом. Объем робот-ассистированных вмешательств был следующий: у 8 больных выполнена дистальная резекция поджелудочной железы, у 2 - резекция головки поджелудочной железы, у 6 - энуклеация инсулиномы, у 2 - срединная резекция поджелудочной железы и у одного пациента - панкреатодуоденальная резекция. Особенностью выполнения данных хирургических вмешательств стало то, что во всех наблюдениях с целью окончательной топической диагностики интраоперационно выполнялось лапароскопическое УЗИ. Результаты. У всех пациентов в результате лечения достигнут стойкий клинический эффект в виде отсутствия эпизодов гипогликемии за время нахождения в стационаре. Среднее время операции составило 199,7 мин. Интраоперационная кровопотеря в среднем составила 381,2 мл. Послеоперационный койко-день в среднем – 13,93. Осложнения развились у 6 больных (30%). Структура послеоперационных осложнений следующая: у всех 6 пациентов развился панкреатический свищ, тип А по ISGPS, и у одного пациента развилась нижнедолевая пневмония. У всех пациентов отслежены отдаленные результаты. Медиана наблюдения составила – 18 мес. Рецидивов гипогликемических состояний не было ни у одного пациента. Заключение. Минимально-инвазивные способы хирургического лечения инсулин-продуцирующих нейроэндокринных опухолей ПЖ должны иметь приоритет. В нашей работе показано, что применение роботического комплекса позволяет добиться хорошего клинического эффекта при минимальном уровне послеоперационных осложнений.

119. Результаты робот-ассистированных и лапароскопических резекций селезенки по поводу непаразитарных кист селезенки

Кригер А.Г., Берелавичус С.В., Смирнов А.В., Дугарова Р.С., Горин Д.С.

Москва

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» МЗ РФ

Введение. Непаразитарные кисты селезенки являются достаточно редким заболеванием. Наиболее часто причиной для обследования и последующего оперативного лечения при кистозных образованиях селезенки является болевой синдром. Также длительное время считалось, что все непаразитарные кистозные образования селезенки, превышающие в размерах 5 см, должны быть оперированы в связи с высоким риском развития осложнений. Однако данное утверждение по результатам последних исследований подвергается сомнению. В случае необходимости хирургического лечения приоритет отдается органосохраняющим методикам. Причины тому – это признание селезенки главным органом иммунной системы и данные исследований о последствиях спленэктомии в виде повышения частоты развития различных инфекционных процессов, увеличения числа тромбозов, легочной гипертензии, более быстрого прогрессирования атеросклероза. Миниинвазивное органосохраняющее хирургическое лечение непаразитарных кист селезенки включает чрезкожные пунктирно-дренирующие вмешательства под УЗ-контролем, лапароскопическую фенестрацию кист, лапароскопическую (ЛС) резекцию селезенки, а в последнее время и робот-ассистированную (РА) резекцию селезенки. Чрезкожные вмешательства связаны с высокой частотой рецидивов, по сообщениям ряда авторов, достигающей 100%. Лапароскопическая фенестрация также сопряжена с риском

рецидива по данным разных исследований от 22 до 64%. Лучшие результаты обеспечиваются при радикальном удалении непаразитарных кист селезенки при ее резекции. Материал и методы. Изучены непосредственные результаты выполнения резекций селезенки у 21 больного. Лапароскопическим доступом оперировано 11 пациентов, РА способом - 10. У всех пациентов показаниями к хирургическому лечению являлся стойкий болевой синдром. Группы больных были сопоставимы по своим демографическим характеристикам и массе тела. Размер кистозных образований был статистически значимо больше в группе РА операций (8,44 см. vs. 5,9 см.; $p=0,043$). Распределение по классам операционного риска согласно шкале ASA в разных группах значимо не отличалось. В РА группе трем больным выполнены одномоментные хирургические вмешательства по поводу неорганической забрюшинной опухоли (фиброма), солидной псевдопапиллярной опухоли хвоста поджелудочной железы и хронического холецистита в объеме удаления неорганической забрюшинной опухоли, дистальной резекции поджелудочной железы и холецистэктомии соответственно. Результаты. Продолжительность операции значимо в сравниваемых группах не отличалась и составила в среднем 124 минуты при РА вмешательствах и 120 минут при ЛС. Кровопотеря оказалась достоверно ниже ($p=0,035$) в группе РА резекции селезенки и составила в среднем 122,2 мл, тогда как при ЛС она была 215 мл. В одном случае при РА вмешательстве была выполнена спленэктомия в связи с выраженными техническими трудностями при остановке паренхиматозного кровотечения, а так же в связи с наличием в противоположном полюсе селезенки нескольких мелких кистозных образований. Конверсий в РА группе не было. При ЛС резекциях селезенки в одном наблюдении была произведена конверсия по причине интенсивного паренхиматозного кровотечения. В послеоперационном периоде после РА операций осложнений не было. После ЛС вмешательств развилось два осложнения (16,6%). В одном наблюдении был диагностирован левосторонний гидроторакс, потребовавший однократной плевральной пункции, а в другом сформировалось жидкостное скопление в области края резекции селезенки, по поводу которого проводилось пункционно-дренажное лечение под УЗ-контролем. В обеих группах не было случаев развития послеоперационного кровотечения, инфаркта селезенки или постспленэктомической инфекции. Продолжительность пребывания в стационаре после оперативного вмешательства в исследуемых группах не отличалась и составляла 7,1 и 6,4 койко-дня при РА и ЛС вмешательствах соответственно. Летальных исходов не было. Заключение. Представлен первый в России опыт успешного выполнения РА операций при непаразитарных кистах селезенки. Преимущество роботической технологии перед лапароскопическим вариантом заключается в более высокой прецизионности вмешательства. Данное обстоятельство позволяет успешно выполнять при помощи роботического комплекса органосохраняющие операции на селезенке в трудных случаях, при больших размерах кисты и сложной её локализации. Полученные результаты позволяют продолжить более глубокое изучение данной технологии.

120. ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ЭХИНОКОККОЗ: ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

Ахмедов И.Г., Патахов С.П., Абдуллаев А.М.

Махачкала

ГБОУ ВПО "Дагестанская государственная медицинская академия МЗ РФ"

Материал. За последние годы мы наблюдали 5 случаев первичного эхинококкоза, при которых поражение органов носило генерализованный характер. Кисты локализовались в обеих легких, печени и селезенке, у отдельных пациентов – и в почках. Число кист не подлежало счету и имели примерно одинаковые характеристики: малые размеры, как правило, не более 4 см, С1 или (редко) СЕ1-типа (по ВОЗ). Все пациентки были молодыми женщинами 6, 22, 23, 27 и 30 лет. Диагноз верифицирован при комплексном обследовании, включая УЗИ, ИФА, а также КТ или МРТ. Результаты. Одна пациентка 23 лет была прооперирована, однако удаление части кист легкого не решило проблему лечения больной. В последующем она получила 3 курса лечения Альбендозолом. Остальным трем пациенткам проведено только медикаментозное лечение. Во всех случаях имело место положительная динамика. Более эффективной оказалась тактика предварительного медикаментозного лечения с последующим решением вопроса о необходимости хирургического или малоинвазивного вмешательства в отношении отдельных кист со слабой динамикой. Наблюдение за леченными кистами продолжается, ухудшение клинической ситуации не наблюдалось ни в одном случае. В двух случаях женщины родили здоровых детей, заболевание при этом не прогрессировало. Установлено, что топография эхинококковых кист в легких и печени в долгосрочной динамике несколько меняется, что необходимо учитывать при сравнительной оценке редукции отдельных кист. На фоне медикаментозного лечения и после нее динамика редукции каждой из кист существенно различается. Для эхинококковых кист легких по сравнению с эхинококковыми кистами печени характерно более интенсивная динамика размеров и деструктивных изменений. Прикорневые кисты легких на фоне лечения, как правило, подвержены прорыву в бронх и откашливанию хитиновой оболочки. Выводы. При генерализованном эхинококкозе с малыми размерами кист оптимальной является тактика предварительного медикаментозного лечения с последующим решением вопроса о необходимости хирургического или малоинвазивного вмешательства в отношении отдельных кист со слабой динамикой. Для оценки устойчивости положительной динамики развития генерализованного эхинококкоза на фоне и после медикаментозного лечения необходимо наблюдение в течение не менее 5 лет.

121.Первый опыт лапароскопических радикальных операций при раке желудка.

Мошуров И.П., Фонштейн М.С., Летников Б.А.,Дмитриев В.П.,Здобников В.Б., Ниникашвилли Л.В.,Иванова Н.К.

Воронеж

БУЗ ВО ВОКОД, Кафедра онкологии ИДПО ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

В данных тезисах представлен анализ нашего опыта лапароскопических операций при раке желудка. Пациентам выполнялись гастрэктомии, либо субтотальные дистальные резекции желудка. Анализируется опыт 16 операций выполненных за 12 месяцев 2015 года. Введение. Начало лапароскопических операций на желудке положено в 1991 году в Японии / S.Kitano /. Первые радикальные лапароскопические операции по поводу рака желудка в нашем ЛПУ были

выполнены лишь в 2014 году. За 12 месяцев 2015 года прооперировано 16 пациентов с использованием видеолапароскопических технологий. Полученные результаты позволяют говорить о известных преимуществах лапароскопических методик, а так же акцентировать внимание на полученных осложнениях, которые отражают прежде всего итоги начального этапа внедрения методики. Материалы: За 12 месяцев 2015 года выполнено 16 оперативных вмешательств, в основном, по поводу рака желудка. Оперировано 10 мужчин и 6 женщин, возраст пациентов от 36 до 74 лет. Средний индекс масс тела не превышал 30, и не был менее 20. У 6 пациентов выполнена гастрэктомия с эзофагоэнопластикой по Ру с лимфодиссекцией D2. 8 пациентам выполнена субтотальная дистальная резекция с лимфодиссекцией D2. У одного пациента выполнено комбинированное вмешательство -гастрэктомия +резекция ободочной кишки. Одному пациенту выполнена парциальная резекция желудка по поводу гастроинтестинальной стромальной опухоли. Операции выполнялись с использованием 4-5 троакаров (3 – 12мм и 2 – 5 мм). Мобилизация и лимфодиссекция проводилась с использованием УЗ-диссектора «Sonicion». Все крупные артерии и вены клипировались. ДПК пересекалась шивающим аппаратом «GIA Universal» синей кассетой – 60 мм. Погружение степлерного шва не выполнялась. Объем лимфодиссекции D2. Формирование анастомозов эзофаго-энтеро и гастро-энтеро проводилось линейными шивающими аппаратами «GIA Universal». Окно доступа ушивалось эндокорпорально нитью «V-Loc» 3/0. Все операции заканчивались дренированием подпеченочной области. Удаление препаратов проводилось через лапаротомный разрез 7-8 см длиной в левой подвздошной области. Результаты: По результатам ПГИ стадии заболевания распределились следующим образом – IA-4, IIA-2, IIB-2, IIIA-4, IIIB-1, IIIC-1. Один пациент прооперирован по поводу гастроинтестинальной стромальной опухоли. Местнораспространенной формы рака желудка имели 6 пациентов (pT3 или N+). Гистологическая картина: Аденокарцинома была у 12 пациентов, у 3 пациентов перстевидноклеточный рак. Длительность первых операций -300-360 минут, последние вмешательства продолжались около 200 минут. Случаев конверсии не было. Интраоперационная кровопотеря не превышала 150 мл. Лимфодиссекция D2 выполнена у всех пациентов кроме двух пациентов -оперированных по поводу НЭО и гастроинтестинальной стромальной опухоли. Средний послеоперационный день-11,8 (8 к/д-22 к/д). Осложнения которые потребовали повторных вмешательств: У 2 пациентов выполнена релапароскопия по поводу внутрибрюшного кровотечения в первые сутки после операции- возможно, результат применения низкомолекулярных гепаринов в первые часы после операции. Объем повторного вмешательства- санация и дренирование брюшной полости. Источника кровотечения не найдено. Объем кровопотери -1000-1200 мл. Рецидива кровотечения не было. Одна релапароскопия выполнена на 5 сутки после операции по поводу микронесостоятельности культи ДПК- дефект ушит лапароскопически. Один пациент прооперирован по поводу локального тромбоза тонкого кишечника, в первые сутки после операции, на фоне острой почечной недостаточности –произведена резекция некротизированного фрагмента тонкого кишечника. Заключение: - Использование видеоэндоскопических методик для радикального лечения рака желудка повсеместно не стало стандартом, но полученные результаты свидетельствуют о возможностях обсуждаемого метода. - Трудности освоения метода в начальный период кривой обучения неизбежны, и могут быть преодолены только по мере накопления опыта операционной бригадой. - Использование релапароскопии в большинстве случаев позволило справиться с полученными осложнениями, что не привело к увеличению п/о койко-дня, сохраняя малоинвазивный характер вмешательства.

122.Лапароскопическая гистерэктомия при злокачественных новообразованиях матки и придатков.

Онищенко С.В., Дарвин В.В., Добалюк А.В.

Сургут

БУ ВО Сургутский ГУ, БУ ХМАО-Югры "Сургутская ОКБ"

Цель. Изучить ближайшие результаты гистерэктомия при злокачественных новообразованиях матки и придатков при использовании лапароскопической технологии. Материалы и методы. С использованием цифровой оптики высокого разрешения нами было выполнено 57 лапароскопических вмешательств при злокачественных новообразованиях матки и придатков: при раке тела матки I ст. – 15, II – 9, IIIA - 5; при раке шейки матки I ст. – 10, Tis – 7; при раке яичников I ст. – 3, IIA – 3, пограничных опухолях – 5. Возрастной диапазон пациенток составил от 35 до 72 лет, средний возраст – $57,4 \pm 10,6$ лет, при раке шейки матки средний возраст был наименьший – $44,0 \pm 4,9$, наибольший у женщин с патологией яичников – $68,1 \pm 2,2$, при раке эндометрия – $61,4 \pm 6,7$ лет. Дооперационное обследование включало рекомендуемый стандарт клинко-лабораторных и инструментальных методов исследований для плановых оперативных вмешательств и соответствующее обследование по онкопатологии (УЗИ, МРТ, ЭФГДС, ФКС, цито- и гистологическое исследование биопсийного материала, определение уровня опухолевых маркёров). Антибиотикопрофилактику проводили в соответствии с данными бактериального мониторинга стационарной микрофлоры, профилактику ТЭО – в соответствии с Национальным стандартом РФ. У всех пациенток основным этапом операции являлась тотальная лапароскопическая гистерэктомия (лишь у двоих она сопровождалась сохранением и транспозицией яичников в забрюшинное пространство). Дополнительно резекция большого сальника была выполнена у 13 (22,8%) женщин, лимфаденэктомия – у 14 (24,6%). При выполнении тазовой ЛАЭ во всех случаях старались визуализировать и сохранить тазовые ветви вегетативной нервной системы. Удаление матки и других удаляемых тканей осуществляли через влагалище. Культю последнего ушивали 2-3 Z-образными швами. Перитонизацию культ влагалища не производили. После дополнительного гемостаза, операцию завершали дренированием полости малого таза одним дренажем. Результаты. Всего послеоперационные осложнения наблюдались у 6 (10,5%) человек. Чаще имело место повреждение мочевого пузыря – у 3 (5,3%) женщин. У одной из них повреждение было выявлено во время операции и было ушито лапароскопически, двоим другим были выполнены лапаротомии на 2-е сутки. Послеоперационные стриктуры мочеточников с нарушением пассажа мочи были выявлены на 2-е сутки послеоперационного периода при выполнении контрольного УЗИ органов малого таза у 2 (3,5%) пациенток, что потребовало наложения им чрезкожной пункционной нефростомии. У 1 (1,7%) больной развилось внутрибрюшинное кровотечение из повреждённой а. epigastrica inferior при постановке порта в левой подвздошной области. Кровотечение было остановлено наложением П-образной лигатуры через все слои брюшной стенки. Расстройств функции тазовых органов, а также осложнений гнойно-воспалительного характера не наблюдалось. Тромбэмболических осложнений у данной категории больных не отмечалось. Летальных исходов не было. Продолжительность госпитального периода составила $8+ 2,5$ койко-дней. Заключение. Таким образом, лапароскопические технологии при строгом соблюдении показаний, технологических и технических принципов позволяют добиться удовлетворительных ближайших результатов хирургического лечения злокачественных новообразований матки и придатков.

123. Возможности эндоскопического лечения острого билиарного панкреатита, ассоциированного с острым холангитом

Дибиров М.Д.(1), Домарев Л.В.(2), Ивлев В.П.(2), Свитина К.А.(2), Шитиков Е.А.(2)

Москва

1) МГМСУ им. А.И. Евдокимова МЗ РФ 2) ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗ г. Москвы

Актуальность темы. Острый билиарный панкреатит, ассоциированный с острым обтурационным холангитом, остается довольно редкой, но крайне актуальной клинико-диагностической проблемой. Указанные патологические процессы являются тяжелым осложнением желчнокаменной болезни (холедохолитиаза) в 95% наблюдений, изолированных рубцовых стриктур терминального холедоха в 3,5% наблюдений и сочетанием указанной выше патологии в 1,5% наблюдений. Пусковым механизмом развития острого холангита, ассоциированного с острым билиарным панкреатитом, является постепенно нарастающая или внезапно возникающая обструкция терминального холедоха с нарушением пассажа желчи в 12ПК, инфицированием желчи, критическим повышением давления в ампуле БДС и главном панкреатическом протоке с повреждением паренхимы поджелудочной железы. Эндоскопическая декомпрессия общего желчного и панкреатического протоков, выполненная в экстренном порядке, при остром билиарном панкреатите ведёт к санации желчного дерева и снижению давления в главном панкреатическом протоке с обрывом каскада патологических реакций. Цель исследования. Оценить эффективность проведения эндоскопической декомпрессии билиарного дерева и главного панкреатического протока при остром билиарном панкреатите в условиях стационара экстренной медицинской помощи. Материалы и методы. С ноября 2013 г. по декабрь 2015 г. в эндоскопическом отделении ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого у 34 больных с клинико-инструментальной картиной острого билиарного панкреатита по экстренным и срочным показаниям была выполнена эндоскопическая декомпрессия билиарного дерева и главного панкреатического протока. Показаниями к ретроградной эндоскопической декомпрессии у указанных больных явились клиническая и УЗ-картина острого билиарного панкреатита, лабораторные изменения (гипербилирибунемия выше 40 мкмоль/л, гиперамилаземия более 500 ЕД), эндоскопическая картина острого вклинения желчного конкремента в ампуле БДС. Вмешательство было выполнено 14 мужчинам (41,2%) и 20 женщинам (58,8%). По этиологии у 18 (52,9%) пациентов причиной острого билиарного панкреатита и холангита явился изолированный холедохолитиаз, у 6 (17,7%) пациентов – рубцовая стриктура терминального отдела холедоха без холедохолитиаза, у 10 (29,4%) пациентов имелось сочетание рубцовой стриктуры терминального отдела холедоха и холедохолитиаза. Результаты. У всех 34 больных по экстренным и срочным показаниям в течение 24-48 часов с момента поступления была выполнена дуоденоскопия, успешная канюляция, контрастирование общего желчного протока и эндоскопическая папиллотомия (ЭПТ). После ЭПТ у всех больных выполнена инструментальная ревизия билиарного дерева, у 28 больных завершена холедохолитоэкстракцией. В 6 наблюдениях диагноз холедохолитиаз не был подтвержден, причиной билиарной и панкреатической гипертензии явилась рубцовая стриктура терминального холедоха (папиллостеноз). У 6 больных с

эндоскопической картиной вклиненного конкремента БДС выявлены признаки обтурационного гнойного холангита, у 4 вмешательства завершено установкой назобилиарного дренажа. В 18 наблюдениях выявлена эндоскопическая картина фибринозного холангита, не потребовавшая дополнительного дренирования билиарного дерева при адекватном сбросе контраста при контрольной холангиографии. У 5 больных по поводу неудовлетворительного сброса контраста после ЭПТ выполнена установка пластикового полипропиленового стента диаметром 8,5-10 Fr длиной 4-6 см. Панкреатическая декомпрессия после ЭПТ достигнута у 30 пациентов путем успешной канюляции главного панкреатического протока струной-проводником и установкой пластикового полипропиленового стента диаметром 5 Fr и 7 Fr длиной 3-5 см. У 2 больных ЭПТ осложнилась кровотечением умеренной интенсивности, потребовавшего коагуляционного и инъекционного гемостаза, от поиска устья главного панкреатического протока ввиду формирования плотного коагуляционного струпа решено было воздержаться. У 2 пациентов после ЭПТ, ревизии холедоха и литоэкстракции после многочисленных попыток устье ГПП канюлировать не удалось. Больным после проведенного эндоскопического вмешательства в условиях реанимационного и палатного отделений проводилась инфузионно-дезинтоксикационная, антисекреторная, антибактериальная терапия. В течение 24-48 часов после эндоскопической декомпрессии у 33 больных отмечена положительная клинико-инструментальная картина в виде ослабления и купирования болевого синдрома, резкого снижения уровня α -амилазы, нормализация УЗ-картины. В результате повторных эндоскопических вмешательств в течение 5-7 дней в 30 наблюдениях панкреатический стент был удален, в 4 наблюдениях назобилиарного дренирования НБД был удален и выполнена повторная ревизия билиарного дерева, у 2 больных после контрольной холангиографии и ревизии был удален стент холедоха, все 33 пациента в течение 10-14 дней после первичной декомпрессии были выписаны с регрессией клинической картины. У 1 больной с инструментальной картиной одиночного холедохолитиаза, папиллостеноза, острого билиарного панкреонекроза экстренная ретроградная декомпрессия выполнена спустя 16 часов после поступления путем санации желчного дерева, однако канюлировать устье ГПП ввиду умеренного отека области ЭПТ не удалось. Через 8 часов после эндоскопического вмешательства была выполнена лапароскопическая санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости, при которой отмечена картина геморрагического панкреонекроза. Несмотря на проводимую терапию на фоне острой почечно-печеночной недостаточности, септикотоксемии больная на 7 сутки умерла. Выводы. Эндоскопическая ретроградная декомпрессия билиарного дерева и главного панкреатического протока, выполненная в ранние сроки острого билиарного панкреатита, ассоциированного с острым обтурационным холангитом, является малоинвазивным и безопасным методом лечения и эффективно устраняет причины рецидивирования острого билиарного панкреатита. Декомпрессия главного панкреатического протока путем стентирования пластиковым стентом после ЭПТ выполняема в большинстве случаев и резко снижает частоту прогрессирования острого билиарного панкреатита в панкреонекроз.

124.Лапаро-торакоскопическая операция при кардиоэзофагеальном раке.

Аллахвердян А.С., Анипченко С.Н., Фролов А.В., Воленко И.А.

Москва

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

В 2015 г. в Московском областном научно-практическом центре "Видеоэндоскопическая и малоинвазивная хирургия" при кардиоэзофагеальном раке выполнено 18 операций лапароскопическим доступом комбинированным с правосторонней торакоскопией. Представлена видеозапись операции, выполненной 09.09.15 г. 56 летнему мужчине по поводу рака проксимального отдела желудка с распространением на нижнегрудной отдел пищевода и ножки диафрагмы. Лапароскопический этап включал мобилизацию желудка и кардии с резекцией ножек диафрагмы, удаление обоих сальников, лимфодиссекцию, включая нижнее средостение, мобилизацию нижнегрудного отдела пищевода, резекцию проксимального отдела желудка, резекцию нижнегрудного отдела пищевода. Второй этап операции - видеоторакоскопия справа в положении больного на левом боку. Выполнялась мобилизация пищевода до уровня дуги непарной вены с медиастинальной лимфодиссекцией. На этом этапе выполнялась ререзекция пищевода и формирование двухрядного "ручного" пищеводно-желудочного анастомоза на уровне бифуркации трахеи и выше. Мобилизация больного в первые сутки после операции. Начало энтерального питания на 4-е сутки. Осложнений не было. Гистологически - низкодифференцированная аденокарцинома прорастающая все слои, в 48 исследованных лимфатических узлах метастазов не выявлено. Выписка из стационара - на 7-е сутки после операции. Проведено 4 курса полихимиотерапии. Через 3 месяца - без признаков рецидива заболевания.

125. Дифференцированный подход к выбору способа коррекции грыж пищеводного отверстия диафрагмы

Галимов О.В., Ханов В.О., Зиангиров Р.А., Сайфуллин Р.Р., Занега В.С.

Уфа

Клиника ГБОУ ВПО «БГМУ» Минздрава России

В настоящее время широкое обсуждение получили вопросы тактики ведения пациентов с ГЭРБ на фоне скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (СГПОД), являющейся основной причиной заболевания. Развитие медицинской техники способствовали повышению эффективности антирефлюксных вмешательств в результате широкого внедрения видеоэндоскопических технологий, так как радикальным методом коррекции патологического рефлюкса, несмотря на появление новых медицинских препаратов, остается хирургический. При обсуждении современных подходов к хирургии рефлюкс-эзофагита во главу угла ставится, прежде всего, восстановление функционального состояния пищеводно-желудочного перехода и создание антирефлюксного барьера. В Клинике БГМУ за прошедший год выполнено 89 лапароскопических операции по поводу СГПОД. Осложненное течение заболевания в виде пептического эзофагита с явлениями эрозирования и изъязвления, развития рубцовых изменений нижней трети пищевода и эпизодов кровотечений в анамнезе отмечено у 6 (6,7%) пациента, при этом у 3 (3,4%)

диагностирован пищевод Баррета. Инструментальное обследование пациентов включало стандартный набор обследований пищевода-желудочного перехода по общепринятым методикам, основными из которых считали эндоскопическое и рентгенографическое. На дооперационном этапе считали необходимым для адекватного выбора этапов операции и способов коррекции определение диаметра пищевода отверстия диафрагмы (ПОД). Для этого дополнительно при инструментальном обследовании проводили измерение ПОД во время ультразвуковой баллонографии. Разработанный в клинике способ хорошо зарекомендовал себя в клинической практике и на сегодняшний день является обязательным при постановке диагноза. Планирование и выполнение этапов зависело от степени расширения ПОД. Выполнение корригирующей операции при СГПОД включало в себя антирефлюксный этап и этап пластики пищевода отверстия диафрагмы. Кроме дооперационных данных о степени расширения ПОД, нами интраоперационно выполнялось измерение пищевода отверстия с помощью разработанного нами устройства, представляющее собой инструмент диаметром 5 мм для видеоэндоскопических операций с выдвигающейся линейкой. Инструмент позволяет объективизировать любые измерения во время выполнения миниинвазивных вмешательств. Практически всегда антирефлюксный этап заключался в наложении полной фундопликационной манжеты по методике Nissen. Этап пластики пищевода отверстия диафрагмы считали показанным при расширении пищевода отверстия более 3,5см. При определении диаметра пищевода отверстия диафрагмы менее или равном 3,5см, мы считали достаточным выполнение антирефлюксного этапа без пластики ПОД. При расширении пищевода отверстия от 3,5 до 5 см осуществлялась диафрагмокрурорафия в 16 (17,9%) наблюдениях. В случае если диаметр ПОД превышает 5 см наложение лигатурных швов на ножки диафрагмы приводит к прорезыванию этих швов из-за избыточного натяжения, смещению манжеты в заднее средостение и возможному рецидиву заболевания. Либо при захвате в шов больших порций мышечной ткани диафрагмы возможно развитие стойкой дисфагии в послеоперационном периоде. В таких случаях нами у 10 (11,2%) пациента выполнена протезирующая пластика ПОД сетчатым эксплантатом. Протез укладывался в виде вставки, либо по всей окружности ПОД с четким контролем формируемого отверстия для пищевода с помощью разработанного устройства. Фиксация эксплантата производилась как лигатурными швами, так и с помощью герниостеплеров. Таким образом, всего выполнение коррекции ПОД понадобилось 26 (29,1%) больным. При сочетании ГПОД с другой абдоминальной патологией, требующей хирургической коррекции, выполнялись симультанные вмешательства. Наиболее часто сочетанные вмешательства наряду с коррекцией кардии включали холецистэктомию (23), удаление доброкачественных опухолей яичников (12), рассечение связки Трейтца (10), висцеролиз (7). Интраоперационные осложнения диагностированы у 2 (2,2%) больных. Ранние послеоперационные осложнения, непосредственно связанные с антирефлюксными процедурами, диагностированы у 5 пациентов (5,6%). Наиболее частым ранним послеоперационным осложнением стала преходящая дисфагия – 3 (3,4%). Реактивный серозный плеврит имел место в 1 (1,1%) наблюдении. Эти осложнения носили преходящий характер и были купированы консервативной терапией. Таким образом, в условиях быстрого развития технологий в хирургии, повсеместного внедрения и совершенствования минимальноинвазивных методик лечения отбор больных на антирефлюксную операцию при ГПОД должен вестись по строгим показаниям, основанным на данных комплексного клинко-инструментального обследования. Лапароскопические операции при лечении больных ГПОД являются операциями выбора, способствуют уменьшению числа осложнений, улучшению результатов лечения. Выбор объема и вида оперативного вмешательства должен базироваться на объективных данных, полученных до операции и определенных интраоперационно. Видеоэндоскопические вмешательства при

патологии пищеводно-желудочного перехода обеспечивают высокую медико-социальную и экономическую эффективность. Кроме того, данная технология позволяет без расширения доступа успешно выполнить одномоментную коррекцию сочетанной патологии органов брюшной полости.

126. Опыт двухэтапного внутреннего дренирования псевдокист поджелудочной железы под контролем эндосонографии (серия клинических наблюдений)

Замолодчиков Р.Д., Солодина Е.Н., Старков Ю.Г.

Москва

Институт хирургии им. А.В.Вишневского

Введение: псевдокисты поджелудочной железы, как правило, развиваются в результате хронического панкреатита. Внутреннее дренирование направлено на ликвидацию жидкостного скопления и рассматривается как этап комплексного лечения хронического панкреатита. Данная методика заключается в эндоскопическом формировании соустья между просветом желудка или двенадцатиперстной кишки и полостью псевдокисты с последующей установкой стента. Эндосонографический контроль в процессе дренирования снижает риск кровотечения и повышает безопасность манипуляции. В зависимости от варианта применения эндосонографии может выполняться одноэтапное и двухэтапное дренирование. Мы представляем серию клинических наблюдений, в которой пациентам с псевдокистами поджелудочной железы выполнено одноэтапное и двухэтапное внутреннее дренирование под контролем эндосонографии. Материалы и методы: в период с 2011 по 2015 г внутреннее дренирование выполнено 27 пациентам. Из них 2 пациентам выполнено двухэтапное дренирование. В отличие от одноэтапного дренирования, выполняемого непосредственно под контролем эндосонографии, при двухэтапном дренировании эндосонография проводилась только на этапе разметки зоны будущей пункции. Формирование соустья и установка стента выполнялись вторым этапом, чаще с помощью дуоденоскопа, без эндосонографического контроля. Обоим пациентам установлены покрытые самораскрывающиеся металлические стенты. Результаты: в обоих случаях первым этапом успешно выполнена разметка бессосудистой зоны. В ходе второго этапа в результате сложного позиционирования в обоих случаях отмечена миграция первого стента в просвет желудка, что потребовало повторной установки стента. Повторная установка стента была технически успешна в обоих случаях. Ближайший успех, определяемый как двукратное уменьшение размера кисты в течение 3 суток, достигнут у обоих пациентов. В 1 наблюдении лечение было окончательным, стент удален через 2 месяца на фоне исчезновения кисты. Осложнение возникло у 1 пациента в виде кровотечения из области сформированного соустья на 2-е сутки после операции, по поводу чего была выполнена открытая цистогастростомия с прошиванием кровоточащего сосуда. Заключение: необходимость смены аппарата при переходе от первого этапа ко второму, отсутствие ультразвуковой визуализации в процессе формирования соустья обуславливает техническую сложность манипуляции, что повышает риск интраоперационной миграции стента. Невозможность точного расчета трассы пункции повышает риск формирования соустья вблизи кровеносных сосудов с последующим кровотечением в

послеоперационном периоде. Таким образом, несмотря на техническую возможность выполнения двухэтапного дренирования, предпочтительным является одноэтапное дренирование как более эффективный и безопасный метод.

127. ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА (ИТ) ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., Самсалиев А.Ж., Молдоисаев К.

Бишкек

Кафедра детской хирургии КРСУ, городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП)

Цель исследования: изучить частоту и причины ИТ пищевода у детей, разработать тактику диагностики и лечения для улучшения результатов лечения. Материалы и методы исследования: изучены данные 283 больных с ИТ пищевода, лечившихся в ГДКБ СМП за 2009-2014 годы. Применялись общеклинические исследования, обзорная рентгенография грудной клетки в 2-х проекциях, эзофагоскопия и по показаниям рентгеноконтрастное исследование пищевода. Результаты: Мальчики составляли – 178 (62,9%), девочки - 105 (37,1%) больных. В возрасте до 1 года – 33 (11,7%), 1-3 года – 164 (57,9%), 4-7 лет – 43 (15,2%), старше 7 лет – 40 (14,1%) больных. Клиническими признаками ИТ пищевода у детей были: слюнотечение изо рта, боли при глотании, срыгивание и рвота при приеме пищи, беспокойство, иногда жидкий стул, повышения температуры тела. Всем больным с ИТ проведена эзофагоскопия и удаление ИТ. При сложно-удаляемых ИТ пищевода эзофагоскопию проводили после интубации трахеи и миорелаксантов короткого действия, особенно при длительно находившихся батареях. 283 больным проведено 312 эзофагоскопий и в 12 случаях ИТ протолкнуты в желудок. По локализации ИТ обнаружены: в первом сужении пищевода – у 195 (68,9%), во втором – у 56 (19,8%), в третьем – у 27 (9,5%), глотке – у 5-х (1,7%) больных. По характеру ИТ: монеты – у 129 (45,6%), металлические предметы – у 53 (18,7%), пищевые массы – у 21 (7,4%), косточки – у 39 (13,8%), батарейка – у 36 (12,7%), булавка – у 5 (1,7%). Отмечается рост случаев ИТ пищевода монетами и батарейками. При попадании батареях в пищевод в зависимости от длительности нахождения определена химический ожог пищевода у всех больных различной степени. Одним из грозных осложнений отмечена перфорация пищевода у 12 (4,2%) больных, из них при длительном нахождении батарейки у 5, во время разрыва пальчиковой батарейки у 1, при длительном нахождении больших монет у 4-х и от косточек у 2 больных. Выводы: 1. Наиболее часто ИТ пищевода у детей встретились в возрасте до 3-х лет 197 (69,6%). 2. При попадании батареях в пищевод у всех детей наблюдался химический ожог пищевода, что требует изменить методы удаления и лечения детей с ИТ.

128. ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА БРОНХОБЛОКАДЫ У ДЕТЕЙ

Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., Самсалиев А.Дж., Молдоисаев К.Б.

Бишкек

Кыргызско-Российский Славянский Университет, кафедра детской хирургии, Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП)

Актуальность. В нашей практике мы используем бронхоблокацию при гнойно-деструктивных процессах легочной ткани с формированием бронхоплеврального свища; кровотечениях; для обеспечения односторонней вентиляции, при оперативных вмешательствах на органах грудной полости. Обзор современной отечественной литературы за последние годы показал крайне низкое количество сообщений об использовании данного метода. В зарубежной литературе встречаются данные об использовании бронхоблокации при проведении торакоскопических операций у детей при односторонней вентиляции. Цель. Представить проведенную отделением работу. Материалы и методы. За период с 2003 года нами выполнено 39 бронхоскопий с бронхоблокадой. Из них 25 бронхоблокад по поводу гнойно-деструктивных пневмоний с торакобронхиальным свищом, 5 бронхоблокад по поводу легочного кровотечения, 5 бронхоблокады при удалении инородного тела легкого, 4 бронхоблокады – при односторонней вентиляции. При проведении бронхоблокады по поводу гнойно-деструктивных процессов и легочных кровотечений мы использовали поролоновую губку (крупнопористый поролон, не теряющий своих эластичных свойств при стерилизации и длительном пребывании во влажной среде. Диаметр поролоновой пробки подбирался таким образом, чтобы она была в 2–2,5 больше диаметра закрываемого бронха. Установка бронхоблокатора проводилась под общим обезболиванием с миорелаксантами, с использованием ригидного бронхоскопа «Storz» и эндоскопических щипцов. Для проведения односторонней вентиляции при проведении торакоскопических операций у детей использовался катетер Фогарти соответствующего размера (в основном №№6-8). Установка бронхоблокатора проводилась под общей анестезией с миорелаксантами. В работе используем бронхоскоп «Storz». Результаты. Из 25 бронхоскопий по поводу гнойно-деструктивных процессов и легочных кровотечений блокирование главных бронхов проведено 2 раза, верхнедолевой бронх – 7, среднедолевой бронх – 2, промежуточный бронх – 6, нижнедолевые бронхи – 8. Возраст больных составлял от 1 года до 10 лет ($\pm 5,6$). В случаях гнойно-деструктивных пневмоний блокатор удалялся в среднем на 10-14 суток (длительность нахождения блокатора $\pm 12,5$ суток). После удаления блокатора проводили 2-3 курса лечебно-санационных бронхоскопий. При проведении бронхоблокады с целью гемостаза при легочных кровотечениях причинами были: вскрывшийся эхинококк легкого – у 2, инородное тело бронха (колос) – у 3 больных. Длительность нахождения бронхоблокатора составляла от 1 до 6 суток. В 2-х случаях бронхоблокаду проводили перед операцией. Во всех случаях гемостаз был окончательным, рецидивов кровотечения не было. При оперативном удалении инородных тел бронхов и легкого применено у 5 больных для предупреждения миграции. Инородные тела были трудно удаляемые (бусы, колос, иголки, косточка). Перед операцией проводили бронхоскопию и устанавливали в соответствующий бронх. При бронхотомии оставляли до 12-14 суток для профилактики бронхиального свища. Осложнений не было. Для определения локализации поражения и места установки блокатора нами используются методика введения теплого раствора фурациллина или прокрашивания свища синькой и «поисковая» бронхоблокада. Во время бронхоскопии перед установкой через дренажную трубку вводили теплый раствор фурациллина и отмечали поступления жидкости в соответствующий свищ. При трудности определения свища вводили раствор метиленовой синьки. Миграция бронхоблокатора в наших наблюдениях было в 1 случае, при вскрывшейся эхинококковой кисте.

Выводы: • Метод бронхоблокады является эффективным методом лечения в детской торакальной хирургии при гнойно-деструктивных процессах с формированием бронхоплеврального свища и пневмотораксе, при окклюзии дренирующего бронха - создаются благоприятные условия для закрытия свища, более быстрого расправления легкого, уменьшается степень инфицирования плевральной полости, это позволяет избежать оперативного лечения. • При легочных кровотечениях используется как метод временной или постоянной остановки кровотечения.

129.Расширенная видеоторакоскопическая пневмонэктомия при раке легкого.

Аллахвердян А.С., Анипченко С.Н., Фролов А.В., Воленко И.А.

Москва

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

В 2015 г. в Московском областном научно-практическом центре "Видеоэндоскопическая и малоинвазивная хирургия" при раке легкого выполнено 14 видеоторакоскопических пневмонэктомий. Представлена видеозапись операции, выполненной 03.12.2015 г. 53-летнему мужчине по поводу рака нижней доли правого легкого. В условиях комбинированной общей анестезии с ИВЛ в положении больного на левом боку установлены торакопорты в 8-м межреберье по задней подмышечной линии, в 7-м межреберье по срединно-ключичной и передней подмышечной линиям. В 4-м межреберье произведен минидоступ длиной 7 см. В плевральной полости имелся спаечный процесс в апикальных отделах, а также в области новообразования, локализующегося в 6-м сегменте с распространением на 2-й сегмент. Произведено разделение спаечного процесса тупым и острым путем. При дальнейшей ревизии - опухоль плотная, бугристая, максимальным диаметром 6 см из 6 сегмента распространяется на 2-й. В корне легкого выявлен конгломерат увеличенных плотных лимфоузлов в области трахеобронхиального угла, а также в области отхождения среднедолевых артерий от промежуточного ствола. Была предпринята попытка расширенной нижней лобэктомии с резекцией заднего сегмента верхней доли. В междолевой борозде был выделен нисходящий ствол легочной артерии. Выявлено интимное его спяние с опухолевым конгломератом. Было принято решение выполнить расширенную пневмонэктомию. Раздельно, изолированно обработаны левая легочная артерия и легочные вены. Сосуды пересечены аппаратом Endo Gia после предварительной перевязки. На левый бронх наложен аппарат Endo Gia. Легкое удалено с бифуркационными, паратрахеальными, параэзофагеальными лимфатическими узлами. Дополнительно удалены паратрахеальные лимфатические узлы выше непарной вены и переднего средостения. Плевральная полость дренирована силиконовыми дренажами. Больной пробужден и экстубирован в операционной. Мобилизация больного в первые сутки после операции. Ранний послеоперационный период без осложнений. Гистологически: аденокарцинома правого легкого с участками папиллярного строения, очагами некроза опухоли, многочисленными фокусами сосудистой инвазии. Исследовано 32 медиастинальных лимфатических узла: в одном паратрахеальном и в 3-х трахеобронхиальных лимфатических узлах обнаружены метастазы опухоли с частичным и полным замещением лимфоидной ткани. Инвазии плевры и опухолевого роста в края резекции не обнаружены. Выписка из стационара - на 7-е сутки после операции.

130. Опыт первых двух лет применения лапароскопических вмешательств в урологическом отделении «Тульской областной клинической больницы»

Нуждихин А.В., Петряев А.В., Здановский Д.Г.

Тула

Тульская областная клиническая больница

Цель. Оценить возможность широкого применения лапароскопических операций при заболеваниях органов мочеполовой системы, в условиях областного урологического отделения

Материалы и методы. Лапароскопические операции при заболеваниях почек, мочеточников, мочевого пузыря являются относительно новым разделом эндоскопической хирургии. Целесообразность проведения подобных вмешательств ставилась под сомнение многими авторами из-за потенциальной возможности развития внутрибрюшных осложнений, возникающих при лапароскопических вмешательствах, нехарактерных для традиционного оперативного подхода в урологии, сложностью анатомического расположения органов мочеполовой системы. Ещё одним сдерживающим фактором в развитии лапароскопических операции в урологии, являлось несовершенство имевшегося инструментария. Однако в последние годы накоплен огромный опыт выполнения эндохирургических вмешательств в других областях, появились инструменты позволяющий, в том числе уверенно лигировать почечные сосуды. Стало очевидным, что лапароскопический подход в урологии, возможен и имеет ряд заметных преимуществ: уменьшение операционной травмы, сокращение сроков госпитализации, улучшение возможностей обзора и пр. На сегодняшний день в мире накоплен довольно большой опыт лапароскопических операций при урологических заболеваниях. В урологическом отделении «Тульской областной клинической больницы» за период с января 2013 по декабрь 2014 выполнено 163 лапароскопические операции. Из них 72 нефрэктомии при раке почки, 52 операции по иссечению кист почек, 4 пиелолитотомии, 11 нефруретерэтомий с резекцией мочевого пузыря при раке почечной лоханки, 4 пластики лоханка-мочеточникового сегмента при гидронефрозе, 5 резекции мочевого пузыря при раке, 9 резекции почки при раке, 2 уретеролитотомии, 1 пластика пузырно-влагалищного свища и 1 операция при вазоуретеральном конфликте и стриктуре верхней трети мочеточника. За последний год начато освоение лапароскопической простатэктомии (совместно с коллегами из федеральной хирургической клиники) выполнено 3 операции. В предоперационном периоде все больные были обследованы согласно стандартам. Длительность операций составляла от 45 минут до 3 часов 50 минут. Стоит так же отметить сокращение средней продолжительности вмешательства с 2 часов на этапе освоения до 1 часа 20 минут в последний год. Суммарная интраоперационная кровопотеря не превышала 100-150 мл, и не требовала гемотрансфузий. Интраоперационных осложнений отмечено не было. По сравнению с традиционными, «открытыми», операциями послеоперационный период протекал значительно легче: меньшее время потребовалось для восстановления физической активности, сократился период планового послеоперационного обезболивания, уменьшились сроки послеоперационного пребывания больных в стационаре. В послеоперационном периоде, на этапе освоения, развилось одно осложнение: кровотечение из троакарной раны, потребовалось проведение лапаротомии

ревизии брюшной полости остановки кровотечения. Оперативные пособия выполнялись в положении больного на боку под эндотрахеальным наркозом. При иссечении кист почки оперативная техника была стандартной, тогда как техника выполнения лапароскопической нефрэктомии применялась различная, в зависимости от индивидуальных особенностей пациента. На начальном этапе нами нередко использовалась система мануального ассистирования «Dextrus», сшивающий аппарат Echelon flex. В течении последнего года операции выполняются полностью лапароскопическим способом, сосудистая ножка почки клипруется отдельно (артерия, вена) гемостатическими клипсами hem-o-lock и absolok. При выполнении резекций почки всегда применялась тепловая ишемия путём наложения мягкого сосудистого зажима типа «бульдог» на почечную артерию. Почка резецировалась холодным ножом и гармоническим скальпелем. Гемостаз осуществлялся обвивным швом нитью V-lock на валике из материала Surgisiel Nu-Knit. Общее время ишемии не превышало 22 минут, что несколько больше чем при открытых операциях, однако укладывается в рекомендованные рамки. Интра и послеоперационные осложнения отсутствовали. Результаты и обсуждения. Имеющийся у нас опыт лапароскопических вмешательств позволяет сделать вывод о том что, указанный метод имеет ряд преимуществ: меньшая травматичность, раннее восстановление физической активности пациентов, значительное сокращение периода планового обезболивания, заметное уменьшение срока пребывания в стационаре.

131. ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА У ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ХОЛЕДОХОСКОПИИ И ЛАЗЕРНОЙ ЛИТОТРИПСИИ

Праздников Э.Н.(1), Семенов С.М.(1,2), Миронов К.Э.(1)

Москва

1)ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова 2)НУЗ ЦКБ № 2 им. Н.А.Семашко ОАО РЖД

С 1989 года на базе ЦКБ № 2 им. Н.А.Семашко выполнено более тысячи ретроградных эндоскопических папиллотомией с выполнением санации желчевыводящих протоков у пациентов с холецистохоледохолитазом и механической желтухой. Результаты такого лечения холедохолитиаза несмотря на всю свою эффективность оказались не очень удовлетворительными. В 40 % случаев в первые сутки у пациентов возникала панкреатогенная реакция, в 6 % случаев у пациентов возникал острый отечный панкреатит, в 2 % панкреонекроз, в 0.5 % перфорация 12-ти перстной кишки, в 11 % - кровотечение из папиллотомического отверстия. Учитывая, что практически у всех пациентов после ретроградной эндоскопической санации холедоха возникала в первые сутки панкреатогенная реакция, а начиная со вторых суток развивался клинически незначимый холангит, но, тем не менее, вызывающий острые воспалительные изменения в треугольнике Калло от лапароскопической холецистэктомии мы воздерживались и сроки оперативного лечения в объеме лапароскопической холецистэктомии отдалось по времени в среднем на 20 суток. Начиная с 2008 года в нашей клинике 92 таким больным в ходе лапароскопической холецистэктомии выполнялась интраоперационная холангиография, фиброволоконная холедохоскопия, при выявлении конкрементов - механическая или лазерная

литотрипсия, а также баллонная дилатация большого дуоденального сосочка. Таким образом, осуществлялась санация холедоха одномоментно, т.е. в ходе одного операционного вмешательства. Цель исследования. Оценить результаты эндоскопической санации холедоха при калькулезном холецистите и холедохолитиазе с использованием интраоперационной лапароскопической холедохоскопии, лазерной литотрипсии, баллонной дилатации фатерова сосочка. Материалы и методы. В нашей клинике в период с 2008 года было пролечено по предлагаемой методике 92 пациента. Результаты. У 90 пациентов, достигнута полная санация холедоха, что подтверждено интраоперационной холангиографией В 7-х случаях конкременты холедоха эффективно фрагментировать не удалось и операция закончена установкой у 6-х пациентов дренажа Пиковского с последующей папиллотомией и санацией холедоха. У 1-го пациентов выполнена конверсия с полной санацией холедоха и установкой дренажа Кера. У 22 пациентов в раннем послеоперационном периоде возникла панкреатогенная реакция, купированная полностью на 2-3 сутки. У 7-ми пациентов возник острый панкреатит. Осложнений связанных с перфорацией двенадцатиперстной кишки и кровотечением из зоны БДС не отмечалось. Заключение. Применение интраоперационной антеградной санации холедоха по предложенной методике в ходе выполнения лапароскопической холецистэктомии и санации холедоха у больных с холедохолитиазом является достаточно эффективным и относительно безопасным методом лечения холецистохоледохолитиаза, позволяющим избежать многоэтапных вмешательств и сократить сроки пребывания пациента в стационаре.

132. РОЛЬ МИНИИНВАЗИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Аббасов П.А., Йылмаз С., КаяалП Дж., Байрамов Н.

Баку, Азербайджан

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра Хирургических Болезней

Целью исследования явилось изучение роли способов радиологического вмешательства у больных, которым планируется или проводится трансплантация печени. В Отделении Трансплантации Органов Медицинского Центра имени Тургут Озала Турции за последний год с 2012 по 2013 год 214 больным была проведена ТП. Лечебное рентгеноэндоваскулярное вмешательство было выполнено 81 пациенту. Химическая эмболизация печеночной артерии выполнено 20 больным гепатоцеллюлярной карциномой. У 19 пациентов с циррозом печени, осложненным портальной гипертензией с целью профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка и лечения стойкого асцита проводилась ТИПС. 32 больным выполнена баллонная дилатация желчных путей, смена дренажей и катетеров. Стеноз кава-кавального анастомоза (у донора целой печени) наблюдался у 1 больного, надпеченочный стеноз нижней полой вены у 3 пациентов, и у всех больных выполнена баллонная дилатация области стеноза. У 6 больных с увеличением селезенки из-за развития «стеал сйndrome» выполнена эмболизация ветвей (50-60%) селезеночной артерии. У 2 из 20 больных, перенесших химическую эмболизацию через 12 и 17 месяцев после операции был отмечен рецидив опухоли и смерть больного. Процедура ТИПС у всех пациентов была проведена

успешно. У 4 больных, подвергшихся ТИПС, в раннем послеоперационном периоде и через 24 месяца был отмечен смертельный исход. Во всех случаях баллонной дилатации желчных путей, смены дренажей и катетеров оказалось возможным устранение механической желтухи. У 6 больных с «steal syndrome» после эмболизации селезеночной артерии его признаки были устранены, повторного асцита не наблюдалось

133.Лапароскопическая резекция S VII печени

Демин Д.Б.

Оренбург

Оренбургский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы. Пациенты с объемными образованиями печени завоевывают все более активные позиции в структуре хирургической патологии. Это обуславливает необходимость широкого внедрения методики лапароскопической резекции печени в общехирургических клиниках, практикующих продвинутую эндохирургию. Основное содержание видеоролика: показана лапароскопическая резекция седьмого сегмента печени по поводу объемного образования, расположенного по ее нижней поверхности у пациентки 24 лет. Диаметр опухоли 4 см, она прилежит своей нижней частью к верхнему полюсу правой почки. Положение пациентки на левом боку. После мобилизации (частичного выделения area puda печени и пересечения правой треугольной связки) произведена резекция печени путем биполярной коагуляции (Enseal) после предварительной монополярной коагуляции шаровым электродом. Работа только в режиме биполярной коагуляции не позволяет добиться хорошего гемостаза. Комбинация шарового электрода и биполяра эффективна. В остаточную полость уложен тахокомб. Послеоперационный период без осложнений. Выписка на 7 сутки.

134.Миниинвазивные подходы лечения больных тяжелой сочетанной травмой с доминирующей травмой груди

Цеймах Е.А.(1), Бондаренко А.В.(1), Меньшиков А.А.(2), Гонтарев И.Н.(2), Тимошников А.А.(2), Парфенова И.Н.(2)

Барнаул

1) ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России, 2) КГБУЗ ККБСМП

Введение. Взаимное отягощение состояния при политравме значительно усложняет диагностический и лечебный процесс, задерживает оказание специализированной помощи,

например, при сочетании черепно-мозговой и торакальной травмы или скелетной травмы и травмы груди, предъявляет жесткие требования к выбору объема диагностических и лечебных мероприятий [1-3]. Цель исследования: повышение эффективности комплексного лечения больных тяжелой сочетанной травмой с доминирующей травмой груди (ТСТГ) путем применения миниинвазивных методов лечения. Материалы и методы. Анализируются результаты лечения 226 больных с ТСТГ, находившихся на лечении в КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи». Мужчин было 179 (79,2%), женщин - 47 (20,8%). Возраст больных колебался от 15 до 79 лет. Причины травмы были различные. Наиболее частой причиной ТСТГ были автодорожные происшествия – у 84 (37,2%) пациентов. Реже встречались бытовые травмы у 62 (27,4%), криминальные – у 43 (19,0%), производственные повреждения – у 26 (11,5%) и падения с высоты – у 11 (4,9%). Большинство пациентов были доставлены в отделение тяжелой сочетанной травмы в первые два часа с момента получения травмы -131 (58,0%), от 3 до 24 часов – 47 (20,8%), от 24 до 72 часов – 34 (15,0%) через 72 часа с момента травмы – 14 (6,2%) больных. Оценка тяжести повреждений проводилась по шкале ISS [4]: у 94 (41,6%) пациентов была до 25 баллов, у 104 (46,0%) – от 25 до 40 баллов и у 28 (12,4%) – более 40 баллов. Из 226 больных 102 (45,1%) составили основную группу, 124 (54,9%) – группу сравнения. Пациентам основной группы проводились современные миниинвазивные вмешательства (локальная дифференцированная фибринолитическая терапия, клапанная бронхоблокация, видеоторакоскопия (ВТС), остеосинтез ребер). Пациенты группы сравнения получали традиционное лечение (слепое дренирование плевральных полостей, торакотомия и т.д.). Односторонние торакальные повреждения выявлены у 189 (83,6%) больных, двухсторонние - у 37(16,4%). У 172 (76,1%) пострадавших травма груди сопровождалась подкожной и межмышечной эмфиземой. По данным показателям группы были сопоставимы между собой. Характер внутригрудных осложнений у анализируемых больных: в основной группе из 102 больных пневмоторакс был у 40(39,2%) больных, гемоторакс – у 21(20,6%), гемопневмоторакс - у 41(40,2%); в группе сравнения из 124 человек пневмоторакс был у 55(44,3%) больных, гемоторакс – у 27(21,8%), гемопневмоторакс - у 42(33,9%) В подавляющем большинстве случаев тяжелая травма груди при сочетанной травме сопровождалось множественными переломами ребер и других костей грудной клетки, что приводило к нарушению каркасности грудной стенки, механическому острому и/или контузионному воздействию на внутренние органы. Структура повреждений костей грудной клетки у больных в исследуемых группах следующая: в основной группе из 102 больных переломы 3-6 ребер встречались у 72(70,6%) , более 6 ребер – у 30(29,4%) больных, фрагментарные переломы ребер с флотацией грудной клетки встречались в 10(9,8%) случаях, переломы грудных позвонков - у 12(11,7%) больных, перелом грудины - у 7(6,8%); в группе сравнения из 124 пострадавших переломы 3-6 ребер встречались у 79(63,7%) больных, более 6 ребер – у 45(36,3%), фрагментарные переломы ребер с флотацией грудной клетки встречались в 16(12,9%) случаях, переломы грудных позвонков - у 20(16,1%) больных, перелом грудины - у 6(4,8%) Нами разработана лечебно-диагностическая тактика ведения больных ТСТГ. Показаниями к экстренной торакотомии считали большой и тотальный гемоторакс, гемоперикард с тампонадой сердца, гемомедиастинум с компрессией дыхательных путей и магистральных сосудов, обширная проникающая рана груди с открытым пневмотораксом и массивным повреждением легкого. Показаниями к экстренной видеоторакоскопии (ВТС) являлись ранения в «торакоабдоминальной зоне» грудной клетки, средний и малый гемоторакс, посттравматическая эмпиема плевры. Срочную ВТС применяли при продолжающемся внутриплевральном кровотечении с выделением крови по дренажам более 200 мл/час и отсутствие признаков его остановки [9]. При свернувшемся гемотораксе и формировании посттравматической эмпиемы с сегментацией плевральной полости применяли дифференцированную локальную фибринолитическую терапию. При напряженном, не

устраняемом дренированием плевральной полости, или длительно нерасправляющемся пневмотораксе (в течение 4-5 дней) применяли клапанную бронхоблокацию. При множественных фрагментарных переломах ребер, с нарушением каркасности грудной клетки, сопровождающихся парадоксальным дыханием, реберным клапаном проводилась открытая репозиция переломов ребер и остеосинтез реберными пластинами с угловой стабильностью. Локальную фибринолитическую терапию проводили препаратами стрептокиназы. Доза стрептокиназы составляла 1500000 МЕ, актилизе – 50 мг. Препараты разводили в 20 мл физиологического раствора и вводили в плевральную полость. Экспозиция в плевральной полости составляла 3-24 часа, после чего препарат вместе с экссудатом удаляли, и плевральную полость промывали антисептическим раствором. Введение активаторов фибринолиза осуществляли ежедневно или через день, всего 1-3 раза. При снижении активности плазминогена в плевральном экссудате ниже 7% применяли разработанный в клинике метод внутривидеотрахеального введения стрептокиназы со свежемороженой плазмой [5]. Количество удаляемого экссудата из плевральной полости колебалось от 50 до 2000 мл в сутки. Для закрытия легочно-плевральной фистулы при пневмотораксе нами разработан и клинически апробирован метод применения окклюзии свищевого бронха оригинальным эндобронхиальным клапаном (регистрационное удостоверение № 01.03.2006 (5625-06 от 21.12.2006г.) Видеоторакоскопию проводили в условиях операционной под эндотрахеальным наркозом без отдельной интубации бронхов. Для восстановления каркасности грудной клетки и ликвидации парадоксального дыхания реберного клапана выполнялась открытая репозиция и остеосинтез фрагментарных переломов ребер реберными пластинами с угловой стабильностью под эндотрахеальным наркозом. Остеосинтез выполнялся в первые двое суток. Переднебоковая торакотомия по поводу продолжающегося внутривидеотрахеального кровотечения, подозрения на ранение сердца или торакоабдоминального ранения выполнена пациентам основной группы в 3 (3,8%) случаях, пациентам группы сравнения в 14(12,5%) случаях (р

135.Обоснование выбора базовых упражнений при обучении эндохирургии

Горшков М.Д.(1),Матвеев Н.Л.(1), Совцов С.А.(2)

Москва, Челябинск

Горшков М.Д.(1),Матвеев Н.Л.(2), Совцов С.А.(3) 1.Первый Московский ГМУ им. И.М. Сеченова
2.Московский ГМСУ им. А.И. Евдокимова 3.Южно-Уральский ГМУ

В России, несмотря на вековую историю применения эндохирургии, общепризнанного структурированного курса практической подготовки эндохирурга, единого отечественного стандарта обучения и тестирования эндохирургическим навыкам и умениям на доклиническом этапе не существует. За минувшие четверть века в России и во всем мире было разработано множество разнообразных упражнений и курсов симуляционного тренинга лапароскопии. Часть из них прошла всестороннюю валидацию, другие используются «по наитию», на основе общих соображений целесообразности (очевидная валидность). В целях отбора нами сформулированы семь требований к упражнениям: 1.Доступность. Применяемые учебные симуляционные пособия должны быть финансово, дидактически и логистически доступны в любой точки страны;

2. Воспроизводимость. Условия тренинга и оценки несложно воспроизвести в любом ВУЗе;

3. Стандартизация. Существует четкое, однозначное, без двойных толкований описание процедуры выполнения упражнения; условия его выполнения, необходимые инструменты и вспомогательные учебные пособия должны быть стандартными, не отличающимися друг от друга;

4. Валидность тренинга. Эффективность тренинга с помощью упражнения доказана, помимо очевидной имеет контентную и конструктивную валидность;

5. Объективность оценки. Оценка результатов выполнения упражнения (отрабатываемого навыка) объективна, выражается в измеряемых величинах;

6. Надежность оценки. Методика оценки степени владения навыком должна быть надежна – с альфой Кронбаха выше 0.8;

7. Валидность оценки. Оценка степени владения навыком должна обладать дискриминантной и прогностической валидностью. Для упражнения известен (или экспериментально установлен) дискриминирующий фактор – проходной балл, достижение которого дает право приступить к дальнейшему обучению в операционной. Опытные эндохирурги в 100% набирают проходной балл, а начинающие – в 100% данный показатель продемонстрировать не способны. По этим критериям нами были отобраны 15 из 35 наиболее часто используемых у нас в стране и за рубежом упражнений для освоения 10 практических навыков : 1. Лапароскопический доступ: игла Вереша, открытый способ; 2. Введение троакаров; 3. Удаление троакаров, ушивание ран; 4. Навигация лапароскопом с оптикой 30°; 5. Скоординированная манипуляция инструментом и лапароскопом 30°; 6. Бимануальная манипуляция эндоинструментами; 7. Работа эндоножницами; 8. Измерение размеров и расстояний; 9. Работа клип-аппликатором; 10. Извлечение препарата из полости; 11. Прошивание тканей; 12. Экстракорпоральный шов; 13. Наложение эндопетли (с узлом Рёдера); 14. Узловой интракорпоральный шов; 15. Непрерывный интракорпоральный шов. В настоящее время курс проходит общественное обсуждение в Российском обществе хирургов и Российском обществе эндохирургов, Российском обществе симуляционного обучения в медицине, а также апробацию в ряде учебных центров для обучения врачей, применяющих лапароскопию в своей практике.

136. Вне вузовский компонент непрерывного медицинского образования по эндохирургии

Федоров А.В., Совцов С.А., Таривердиев М.Л.

Москва, Челябинск

1. Московский ГМСУ им. А.И. Евдокимова 2) Южно-Уральский ГМУ 3) Институт хирургии им. А.В.Вишневого

Помимо вузовского компонента непрерывного медицинского образования сегодня весьма актуальным является и вне вузовская часть обучения. Именно она позволяет в большей степени, чем вузовское образование, поддерживать систему непрерывности обучения. В состав вне вузовского компонента входят образовательные мероприятия, проводимые как в повседневной работе (внутрибольничные научно-практические конференции, патолого-анатомические конференции, учебные семинары и т.п.), так и самостоятельное дополнительное образование врача-хирурга в виде изучения последних данных литературы по современным принципам диагностики и лечения хирургических заболеваний, просмотр учебных видеофильмов по эндохирургическим вмешательствам и участие в различных форумах социальных сетей Интернета,

на страницах которых идет обсуждение насущных проблем хирургии. Весьма важную роль в реализации вне вузовского последипломного образования имеют не коммерческие общественные организации (профессиональные ассоциации, общества). Так, например, Российским обществом хирургов (РОХ) разработана стройная образовательная программа для врачей хирургического профиля. На портале РОХ имеется отдельная страница «Непрерывное медицинское образование» , которая включает в себя такие подразделы как: «Хирургический практикум», «Школы хирургии», «Дистанционное обучение» и др. Экспертным Советом РОХ утверждено «Положение о непрерывном медицинском образовании врачей хирургического профиля». Оно включает в себя проведение национальных конгрессов, съездов, конференций, во время которых практическим врачам представляют последние достижения современной хирургии для возможного внедрения их в свою практическую работу. Чрезвычайно важным шагом явилось создание и утверждение РОХ в течение 2014-2015 г.г. Национальных клинических рекомендаций по основным хирургическим нозологиям . Они позволяют не только осуществлять системный подход при диагностике и лечении пациентов, но и несут в себе функции юридической защиты как врача, так и больного. Примечательно, что в стране получили распространение региональные съезды хирургов (Сибири и Дальнего Востока, Урала, Юга России и еще готовится съезд хирургов Поволжья), которые дают возможность адаптировать имеющиеся нормативные документы применительно к местным условиям, которые разительно отличаются в различных регионах нашей большой страны. Серьезным вкладом в профессиональную систему непрерывного образования хирургов явилось проведение Школ по хирургии под эгидой РОХ. На портале РОХ имеется собственный раздел « Школа хирургии», в котором размещен унифицированный каталог Программ Школ, состоящий из 13 тематик хирургических нозологий . Суть Школы хирургов РОХ состоит в том, что Экспертным советом РОХ создаются и утверждаются программы по наиболее актуальным вопросам хирургии, причем при создании каждой программы применяется мультидисциплинарный подход с привлечением специалистов нехирургического профиля, принимающим участие в лечебном процессе по конкретной патологии. Программы реализуются под эгидой Общества одновременно в разных регионах страны, которые строятся на основе проблем, характерных для конкретной территории. Это позволяет в сжатый срок (в течение одного лекционно-практического дня) дать слушателям наиболее оптимальный набор знаний и навыков по актуальной хирургической проблеме, снабдив их также высокоэффективными методическими материалами для дальнейшей работы. Считая малоинвазивные вмешательства важным разделом современной хирургии, при проведении практически всех Школ в их программы, обязательно включаются учебные мероприятия различных видов по эндохирургии: проведение мастер-классов, лекции, семинары, открытые дискуссии и т.п. Например, на занятиях подавляющего большинства всех проведенных Школ рассматривались такие практические вопросы как: оптимизация технологий лапароскопических способов лечения при остром холецистите, остром аппендиците, острой кишечной непроходимости, наружных грыж передней брюшной стенки и грыж пищеводного отверстия диафрагмы, ахалазии пищевода, декомпрессии желчных путей при механической желтухе различного генеза и т.п. При имеющейся аккредитации региональной Школы экспертной комиссии РОХ для получения сертификата участника и образовательных баллов по окончании занятий обучающемуся врачу необходимо пройти тестирование по унифицированным тестовым программам , в том числе и по вопросам эндохирургии. Это позволяет осуществлять как контроль усвоения полученных знаний, так и возможность применения в своей хирургической работе новых практических навыков по эндохирургии. Присвоенные по результатам обучения в Школе хирургии образовательные баллы РОХ обязательно учитываются при текущей аттестации (переаттестации) врачей хирургов . а в недалеком будущем и при аккредитации специалистов.

137.Лапароскопическая коррекция сочетанной, с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, патологии верхних отделов пищеварительного тракта.

Галимов О.В., Ханов В.О., Зиангиров Р.А., Авзалетдинов А.М., Сайфуллин Р.Р.

Уфа

Клиника ГБОУ ВПО «БГМУ» Минздрава России

Многочисленные статистические исследования последних лет свидетельствуют, что у всех больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) определяются нарушения структуры и функции органов верхнего отдела пищеварительного тракта (ВОПТ). Соответственно литературным данным сочетание с другой патологией встречается до 48% случаев. Функциональные изменения при наличии грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) проявляются местной и общей гипотонией, а также замедлением моторно-эвакуаторной функции желудка. Поэтому столь частое и вариабельное сочетание таких заболеваний, как язвенная болезнь, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, хронический холецистит, панкреатит и других очевидно не случайно. По данным нашей клиники за последний год среди пациентов, с заболеваниями ВОПТ, которым требовалась хирургическая помощь, сочетанная патология встречалась в 295 (31,1%) случаях. Среди них женщин было 154 (52,2%), мужчин соответственно 141 (47,8%). Средний возраст больных этой группы составил $56,7 \pm 3,5$ года. В большинстве случаев пациенты данной группы имели длительный анамнез болезни (более 5 лет 162 (54,9%) больных). Большинство из них отмечали сезонность заболевания 171 (57,9%) и рецидивирующее течение, несмотря на проводимую терапию 192 (65,1%) человека. Наиболее часто встречалось сочетание ГПОД и желчнокаменной болезни (ЖКБ), хронического холецистита в 71 (24,1%) случае. В данной категории в большинстве своем пациенты обращали внимание на наличие у них частой изжоги, болей за грудиной после приема пищи и физических нагрузок, поэтому ведущей патологией была ГЭРБ на фоне ГПОД, и при более тщательном осмотре и обследовании выявлялось наличие патологии желчного пузыря. Сочетание ГПОД и язвенной болезни (ЯБ) отмечено у 44 (14,9%) пациентов. Клиническая картина при совместном течении двух заболеваний характеризовались появлением боли не только натощак, но и во время или сразу же после еды, более отчетливой становилась связь диспепсии с положением тела и физической нагрузкой. Некоторые жалобы больных, расцениваемые как признаки язвенной болезни, могут быть обусловлены функциональной недостаточностью кардии, анатомическим субстратом которой является ГПОД. В данном случае вполне логично считать язвенную болезнь первичным патологическим очагом, длительное течение которой сопровождается высокой пептической активностью желудочного сока, спазмом и стенозом привратника и повышением внутрижелудочного давления, что способствует возникновению ГПОД и ГЭРБ. Выполняемая фиброгастроуденоскопия (ФГДС) позволяет практически всегда выявить наличие сочетанного поражения слизистой ВОПТ. По нашим наблюдениям в 37 (12,5%) случаях встречалось сочетание ГПОД и хронической недостаточности дуоденального перехода (ХНДП). При этом на первый план выходит клиника воспалительного заболевания, и обнаружить наличие сопутствующего процесса бывает довольно трудно. Хотя, на наш взгляд, ХНДП является в данном случае ключевым вопросом в развитии и

усугублении основного заболевания. Как указывали пациенты, со временем менялся характер течения основного заболевания: рецидивы заболевания постепенно становились более длительными и частыми, теряли свою сезонность, отмечались упорство и обилие диспепсических жалоб и усиление интенсивности болей, с изменением их локализации и иррадиации. По нашему мнению, данный симптомокомплекс является одним из ключевых при развитии сочетанной патологии ВОПТ, создавая объективные предпосылки для гастро-эзофагеального рефлюкса, застойных явлений в билиарном тракте, условий для язвообразования в двенадцатиперстной кишке (ДПК). У 34 пациентов данной группы (11,5%) имелось более двух сочетанных заболеваний. Чаще наблюдались сочетания язвенной болезни с ГПОД и ХНДП 16 (5,4%), при чем из них у 6 больных кроме указанной комбинации имелся еще и хронический панкреатит. Сочетание ЖКБ, ЯБ и ГПОД (триада Casten) отмечена у 11 (3,7%) больных. У 7 (2,4%) пациентов сочеталось наличие ГПОД, ЖКБ и ХНДП. Еще реже в 4 (1,4%) случаях отмечены прочие сочетания, которые встречались в единичных случаях. Вполне определенно, что наличие нескольких сочетанных заболеваний трудно поддается медикаментозной коррекции, поэтому при лечении этой категории больных необходима более активная хирургическая тактика. В клинике все операции выполнялись в плановом порядке, с использованием видеоэндоскопических технологий. Убедительным показанием к выполнению антирефлюксной операции являются: ГЭРБ, неподдающийся консервативному лечению; осложненное течение заболевания; частые аспирационные пневмонии; пищевод Баррета; необходимость долгосрочной антирефлюксной терапии. В зависимости от индивидуальных особенностей каждого пациента, точки введения троакаров несколько менялись, однако во всех случаях они должны обеспечивать максимальную визуализацию операционного поля, расположение основных инструментов под оптимальным углом пересечения рабочих частей и создания возможности выполнения основных оперативных приемов двумя руками. Например, из доступов, используемых для фундопликации, при небольшой вариации можно дополнительно произвести ваготомию, пилоропластику, холецистэктомия, иссечение кист печени и селезенки, рассечение связки Трейца. Очередность проведения операции решалась в каждом случае индивидуально. В первую очередь мы руководствовались принципом асептичности этапа, в то же время учитывали сложность выполнения этапов и первым старались выполнять тот, который в большей степени может привести к конверсии доступа. Время, ушедшее на выполнение первого этапа операции и состояние жизненно важных функций организма и гомеостаза могут явиться определяющими факторами в решении вопроса о дальнейшем продолжении хирургического вмешательства. В учет принимались так же количество, диаметр и места установки троакаров. Так у больных с пупочными и грыжами белой линии живота уже по ходу установки первого троакара проводили минигерниолапаротомию необходимую для введения его в брюшную полость, а после проведения операции осуществляли пластику передней брюшной стенки. При выборе антирефлюксной операции предпочиталась фундопликация по Nissen в различных модификациях как наиболее физиологичной и эффективной процедуре, способной противостоять забросу желудочного содержимого в пищевод. Наиболее часто сочетанные вмешательства наряду с коррекцией кардии включали соответственно холецистэктомия, висцеролиз, рассечение связки Трейца, ваготомию при дуоденальной язве. Для проведения анализа ближайших и отдаленных результатов были сравнены несколько показателей характеризующих послеоперационное течение у пациентов с изолированным выполнением лапароскопического вмешательства и после симультанных операций. Анализ продолжительности показал, что при выполнении сочетанного вмешательства среднее время операции было выше на 37,4 мин. При этом, как уже отмечалось выше, симультанные операции включали в себя от 2 до 4 этапов. А значит, при выполнении симультанных операций не происходит значительного повышения продолжительности операции.

В ближайшем послеоперационном периоде общее количество осложнений у пациентов с изолированными вмешательствами составило 3,4%, при выполнении симультанных вмешательств 3,9%. Т.е. количество послеоперационных осложнений статистически было недостоверным в сравнении с изолированными манипуляциями. Средний послеоперационный койко-день при выполнении отдельно лапароскопической фундопликации и симультанных вмешательств, составил 4,9 и 5,2 соответственно, а длительность пребывания больного в стационаре - 6,0 и 6,4. Практически полное соответствие данных показателей также наглядно свидетельствует о том, что выполнение дополнительных этапов не приводит к увеличению послеоперационного койко-дня и средней длительности пребывания больного в стационаре. Летальных исходов отмечено не было. При оценке отдаленных результатов были получены более высокие показатели оценки результатов оперативного лечения у пациентов с сочетанными операциями, что можно объяснить тем, что при выполнении симультанных операций весь комплекс имеющихся заболеваний подвергается оперативной коррекции. Таким образом, симультанные лапароскопические операции являются перспективным направлением хирургии. Они позволяют с минимальной травматичностью избавить больного от двух или нескольких недугов и исключить опасности, связанные с повторными вмешательствами, дают возможность скорректировать патогенетически связанные и взаимоотношающиеся заболевания, сопровождаются быстрой медико-социальной реабилитацией пациентов и высокой экономической эффективностью. При проведении оперативных вмешательств суммарный риск последующих анестезиологических пособий значительно выше при последовательно-изолированных вмешательствах. Возрастающий за последнее время интерес к лапароскопическим симультанным операциям выявил, в перспективе, проблемы, требующие доработки и осмысливания в свете нового хирургического подхода к этим вмешательствам.

138. Сравнительная оценка частоты ранних послеоперационных осложнений после различных способов протезирующей герниопластики паховых грыж

Оскретков В.И., Ганков В.А., Гурьянов А.А., Андреасян А.Р., Маншетов В.В., Балацкий Д.В., Бубенчиков С.П., Федоров В.В., Степаненко Ю.Е.

Барнаул

ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет МЗ РФ

Актуальность исследования. Современные методы герниопластики при паховых грыжах основаны на использовании сетчатых экспантов, исключающих закрытие пахового канала измененными местными тканями путем их натяжения. Цель исследования. Выяснить частоту и тяжесть местных осложнений после лапароскопической предбрюшинной и «открытых» методов протезирующей герниопластики паховых грыж по способам Лихтенштейн-1 и доступом по Нихус. Материалы и методы исследования. С 2011 по 2014 год протезирующая герниопластика была выполнена 245 больным паховыми грыжами. Из них по технологии Лихтенштейн-1 оперировано 146 человек (первая группа). Вторую группу составили 99 больных с предбрюшинной протезирующей герниопластикой различными оперативными доступами – видеолапароскопически (66 чел.) или по Нихус (33 больных). Пациенты первой группы были более старшего возраста, чем во второй

группе (соответственно 54 года и 46 лет). При определении типа паховой грыжи по классификации Нихус было установлено, что в первой группе I-тип отсутствовал, II-тип был у 37 чел (25,3%), IIIA-тип у 44 чел (30,1%), IIIB-тип у 48 чел (32,9%), IV-тип у 17 чел (11,6%). Во второй исследуемой группе I-тип выявлен у 1 больного (1,0%), II-тип у 40 чел (40,4%), IIIA-тип у 27 чел (27,3%), IIIB-тип у 21 чел (21,2%), IV-тип у 10(10,1%) больных. Таким образом, в первой группе на 11,7% было больше больных с грыжами IIIB-типа. Во второй группе больных паховыми грыжами II-типа на 15% было больше, чем в первой группе. Соотношения пациентов с IIIA и IV-типом грыж в исследуемых группах существенно не отличались. Герниопластику по Лихтенштейн – 1 преимущественно выполняли под местной инфильтрационной анестезией (120 больных), реже под спинальной анестезией (21 пациент) или наркозом (5 больных). Во второй группе при герниопластике видеолапароскопическим доступом у всех пациентов использовали наркоз, а при герниопластике доступом по Нихус чаще применяли наркоз (20 больных), реже – спинальную анестезию (13 больных). В качестве экспланта у больных обеих групп обычно использовали полипропиленовую сетку. Результаты исследования. Время выполнения герниопластики по Лихтенштейн -1 было более продолжительным, чем у пациентов второй группы (соответственно 83 и 64 мин) Интраоперационных осложнений в обеих группах не было. В раннем послеоперационном периоде после герниопластики по Лихтенштейн-1 осложнения со стороны операционной раны возникли у 12 чел (8,2%). Почти у половины больных (5 чел) это была серома, значительно реже гематома (2 чел), отек мошонки (2 чел), поверхностная инфекция области оперативного вмешательства (3 больных). Во второй группе больных ранние послеоперационные осложнения у 8 чел (8,1%). Среди них серома возникла у 2 пациентов, у 2 больных был отек мошонки, у 4 человек воспалительный инфильтрат . Все осложнения в обеих группах были устранены консервативно. Средний койко-день в исследуемых группах был одинаковым (соответственно 9.5 и 9 дней), что соответствует срокам пребывания больных в стационаре рекомендованных ТФОМС. Заключение. В раннем послеоперационном периоде по общему количеству местных осложнений между больными, оперированными по технологии Лихтенштейн-1, видеолапароскопическим доступом, а также доступом по Нихус, существенных различий не выявлено. Вместе с тем, при герниопластике по Лихтенштейн-1 чаще возникала серома, что может быть обусловлено большей травматичностью этого вмешательства, чем при предбрюшинной протезирующей герниопластики видеолапароскопическим доступом и доступом по Нихус. Возникшие местные осложнения не зависимо от типа герниопластики не представляли угрозу для жизни больных и купировались консервативными мероприятиями без увеличения срока их госпитализации.

139.Артроскопическая пластика передней крестообразной связки в центре амбулаторной хирургии

Самодай В.Г.(1), Шевченко Д.С.(2), Маншина О.К.(2), Рудой В.Г.(2), Ушкова О.Г.(2)

Воронеж

1)Кафедра травматологии и ортопедии ВГМУ им. Н.Н.Бурденко 2)ЦАХ Воронежской городской клинической поликлиники №7

Актуальность. В настоящее время возросло количество реконструктивно - пластических операций с применением видеоэндоскопической техники, направленных на коррекцию внутрисуставной травматической патологии. И если в начале освоения артроскопические операции выполняли в больничных стационарах, то по мере совершенствования техники их выполнения и уменьшения инвазивности, появилась возможность производить эти вмешательства в центрах амбулаторной хирургии. Цель. Определить эффективность выполнения артроскопической пластики передней крестообразной связки (ПКС) в условиях центра амбулаторной хирургии при Воронежской городской клинической поликлинике №7 (ЦАХ ВГКП №7). Материалы и методы. С 2013 по 2015 гг. в стационаре кратковременного круглосуточного пребывания от 1 до 3 суток ЦАХ ВГКП №7 выполнено 39 артроскопических пластик ПКС аутооттрансплантатом из сухожилий нежной и полусухожильной мышц по транстибиальной методике формирования туннелей. Возраст пациентов от 19 до 52 лет. Масса тела не более 85 кг. Рентгенологические признаки остеоартроза травмированного сустава были не более I ст. Из них 33 (84,6%) пациентам видеоэндоскопические операции выполнены по поводу длительной хронической нестабильности сустава. При этом 6 (15,4%) пациентов обратились за помощью в стадии острой травмы. С целью профилактики развития артрофиброза и контрактуры сустава, операции им были выполнены через 6-8 недель после полного разрешения явлений гемартроза, синовита, отека и увеличения угла сгибания в коленном суставе до 90 и более градусов. Во всех случаях операцию производили под эпидуральной анестезией без наложения кровооста-навливающего жгута. Использовали эндоскопическое оборудование и артроскопические инструменты от производителей: «Крыло», «Mitek»(J&J), «Karl Storz», «Richard Wolf». У 29 (74,4%) пациентов при фиксации трансплантата к большеберцовой кости использовали биодеградируемую конструкцию «гильза-винт» Bio-intrafix. У 10 (25,6%) пациентов с этой целью использовали биоинтерферентный винт Absolut. Во всех случаях фиксацию на бедре выполняли поперечными пинами Rigid fix («Mitek»(J&J)). Пациентам интраоперационно проводили антибиотикопрофилактику (цефтриаксон 2,0 внутривенно), а затем после операции антибиотики вводили внутримышечно продолжительностью до 10 дней, а также назначали НПВП, хондропротекторы. Так как в стационаре кратковременного круглосуточного пребывания ЦАХ ВГКП № 7 пациенты после операции находились в среднем до трех суток, а дальнейшее лечение продолжали у травматолога в поликлиническом хирургическом отделении ВГКП №7, мы придерживались щадящего протокола реабилитации с фиксацией оперированного сустава в жестком наколеннике с регулируемым углом сгибания (ортезе). Первые сутки после операции рекомендовали постельный режим. На вторые сутки после удаления дренажей накладывали ортез с нулевым углом сгибания, рекомендовали ходьбу на костылях с дозированной нагрузкой на оперированную конечность, магнитотерапию. Через трое суток при контрольном осмотре, если состояние пациента было удовлетворительным, разрешали увеличить угол сгибания конечности до 30 градусов, назначали лечебную физкультуру, физиотерапевтическое лечение. Результаты. Из 39 артроскопических реконструкций ПКС у 31 (79,5%) пациентов результаты операции расценены как хорошие. В послеоперационном периоде у 8 (20,5%) больных были отмечены осложнения. Из них в 4 случаях после начала разработки движений возник рецидивирующий синовит, сопровождавшийся субфебрилитетом продолжительностью до трех недель. Посев содержимого сустава роста патогенной флоры не дал. Производили повторные пункции, консервативное лечение. При этом одному пациенту потребовалась повторная артроскопия. Обнаружили внутрисуставной фиброз, сгустки крови, синовит. Во время реартроскопии иссекли спайки, удалили фибрин, произвели лаваж сустава. Явления синовита и субфебрилитета были купированы. По нашему мнению, эти осложнения могут быть связаны с индивидуальной реакцией сустава на вмешательство, длительной его иммобилизацией, недостаточным лаважом, гемартрозом. В 2 случаях после падения пациентов

на оперированное колено произошла внутритуннельная миграция винта. При контрольном МРТ исследовании установлено, что целостность и ход связки сохранены. Пациентам было рекомендовано ограничение сгибания и осевой нагрузки. У 2 женщин 36 и 43 лет через 2-3 недели после операции возник синовиальный свищ в проекции Bio-intrafix. Отделяемое из свища было стерильным. Сустав оставался «спокойным». После иссечения стенок свищи закрылись. У всех пациентов, несмотря на осложнения, достигнуты нормальный объем движений и стабильность сустава, восстановлена мышечная сила. Средняя длительность госпитализации пациентов в стационаре кратковременного круглосуточного пребывания ЦАХ ВГКП № 7 после пластики передней крестообразной связки составила 3.2 дня. Выводы. Наш опыт выполнения артроскопической пластики передней крестообразной связки в условиях стационара кратковременного круглосуточного пребывания центра амбулаторной хирургии при Воронежской городской клинической поликлинике №7 свидетельствует о реальной возможности переноса стационарозамещающих технологий из дорогостоящих больничных стационаров в условия амбулаторно - поликлинического звена, что способствует оказанию своевременной специализированной травматолого - ортопедической помощи большему количеству пациентов при снижении материальных затрат. Положительный опыт произведенных нами артроскопических пластик передней крестообразной связки позволяет предположить дальнейшее расширение спектра видеэндоскопических операций, применение в будущем других реконструктивно - пластических вмешательств.

140.ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ВАКУМНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АНАСТОМОЗОВ ВЕРХНИХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Шишин К.В, Недолужко И.Ю, Курушкина Н.А, Казакова С.С, Павлов И.А, Черникова Е.Н.

Москва

ГБУЗ Московский клинический научный практический центр ДЗМ

Актуальность. Летальность от несостоятельности анастомозов после обширных хирургических вмешательств на пищеводе и желудке достигает 60%. В процессе накопления опыта и совершенствования техники оперативного вмешательства отмечается неуклонное снижение числа осложнений. Методы эндоскопического закрытия перфорации являются приоритетными поскольку сопровождаются меньшим уровнем летальности. Наиболее распространенными методами эндоскопического закрытия несостоятельности анастомозов являются различные варианты клипирования и стентирование пищевода металлическими самораскрывающимися стентами. В публикациях последних лет появились сообщения об успешном использовании в лечении недостаточности анастомозов вакуумной системы Цель. Оценить результаты эндоскопической вакуумной терапии (ЭВТ) у пациентов с несостоятельностью анастомозов верхних отделов ЖКТ. Материал и методы. С марта по декабрь 2015 года несостоятельность анастомозов была диагностирована у 5 пациентов после лапароскопической гастрэктомии (1), проксимальной резекции желудка (3) и продольной резекции желудка (1). Время диагностики несостоятельности составило от 1 до 7 суток после оперативных вмешательств. Несостоятельность анастомозов подтверждена рентгенологическими и эндоскопическими методами исследований.

В одном наблюдении ЭВТ начата на 87 сутки после неэффективного лечения с использованием трех сеансов эндоскопического стентирования на фоне адекватного дренирования средостения. В других наблюдениях ЭВТ начата в день диагностики несостоятельности (3), при этом не потребовалось дополнительных санационно-дренирующих вмешательств по причине ранних сроков диагностики несостоятельности и адекватного дренирования области анастомоза. Размеры несостоятельности составляли от 8 мм до 3 см (2/3 окружности анастомоза). Полиуретановая губчатая система монтировалась на термопластичном желудочном зонде и устанавливалась в просвете пищевода на уровне перфоративного отверстия. С учетом адекватного дренирования полости несостоятельности внутрипросветное расположение аспирационной системы, соответствующей или чуть меньшей по диаметру нормальному размеру просвета пищевода, считали одной из мер профилактики рубцовой стриктуры анастомоза. Непосредственно после установки система подключалась к вакуум-асpirатору с разряжением 100 – 125 мм рт. ст. Система для ЭВТ менялась каждые 3-13 дней (среднее 5,5). Для полного закрытия недостаточности потребовалось от 1 до 5 процедур. Окончательное решение об окончании терапии проводили по результатам визуального осмотра и рентгенологического исследования при отсутствии данных за наличие фистулы. Результаты. Несостоятельность анастомоза успешно устранена у всех пациентов в сроки от до 15 до 29 дней (ср. 19 дней). В одном наблюдении отмечалась дистальная миграция вакуумно-асpirационной системы с последующей необходимостью удаления системы из-за индивидуальной непереносимости. В последующем фистула закрылась самостоятельно на фоне консервативной терапии в течение 1 месяца. Выводы. ЭВТ является эффективным методом лечения несостоятельности анастомозов после гастрэктомии и проксимальной резекции желудка.

141. ПЕРОРАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МИОТОМИЯ

Шишин К.В, Казакова С.С, Недолужко И.Ю, Курушкина Н.А., Васнев О.С, Янова О.Б.

Москва

ГБУЗ Московский клинический научно-практический центр ДЗМ

Актуальность. Ахалазия кардии (АК) – доброкачественное заболевание, характеризующееся неполной релаксацией нижнего пищеводного сфинктера и нарушением моторики пищевода. Основными клиническими проявлениями ахалазии кардии являются дисфагия, регургитация, ретростернальные боли, которые значительно снижают качество жизни пациентов. Цель. Изучить клинические и функциональные результаты пероральной эндоскопической миотомии (ПОЭМ) в лечении ахалазии кардии. Материал и методы. За период с июля 2014г по январь 2016г в МКНЦ ПОЭМ была выполнена у 15 пациентов (8 женщин и 7 мужчин). Средний возраст пациентов составил 45 (от 24 до 66 лет). Стандарт предоперационного обследования и протокол послеоперационного наблюдения включал ЭГДС, рентгенологическое исследование пищевода, манометрию пищевода, оценку степени выраженности дисфагии по шкале Eckardt и оценку качества жизни по SF 36. Суть операции заключается в рассечении циркулярных мышечных волокон нижней трети пищевода на протяжении 5–7 см, нижнего пищеводного сфинктера и 2–3 см кардиальной части желудка. Доступ в подслизистое пространство осуществляется через разрез

слизистой на 3–4 см проксимальнее верхнего уровня планируемой миотомии. Вмешательство выполняется в положении пациента на спине под общей анестезией в условиях ИВЛ. Для исключения негативных последствий (медиастинальной эмфиземы, пневмоперитонеума, пневмоторакса и воздушной эмболии) операция выполняется с использованием диоксида углерода. Распределение пациентов по типу согласно Чикагской классификации: I тип – 11 пациентов (73,3%), II – 3 пациента (20%), III – 1 пациент (6,7%). По стадиям (согласно классификации по Б.В. Петровскому) пациенты распределились следующим образом: 2 стадия – 8 пациента (53,3%), 3 стадия – 7 пациентов (46,7%). Средний балл по шкале Eckardt до операции составил 6,5. Результаты. В приведенной серии наблюдений выполнен планируемый объем оперативного вмешательства. Среднее время операции составило 136,5 мин (105–180 мин). Интраоперационных осложнений не было. При рентгенологическом исследовании в первые сутки нарушения эвакуаторной функции пищевода и выхода контраста за пределы стенки пищевода и желудка выявлено не было. У двух (13,3%) больных отмечались явления остаточного карбоксиперитонеума после полнослойной миотомии. У одной (6,7%) пациентки отмечались явления послеоперационной подкожной эмфиземы. Со вторых суток послеоперационного периода пациенты получали жидкое питание. Средний койко-день составил 3 дня. На сегодняшний день по протоколу послеоперационное обследование было проведено 8 (53,3%) пациентам. При контрольных исследованиях нарушений моторики пищевода выявлено не было. Давление покоя НПС до операции 32,4 мм.рт.ст. (17,6–66,3), после операции – 7,5 мм.рт.ст. (1,0–12,1). Средний балл по шкале Eckardt составил 1. Выводы. Опыт выполнения ПОЭМ показывает его эффективность и безопасность. Для дальнейшей оценки результатов требуется накопление опыта и изучение отдаленных результатов оперативного вмешательства.

142. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ГЛОТОЧНО-ПИЩЕВОДНОГО ДИВЕРТИКУЛА

Недолужко И. Ю, Курушкина Н. А, Шишин К. В., Казакова С. С.

Москва

ГБУЗ Московский клинический научно-практический центр ДЗМ

Актуальность. Глоточно-пищеводный дивертикул (дивертикул Ценкера) – это патологическое выпячивание слизистой оболочки задней стенки гортаноглотки между нижним констриктором глотки и перстне-глоточной мышцей. В настоящее время существует два основных направления хирургического лечения дивертикула Ценкера – «открытые» и трансоральные вмешательства («гибкие» и «жесткие»), но, в связи со стремительным развитием эндоскопического оборудования и инструментария, появляется все больше сообщений об успешном выполнении эндоскопической дивертикулозофагостомии. Цель. Оценить эффективность эндоскопической дивертикулозофагостомии в лечении дивертикула Ценкера. Материал и методы. В период с июля 2014 года по январь 2015 года в МКНЦ выполнено 15 оперативных вмешательств (у 12 пациентов) по поводу дивертикула Ценкера. Средний возраст пациентов составил 66,4 (от 57 до 86 лет). У всех пациентов в предоперационном периоде была дисфагия, регургитация, аспирационный синдром. Протокол обследования включал ЭГДС, рентгенологические исследование пищевода, а также оценку степени дисфагии по шкале Eckardt. Суть оперативного

вмешательства заключается пересечении крикофарингеальной мышцы между полостью дивертикула и истинным просветом пищевода с использованием гибкого эндоскопа и различных ножей для выполнения диссекции в подслизистом слое. Результаты. Интраоперационных осложнений не было. Послеоперационной эмфиземы не отмечено ни в одном наблюдении. На первый день послеоперационного периода всем пациентам выполняли контрольное рентгенологическое исследование с водорастворимым контрастным веществом для оценки эвакуации из остаточной полости дивертикула и контроля герметичности области оперативного вмешательства. Во всех наблюдениях патологических затеков не выявлено. Всем пациентам разрешали жидкое питание в первые сутки послеоперационного периода. Средний койко-день составил 3 дня. В послеоперационном периоде пациенты отметили отсутствие клинических проявлений. При оценке по шкале Eckardt средний показатель до операции составлял 4,7 баллов, после операции – 0,8 баллов. При контрольном рентгенологическом исследовании во всех наблюдениях определялась остаточная полость дивертикула, однако, эвакуация контрастного вещества была не нарушена. У одного пациента выполнено трехэтапное оперативное вмешательство в связи с большой остаточной полостью дивертикула и сохранением клинических проявлений. Возобновление симптомов дисфагии после операции отмечено у одного пациента. При контрольных эндоскопических исследованиях (выполнены 8 пациентам) определялась остаточная полость дивертикула, однако клинического рецидива пациенты не отмечали. Выводы. Эндоскопическая дивертикулоэзофагостомия является малотравматичным, эффективным и безопасным вмешательством у пациентов с глоточно-пищеводным дивертикулом. Описанная методика отличается малой травматичностью, более коротким периодом восстановления и меньшим сроком госпитализации.

143. Малоинвазивные технологии при проведении восстановительных операций на пищеварительном тракте

Ильканич А.Я., Дарвин В.В., Барбашинов Н.А., Воронин Ю.С.

Сургут

БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет», кафедра госпитальной хирургии;
БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница»

Цель исследования анализ эффективности использования малоинвазивных технологий при проведении восстановительных операций на пищеварительном тракте. Материалы и методы проведен анализ лечения стомированных пациентов пролеченных в хирургическом отделении Сургутской окружной клинической больницы в 2014-15 году. В анализируемую группу вошло 32 больных: 14 мужчин (43,8%) и 18 (56,2%) женщин. Средний возраст оперированных - $52,48 \pm 12,8$ лет. Исходным заболеванием, хирургическое лечение которого завершено формированием стомы стал рак толстой кишки – у 21 (65,6%), осложнения дивертикулярной болезни - у 7 (21,9%), ятрогенное повреждение толстой кишки - у 4 (12,5%). Обследование больных включало в себя общеклиническое исследование, фиброколоноскопию, прокто- и иригоскопию, компьютерную томографию, УЗИ, и пр. Локализация опухолевого процесса при первичном хирургическом вмешательстве: рак сигмовидной кишки – у 12 (57,1%), прямой кишки – у 4 (19,0%), левых отделов

ободочной кишки – у 5 (23,9%). Период ношения стомы составил от 4 до 6 месяцев - у 13 (40,6%), от 6 до 12 месяцев – у 12 (37,5%), более 12 месяцев – у 7 (21,9%). Парастомические осложнения отмечены у 25 (78,1%) оперированных: стеноз устья стомы – у 8 (25,0%), парастомическая грыжа – у 14 (43,8%), ретракция стомы – у 3 (9,4%). Сопутствующие общесоматические заболевания выявлены у 23 (71,9%) пациентов. Подготовка к операции осуществлялась препаратами полиэтиленгликоля. Антибиотикопрофилактика применена у всех оперированных. При этом в большинстве наблюдений использован це-фтриаксон в сочетании с метронидазолом (78,4%), амписид (12,1%), амикацин (9,5%). Профилактика тромбозомболических осложнений осуществлена использованием низкомолекулярных антикоагулянтов. Проведен анализ течения раннего послеоперационного периода у больных оперированных из широкого открытого лапаротомного доступа и при использовании малоинвазивных технологий: ла-пароскопического вмешательства и восстановительных операций из ограниченного косопеременного доступа. Результаты и их обсуждение. Все пациенты оперированы в плановом порядке. На выбор способа хирургического вмешательства влиял характер первичного заболевания, тип стомы, вид парастомических осложнений. Восстановительная операция из широкого лапаротомного доступа осуществлена 12 (37,5%) пациентам. 17 (53,1%) больным выполнено видеолапароскопическое восстановление непрерывности пищеварительного тракта. Видеолапароскопия как первый этап хирургического вмешательства предпринята у 23 (71,9%) пациентов. В 6 (18,8%) наблюдениях выполнена конверсия, что было связано с обширным спаечным процессом у 5 (15,6%) пациентов и повреждением тонкой кишки при введении лапаропорта - у 1 (4,3%). При этом 3 (9,4%) пациентам операция проведена из ограниченного косопеременного доступа. Аппаратный шов использован у 27 (84,4%) оперированных. При наличии парастомической грыжи оперативное вмешательство дополнено грыжесечением с использованием сетчатых имплантов. Несостоятельность толстокишечного анастомоза у одного (3,1%) пациента. При сравнительном анализе течения послеоперационного периода отмечено более гладкое течение послеоперационного периода у пациентов, которым выполнено видеолапароскопическое восстановление непрерывности пищеварительного тракта и, в меньшей степени, при операциях из косопеременного доступа: уменьшение потребности в обезболивании, раннее восстановление перистальтики кишечника, ранняя активизация больных, сокращение срока пребывания в стационаре. Таким образом, малоинвазивные технологии при проведении восстановительных операций на пищеварительном тракте позволяют улучшить результаты лечения стомированных пациентов.

144. Результаты лечения больных с полипами толстой кишки

Ильканич А.Я.(1), Дарвин В.В.(1), Кострубин А.Л.(2), Барбашинов Н.А.(2), Курбанов С.С.(2)

Сургут

БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет», кафедра госпитальной хирургии (1), БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница»(2)

Цель исследования: дать оценку эффективности лечения больных с полипами толстой кишки. За период с января 2012 до сентября 2015 гг., в центре колопроктологии Сургутской окружной клинической больницы были обследованы и получили лечение 6422 больных. Проведен анализ

эффективности лечения 712 (11%) больных с полипами толстой кишки. В анализируемой группе 386 мужчин (54,2%) и 326 женщин (45,8%). Регламент проведения эндоскопической полипэктомии: 1. выполняется амбулаторно при: полипе на ножке с диаметром ножки не более 0,5 см; при величине полипа до 1 см.; при полипе с основанием не более 0,5 см. 2. в стационаре при: выявлении полипов большего размера и/или большего размера диаметра ножки полипа, основания полипа. 3. при невозможности проведения эндоскопической полипэктомии проводится хирургическое вмешательство, характер которого определяется совокупностью факторов: локализацией новообразования, его размерами, данными морфологического исследования. Эндоскопическая полипэктомия в амбулаторных условиях выполнена 489 (68,7%) пациентам. В стационар госпитализированы 223 (31,3%) больных. Всем пациентам первичную топическую и морфологическую диагностику проводили амбулаторно. Фиброколоноскопию (ФКС) выполняли по стандартной методике, аппаратом "Olympus" Ex-era IICF-H180AL (Япония). С целью улучшения визуализации и определения границы измененных тканей применяли узкоспектральную эндоскопию. Подготовку осуществляли накануне исследования изотоническим раствором полиэтиленгликоля (макроголь 4000) peros, либо путем ретроградного кишечного лаважа. При отсутствии осложнений раннего послеоперационного периода выписка из стационара осуществлялась на 3 сутки для дальнейшего амбулаторного лечения у врача-колопроктолога по месту жительства. Результаты и их обсуждение. При проведении анализа лечения больных с полипами толстой кишки отмечена тенденция к увеличению числа пациентов с данным заболеванием. Так, число пролеченных увеличилось с 232 в 2012 году до 712 в 2015 г. Удаление полипов толстой кишки выполнено преимущественно методом эндоскопической полипэктомии у 666 (93,5%). У 14 (2,0%) больных развились осложнения вмешательства. У 6 (0,8%) кровотечение из ложа удаленного полипа, остановленное эндоскопически. У 4 (0,6%) перфорация толстой кишки, что потребовало проведения экстренного хирургического вмешательства. Объем операции – лапаротомия, ушивание перфорации. У 4 (0,6%) постполипэктомический синдром. Хирургическое вмешательство потребовалось 46 (6,5%) больным. Всего выполнено 12 (1,7%) полипэктомий из минилапаротомного доступа. Резекция толстой кишки потребовалась 14 (2,0%) больным, трансанальное удаление полипов прямой кишки 20 (2,8%) пациентам. Осложнений послеоперационного периода не наблюдалось. Средний койко-день составил $9,1 \pm 2,4$. У 5 (0,7%) пациентов после проведения окончательного морфологического исследования установлен рак толстой кишки. Таким образом, полипы толстой кишки одно из часто встречающихся заболеваний толстой кишки. При проведении эндоскопического исследования полипы толстой кишки выявляются у 11,0% обследованных. Проведение эндоскопической полипэктомии возможно у 93,5%. Потребность в хирургическом вмешательстве составляет не менее 6,5%. Исключение малигнизации полипа возможно лишь при проведении окончательного морфологического исследования удаленного полипа, а своевременная диагностика полипов и их удаление предотвращают неблагоприятное течение заболевания.

145. СЛУЧАЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПОЛНОСТЕННОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ СТРОМАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ.

Рябов К.Ю., Рудакова М.Н.

Москва

ГБУЗ ДЗМ Городская клиническая больница № 57 (главный врач – кмн Назарова И.А.) Лечебно-диагностическое подразделение №1 (зав. – кмн Жевелюк А.Г.)

В настоящее время отмечается значительное увеличение количества больных, у которых выявляют гастроинтестинальные опухоли (ГИСТ) желудка относительно небольших размеров. Распространенным методом удаления этих опухолей при внутривентральном расположении является эндоскопическое удаление. При наличии экстраорганных ростов даже при небольших размерах опухоли применяют лапароскопический подход. Мы хотим поделиться нашим опытом эндоскопической полностенной резекции желудка при ГИСТ диаметром около 4 см с преимущественно экстраорганным ростом. В видеоролике представлены основные этапы эндоскопической операции. Таким образом, эндоскопическая полностенная резекция при ГИСТ небольших размеров локализуемая в желудке является технически выполнимым и обоснованным вмешательством.

146.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭНТЕРОЛИТОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ БИЛИАРНОГО ИЛЕУСА

Карсотьян Г.С., Фомин В.С., Исаев А.И., Цальцаев А.Ш.

Москва

Кафедра хирургических болезней и клинической ангиологии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, ГБУЗ ГБК им. С.И. Спасокукоцкого

Актуальность. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) по праву считается одной из самых распространенных заболеваний, уступая лидерство в этой невеселой статистике лишь атеросклерозу и значительно опережая язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Вторя вышесказанному, следует признать проблему лечения "болезни благополучия", как образно называют ЖКБ, одной из наиболее злободневных и актуальных в современной медицине (Дибиров М.Д., 2007; Кулиш В.А., 2011). Внутренние желчные свищи являются редким следствием ЖКБ, встречаясь в 3-5% осложненного течения калькулезного холецистита (Arioli D., 2008) и, как правило, формируясь между желчным пузырем и двенадцатиперстной кишкой, таят в себе развитие билиарного илеуса. К сожалению, до сегодняшнего дня в лечении механической непроходимости желчным конкрементом традиционно большинство хирургов прибегают к лапаротомии (Попов Ю.П., 2006; Кулиг В.А., 2011), однако современные малоинвазивные технологии вполне позволяют выполнять как диагностический, так и лечебный объем операций у значительного числа пациентов (Bircan H.Y., 2014). Вашему вниманию приводится клиническое наблюдение успешного применения лапароскопической энтеролитотомии в лечении билиарного илеуса. Клиническое наблюдение. Пациент Я., 74 лет, госпитализирован 01.10.2015г. в 22.30 в экстренном порядке в приемное отделение ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого (ГБУЗ ГКБ№50 ДЗМ) с жалобами на боль в эпигастральной и правой подвздошной областях, тошноту, многократную рвоту. Известно, что вышеописанные жалобы появились за 2-е суток до обращения в стационар. В анамнезе ЖКБ: камненосительство более 3 лет с периодическими «обострениями». Имелся

отягощенный коморбидный фон в виде: ИБС, постоянной формы мерцания предсердий; гипертонической болезни 3 ст., риска ССО 4; нарушение толерантности к глюкозе. Физикально гемодинамических и дыхательных расстройств при поступлении не выявлено. $P_s \sim 80$ уд/мин. Язык обложен, подсушен. Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания, при пальпации несколько напряжен и болезненный, преимущественно в правых, нижних отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга слабopоложительный в указанных анатомических областях. Притупления в отлогих местах брюшной полости нет. Кишечные шумы ослаблены. Симптом Склярова отрицательный. В клиническом анализе крови лейкоцитоз до $19,2 \times 10^9$ /л со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. При УЗ-исследовании от 01.10.2015г.: резко вздуты петли кишечника. Желчный пузырь не визуализируется. Холедох до 6 мм, билиарная сеть не расширена. Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. Рентгенологически в брюшной полости свободного газа и уровней жидкости не определялось. Пневмотоз тонкой кишки. Принимая во внимание клиническую картину, данные анамнеза и лабораторные показатели больному с целью дифференциальной диагностики острого аппендицита и мезентериального тромбоза предложена диагностическая лапароскопия. Получен отказ. Начата инфузионная, спазмолитическая терапия в условиях госпитального отделения. На фоне лечения отмечена незначительная положительная динамика, однако на утро сохранялась болевая физикальная симптоматика, высокий лейкоцитоз. При УЗ-исследовании в динамике (02.10.2015г.) в левых отделах брюшной полости определяются перерастянутые до 35 мм петли кишечника с вялой перистальтикой. Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. Признаки пареза кишечника. После долгих уговоров получено согласие на оперативное вмешательство. 02.10.2015г. в асептических условиях выполнен верхний параумбиликальный разрез. После создания пневмоперитонеума в размере 12 мм.рт.ст. введена оптика, дополнительные «рабочие» троакары: в брюшной полости выпота нет. В подпеченочном пространстве массивный спаечный процесс. Желчный пузырь и передняя стенка дуоденум не визуализируются. Червеобразный отросток не изменен. Петли тонкой кишки в проксимальных отделах делятированы до 3,0 см, содержат жидкость и газ, сероза тусклая, перистальтика вялая, в дистальных отделах в спавшемся состоянии. На расстоянии 150см от илеоцекального угла в просвете тонкой кишки выявлено округлое, плотное, незначительно смещаемое образование до 5см, который полностью перекрывает просвет. Выполнена энтеротомия несколько выше препятствия, желчный камень извлечен из просвета тощей кишки. Слизистая кишки с элементами контактной кровоточивости, без некротических изменений. Герметичность кишки восстановлена 2-х рядным швом викрил 2/0. Отмечено быстрое заполнение дистальных отделов тонкой кишки, восстановление перистальтики. Извлечение макропрепарата в эндоконтейнере. Санация и дренирование брюшной полости. Десуфляция, кожные швы. Течение послеоперационного периода без осложнений. Заживление троакарных ран per prima. Выписан 08.10.2015г. в удовлетворительном состоянии с рекомендациями о проведении планового оперативного вмешательства с целью ликвидации билиодигестивного свища через 6 месяцев. Заключение: развитие медицинских технологий диктует обоснованность применения малоинвазивной хирургии в лечение пациентов с осложненным течением ЖКБ. Активное внедрение видеолапароскопии в лечении билиарного илеуса позволяет диагностировать и корригировать интраоперационные находки с хорошими непосредственными и отдаленными результатами. Дальнейшее накопление опыта, отработка техники, тщательная селекция пациентов позволяет достичь улучшения результатов лечения столь тяжелой группы больных.

147. Применение лапароскопии при диагностике и лечении перекрута жировой подвески сигмовидной кишки.

Гумаров Р.Ф., Мухаметов И.Р.

Альметьевск, Республика Татарстан

ГАУЗ «Альметьевская ЦРБ».

Перекрут и некроз жировой подвески толстой кишки – редко встречающееся острое хирургическое заболевание, которое до операции практически не диагностируется и может вызвать серьезные осложнения вследствие нарушения микроциркуляции кровообращения в стенке кишки. Заболевание протекает как инфильтрат, опухоль толстой кишки, гениталий, абсцесс брюшной полости и малого таза и т.д. Частота данной патологии по данным отечественных и зарубежных авторов составляет 1:500-1:600. С внедрением и применением диагностической лапароскопии в повседневную практику, особенно в экстренные круглосуточные дежурства, обеспечило возможность точно установить диагноз и своевременно произвести лечебные мероприятия т.е. выполнить экстренную хирургическую операцию. За период с 2014 по 2015 год в ГАУЗ «Альметьевской ЦРБ» с подозрением на перекрут жировой подвески толстого кишечника находились 5-и пациентов (все мужчины), у 4-х – диагноз подтверждён, у 1-го при выполнении лапароскопии – исключён. Диагноз подозревался чаще у пациентов тучных, с высокой температурой до 38-39С, с левосторонними болями в подвздошной области более суток с момента заболевания. При выполнении лапароскопии и уточнении диагноза, жировая подвеска удалялась эндоскопически: выделялась диссектором или крючком, отсекалась ножницами, с обязательной ревизией и осмотром кишечной стенки на предмет возможного её некроза. Брюшная полость санировалась достаточным количеством растворов антисептиков, далее устанавливались 2 дренажные трубки, для контроля, которые удалялись на 2-3 сутки после операции. У всех 4-х пациентов операция проходила без особенностей, и не пришлось переходить на открытую лапаротомию. Все пациенты выписаны на 5-6 сутки после операции. Таким образом, применение диагностической лапароскопии позволило точно установить диагноз, своевременно выполнить оперативное вмешательство и избежать выполнения напрасной открытой лапаротомии

148. СОЧЕТАННАЯ ВИДЕОТОРАКО- И ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ И ЖИВОТА

Познанский С.В.

Иваново

Ивановская Государственная Медицинская Академия

Драматизм проблемы политравмы в значительной степени обусловлен сложностями диагностики сочетанных повреждений, требующими высокой степени визуализации. Среди них классическими являются феномен взаимного отягощения, особенно остро проявляющийся при торакоабдоминальных травмах, а также существенные различия в хирургической тактике при разной морфологии повреждений. Известно, что шок при сочетанной травме в 68% случаев является следствием массивного кровотечения, в первую очередь, в свободные пространства плевральной и брюшной полостей. В тоже время, у половины пострадавших выполняются необоснованные открытые операции, усугубляющие течение травматического шока. Наиболее неблагоприятным является сочетание торако- и лапаротомии, которое кроме запредельной травматизации приводит так же к повреждению основных групп дыхательных мышц. Решением данной дилеммы становятся современные минимально инвазивные технологии, диапневтические возможности которых объединяют диагностику и лечение в единый цикл. Тем не менее, при закрытой торакоабдоминальной травме применение видеоторако- и видеолапароскопии не получило должного распространения, а показания и порядок их выполнения отличаются вариабельностью. Проведен анализ результатов лечения 56 пострадавших с сочетанной закрытой торакоабдоминальной травмой, госпитализированных в Региональный травмоцентр 1 уровня г. Иваново. Среди обстоятельств травмы ДТП составили 41 случай, падение с высоты – 8, насильственные действия – 5, сдавления – 2. Для обследования применялись стандартные методы, которые по показаниям включали УЗИ плевральной и брюшной полостей (в том числе по протоколу FAST) и МСКТ. В контрольной группе, состоящей из 34 человек, произведены сочетанные открытые вмешательства на органах грудной и брюшной полости. Последовательность и сроки их выполнения определялись доминирующими проявлениями повреждения, при этом в первую очередь у 11 больных проведена торакотомия, а у 23 – лапаротомия. После открытого доступа производилось устранение имеющихся повреждений в различных комбинациях: лобэктомия (2), аппаратная резекция легкого (3), ушивание легкого (7), коагуляция разрыва легкого (4), перикостальный шов (1), коагуляция сосудов грудной клетки (2), трансторакальное ушивание диафрагмы (3), устранение свернувшегося гемоторакса (6), ликвидация фибриноторакса (1), плеврэктомия (5), спленэктомия (11), ушивание разрывов печени (6), коагуляция разрывов печени (3), ушивание разрыва кишки (1), резекция тонкой кишки (4), сигмостомия (1), трансабдоминальное ушивание диафрагмы (2). В 2 случаях выявлен малый гемоторакс, а в 6 – минимальный гемоперитонеум, вмешательство ограничивалось санацией и дренированием полостей. У 1 оперированного лапаротомия имела исключительно диагностический характер. Таким образом, ошибки при определении хирургической тактики констатированы в 9 случаях. В основную группу включены 22 пациента, у которых применялось сочетание ВТС и ВЛС. Очередность и сроки выполнения манипуляций зависели от результатов неинвазивной диагностики согласно классификации тяжести повреждений Коллегии травматологов Американского общества хирургов. У 7 пациентов видеоторако- лапароскопия предшествовала видеолапароскопии, а обратная последовательность имела место в 15 наблюдениях. В результате точной диагностики конверсия к последовательному выполнению торакотомии и лапаротомии проведена у 4 (18,2%) пациентов. У 11 (50,0%) человек, используя эндоскопическую технику, удалось избежать сочетания открытых вмешательств. При этом только торакотомия выполнялась у 3 (13,6%) пострадавших, только лапаротомия – у 8 (36,4%). У остальных 7 (31,8%) больных открытые оперативные вмешательства не проводились. Переход к открытому доступу проводился с целью ушивания раны правого предсердия (1), атипичной резекции легкого (2), наложения временных гемостатических швов «en masse» в качестве первой степени «damage control» (1), ушивания разрывов легкого (2), ушивания раны пролабированного желудка и аллопластики диафрагмы (1), спленэктомии (5), ушивания разрывов печени III-IV

степени (3), резекции кишки (1), ушивания разрыва кишки (1), спленэктомии и ушивания повреждений печени с холецистостомой (1), спленэктомии и наложения сигмостомы путем выведения поврежденного участка в рану (1). Эндовидеохирургические манипуляции заключались в коагуляции межреберных сосудов (3), резекции легкого эндостеплером (1), ревизии плевральной полости (2), ликвидации свернувшегося гемоторакса, плеврита, посттравматической эмпиемы плевры (4), интракорпоральном шве диафрагмы (1), коагуляции разрывов печени I-II степени (2), санации брюшной полости (2), ревизии брюшной полости (2). Необходимо отметить, что видеоторако- и видеолапароскопия стали единственными методами диагностики, позволившими объективно дифференцировать разрыв и травматическую релаксацию диафрагмы. Также при обнаружении дефекта диафрагмы в одной полости они дали возможность уточнить повреждения органов в другой. Подобная ситуация ранее зачастую являлась поводом для сочетанного открытого вмешательства. При сличении протоколов операций контрольной группы и эндовидеохирургических вмешательств морфология и степень повреждения по Moore совпала у 28 (82,4%) пациентов. Применяв эндовидеохирургические технологии, у 22 (64,7%) пациентов контрольной группы можно было избежать торакотомии, у 6 (17,6%) – лапаротомии и у 6 (17,6%) – обоих открытых вмешательств. Последовательное использование ВТС и ВЛС при сочетанных повреждениях груди и живота позволяет полностью избежать необоснованных открытых операций у каждого третьего пострадавшего. При одновременном наличии показаний к эндоскопическому обследованию плевральной и брюшной полости ВТС следует выполнять первым этапом при большом и среднем гемотораксе.

149.Преимущество симультанных лапароскопических вмешательств на органах брюшной полости у женщин

Махмадов Ф.И.(1), Курбонов К.М.(1), Холов К.Р. (2), Расулов Н.А.(3)

Душанбе

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино (1) Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Душанбе (2) ГОУ ИПО в СЗ РТ, кафедра хирургии (3)

Цель исследования. Изучить возможности и преимущество симультанных лапароскопических вмешательств на органах брюшной полости у женщин. Материалы и методы. За период 2013 по 2015 годы в эндохирургическом отделении ГКБ скорой медицинской помощи г. Душанбе 21 женщинам произведены симультанные лапароскопические вмешательства на органах брюшной полости. Возраст больных варьировал от 17 до 68 лет. Все пациентки были госпитализированы с диагнозом: Желчнокаменная болезнь. Острый (n=15) или хронический (n=6) калькулезный холецистит. Сопутствующими патологиями оказались заболевания органов гениталия, в частности киста яичников (n=15), спаечный процесс малого таза женщин детородного возраста, приводящие к бесплодию (n=4) и инородное тело малого таза (n=2). Основным этапом операций являлась лапароскопическая холецистэктомия. При поступлении больным выполнялся весь спектр клинико-лабораторных исследований, а также УЗИ брюшной полости. Результаты. Определение очередности этапов симультанной операции происходило в соответствии с принципом

асептичности, т.е. первым выполнялось вмешательство на менее инфицированном органе. Окончательное решение об очередности выполнения этапов вмешательства принимали во время обзорной лапароскопии, которая позволяет выявить наличие топографо-анатомических особенностей или осложненные формы одного из заболеваний. Так, в 4 наблюдениях спаечного процесса малого таза первым этапом проводился адгезиолизис, вторым – лапароскопическая холецистэктомия. А в остальных 15 (78,9%) случаях лапароскопическая холецистэктомия являлась первым этапом операций. Наличие сочетанных заболеваний органов малого таза у женщин позволяло осуществить одномоментную хирургическую коррекцию, не изменяя положения больного на операционном столе, расстановки операционной бригады и практически не прибегая к дополнительным доступам. В связи с этим нами разработан способ установки троакаров, предварительным определением очередности этапов, с учетом дополнительных этапов операции, положение монитора, расположение операционной бригады, локализации доступа и положением больного на операционном столе во время каждого этапа. Особенностью сочетания холецистэктомии и операций на органах малого таза является значительная удаленность друг от друга органов, подлежащих вмешательству. В связи с этим, размещению троакаров для введения инструментов придавали особое значение. В процессе отработки техники (в частности в нашей клинике налажено лапароскопическая холецистэктомия из 2-х рабочих троакаров) отмечено, что зажим, введенный в крайний правый троакар, после тракции желчного пузыря за дно, как правило, остается фиксированном положении большую часть операции. Поэтому смещение правого латерального доступа вниз до уровня пупка или на несколько сантиметров ниже не усложняют тракцию желчного пузыря при его выделении. С другой стороны, этот доступ оказывается достаточным при операциях на придатках. Особенностью выполнения симультанных лапароскопических холецистэктомий и кист левого яичника, является перемещение оператора с правой стороны пациента, который обеспечивает больше анатомических ориентиров, улучшая визуализацию и доступ к левому яичнику. В этом случае места введения одного 5 мм троакара зеркально соответствует таковым при операциях справа. Технических затруднений и послеоперационных осложнений по разработанному способу не отмечено. Заключение. Выполнение симультанных лапароскопических операций в условиях современной клиники позволяет, избавит больных сразу от нескольких заболеваний, устраняет риск повторных вмешательств и связанных с ними стрессовых реакций, повышает экономическую эффективность лечения и качество жизни больных.

150.Симультанные лапароскопические вмешательства при эхинококкозе печени и хроническом калькулезном холецистите

Махмадов Ф.И. (1), Камилов Г.Т. (2), Холов К.Р. (2), Султонов Б.Д. (2), Икромов Б.А. (2)

Душанбе

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино (1) Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Душанбе (2)

Цель исследования. Изучить возможность и эффективность симультанных лапароскопических операций при эхинококкозе печени и хроническом калькулезном холецистите. Материал и

методы. За период 2012 по декабрь 2015 года в отделении эндохирургии ГКБ скорой медицинской помощи г. Душанбе выполнено 32 лапароскопических эхинококкэктомий из печени. Из них в 9 (28,1%) наблюдениях при сочетании эхинококкоза печени с желчнокаменной болезнью, выполнено симультанная лапароскопическая эхинококкэктомия и холецистэктомия. У всех пациентов эти патологии выявлены при обследовании с применением УЗИ органов брюшной полости. Диаметр эхинококковых кист печени варьировал от 5,0 до 11,0 см. Все кисты располагались в «лапароскопических» доступах (6 кист располагались на правой, 3 - на левой доле печени), что позволили выбрать эндохирургический способ операций. Результаты. Различные варианты эхинококкэктомии проводили вторым этапом после выполнения типичной холецистэктомии. Для профилактики диссеминации эхинококковой жидкости предварительно эхинококковую кисту изолировали тампонами, смоченными 0,5% спиртовым раствором Фенбендазола. Во всех случаях после пункции и аспирации эхинококковой жидкости в полость кисты ввели соответствующее количество 0,5% спиртового раствора Фенбендазола с экспозицией 3-5 минут. После трёхкратной обработки остаточной полости антипаразитарными растворами, путем введения камеры лапароскопа проводилось визуальный осмотр на наличие желчных свищей. В одном случае найден и коагулирован цистобилиарный свищ. В 4 наблюдениях при размере кисты 5,0-6,0 см остаточная полость ликвидирована путем наложения нескольких выворачивающих швов. А в 5 случаях, когда эхинококковые кисты имели размер более 6,0 см произведено субтотальная перицистэктомия с дренированием остаточной полости дренажной трубкой. Операцию заканчивали дополнительным дренированием подпеченочного пространства. Осложнений во время операции и в ближайшем периоде после нее не наблюдалось. Пациенты были выписаны в те же сроки, что и после обычной лапароскопической холецистэктомии. Результаты лечения прослежены в сроки от 3 месяцев до 1 года под контролем УЗИ. Рецидивов не обнаружено. Заключение. Таким образом, при выявлении сочетанной патологии, как эхинококкоз печени и желчнокаменная болезнь показано одновременное лапароскопическое пособие.

151.Выбор поэтапного метода лечения у больных с осложненным калькулезным холециститом пожилого и старческого возраста

Махмадов Ф.И. (1), Курбонов К.М. (1), Мирзоев А.Ф. (1), Восиев А.С. (2), Нурув З.Х. (2)

Душанбе

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино (1) Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Душанбе (2)

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных осложненным калькулезным холециститом пожилого и старческого возраста. Материал и методы. За последние 5 лет на базе ГКБ скорой медицинской помощи г. Душанбе с применением миниинвазивной технологии пролечены 29 пациентов пожилого и старческого возраста с осложненными формами острого калькулезного холецистита, с тяжелой сопутствующей патологией и зачастую развитием синдрома взаимного отягощения. Возраст больных варьировал от 60 до 84 лет, в т.ч. пациентов пожилого возраста было 14 (48,3%), раннего старческого возраста – 10 (34,5%), глубокого старческого возраста – 5 (17,2%). Женщин было 13 (44,8%), мужчин - 16 (55,2%). У всех больных были тяжелые

сопутствующие заболевания. Из осложнений острого калькулезного холецистита механическая желтуха отмечена у 13 (44,8%) пациентов, холедохолитиаз без признаков механической желтухи - у 6 (20,8%), перивезикальный инфильтрат - у 3 (10,3%), гнойный холангит - у 4 (13,8%), перивезикальный абсцесс - у 3 (10,3%). Для улучшения результатов считали целесообразным разделить лечение больных на несколько этапов. Результаты. Как первый этап декомпрессии холецистостома, дренирование правого и левого печеночного протока под УЗ навигацией произведены 26 (89,6%) пациентам, что при этом вмешательства были эффективными у 23 (88,5%) больных, неэффективными у 2 (7,7%), временный эффект получен у 1 (3,8%). В 3 (10,4%) наблюдениях пункция перивезикального абсцесса и наложение холецистостомы под УЗ навигацией. В процессе лечения умерли 3 (10,4%) больных по причинам, не связанным с проведением вмешательств. На втором этапе 9 (31,0%) пациентам выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией. После купирования признаков острого холецистита 13 (44,8%) больным выполнено лапароскопическая холецистэктомия с дренированием холедоха (n=6), и 10 (34,5%) – традиционная холецистэктомия. Остальные больные не были оперированы в связи с декомпенсацией сопутствующих состояний или отказались от операции. Случаев летального исхода после лапароскопических операций не было. После радикальной полостной операции умерла одна больная. Заключение. Таким образом, использование на первом этапе лечения декомпрессивных вмешательств под УЗ навигацией и эндоскопических методов позволяет расширить границы применения лапароскопических операций, улучшить результаты радикального лечения у данного тяжелого контингента больных.

152.Видеолапароскопические подходы при аппендикулярном перитоните

Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Гафуров Ф.Б.

Душанбе

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. Изучить различные варианты видеолапароскопических подходов при аппендикулярном перитоните. Материал и методы. В работе представлены данные лечения 9 пациентов, которые поступили в ГKB скорой медицинской помощи г. Душанбе с острым аппендицитом, осложнившимся распространенным перитонитом в период с февраля 2012 года по настоящее время, которым произведены лечебные видеолапароскопии. Возраст больных варьировал от 19 до 44 лет. Мужчин было 7 (77,8%), женщин – 2 (22,2%). В 3 (33,3%) наблюдениях установлено прорыв аппендикулярного абсцесса в свободную брюшную полость, а в остальных (n=6) случаях имелась картина перфорации деструктивно-измененного червеобразного отростка. Основным методом инструментального исследования при поступлении явилось УЗИ, при котором определяли наличие свободной жидкости в брюшной полости с уточнением её локализации и количества. С целью профилактики гнойно-септических осложнений за 30 минут до начала операции больным вводили внутривенно 1,0 гр. Тиенам. В предоперационном периоде у больных с выраженными признаками интоксикации и гиповолемии проводилась кратковременная предоперационная инфузионная подготовка. Результаты. При лапароскопических вмешательствах в частности (51,0% случаях) обработка культи червеобразного отростка производилась

лигатурным методом. Погружение культи червеобразного отростка осуществляли у – 45,2% больных с использованием отдельных узловых швов, у больных с явлениями тифлита (n=2) и воспалительными изменениями (n=1) у основания отростка. Пересечение одноименной артерии обычно производилось вместе с брыжейкой червеобразного отростка путем их коагуляции без дополнительного лигирования и клипирования. Для этого использовался как биполярный, так и монополярный режим. Нами отмечено, что при использовании монополярной коагуляции в ряде случаев формируется большой коагуляционный некроз, изредка переходящий на купол слепой кишки. В то же время опыт показывает, что применение биполярной коагуляции позволяет избежать обширного термического поражения. Учитывая это, мы отдали предпочтение биполярной коагуляции при пересечении брыжейки червеобразного отростка. В ряде случаев (n=2) для обработки брыжейки червеобразного отростка применяли танталовые клипсы. В качестве санационных растворов использовали антисептический раствор Декасана. Объем жидкости для адекватной санации выбирали с учетом распространенности воспалительного процесса, анатомических особенностей брюшной полости и исключения затекания промывных растворов в интактные отделы. Объем промывной жидкости применяли из расчета 200,0 мл на одну заинтересованную анатомическую область. Дренирование брюшной полости при распространенном перитоните считалась обязательным с соблюдением стандартных принципов. Продолжительность оперативных вмешательств варьировала от 46 минут до 1 часов 55 минут, что в среднем составило $80,5 \pm 20,5$ минуты. Смертельных исходов среди больных, перенесших видеолапароскопические вмешательства, мы не наблюдали. Заключение. Таким образом, видеолапароскопический подход при аппендикулярном перитоните наряду с аппендэктомией позволяет провести профилактику полного бактериального обсеменения брюшной полости с малой травматизацией. А также четкая визуализация всех, даже самых труднодоступных отделов брюшной полости, возможность осмотра с оптическим увеличением, использование подающей струи антисептического раствора под давлением, позволяют полноценно, и в то же время достаточно щадяще, провести удаление не только жидкого экссудата, но и плотных фиброзно-гнойных наложений.

153. Проблема и методы профилактики образования троакарных грыж после лапароскопических операций

Сердюков М.А, Кчибеков Э.А, Бондарев В.А.

Астрахань

ГБОУ ВПО "Астраханский ГМУ" Минздрава России

С увеличением в хирургической практике количества лапароскопических операций на органах брюшной полости выросло и количество больных с появившимися послеоперационными грыжами в месте введения портов. Проблему «троакарных грыж» мы встречаем и в других литературных источниках. Так за последние пять лет в отделении хирургии НУЗ Отделенческая больница на ст. Астрахань 1 ОАО РЖД было пролечено 20 больных с послеоперационными грыжами после лапароскопических операциях на органах малого таза и брюшной полости. Возраст поступивших больных с данным осложнением варьировал от 20 до 65 лет. Шесть больных оперированы в

данном стационаре, а четырнадцать оперированы в других стационарах города и области. После хирургических операций осложнения были у семнадцати больных, а после гинекологических у троих. Большее количество осложнений возникало при экстренных операциях, как у женщин, так и у мужчин. В большинстве случаев данные больные оперированы по поводу деструктивных или скрытых форм желчнокаменной болезни. В одном случае осложнение возникло после диагностической лапароскопии с образованием послеоперационной грыжи в области пупка. По расположению послеоперационных грыж больные распределились следующим образом. У 12 пациентов грыжа располагалась в области пупка в месте введения первого троакара для введения камеры, в 8 случаях грыжи располагались в эпигастральной области. Прокол в эпигастральной области применялся при лапароскопических операциях при холецистэктомии и при операции по поводу дренирования эхинококковой кисты. У троих пациентов, оперированных в нашей клинике, грыжи располагались в эпигастральной области и в двух случаях в области пупка. Четверо из них оперированы в экстренном порядке с диагнозом острый холецистит. При анализе данных случаев выявлено, что у двух пациентов операция проходила с дополнительным рассечением передней брюшной стенки в виду больших размеров самого пузыря (флегмонозно измененного) и больших размеров конкрементов находящихся в нем. В последнем случае размер конкремента был 5х3 см. В области пупка грыжевой дефект в одном случае был образован вследствие попадания троакара непосредственно в пупочное кольцо с его рассечением, в другом случае больная оперирована в экстренном порядке, производилась диагностическая лапароскопия с дальнейшей холецистэктомией. Независимо от применения дополнительного рассечения передней брюшной стенки, троакарные раны в эпигастральной области и в области пупка при необходимости в последние 4 года подвергались обязательному прошиванию. Всем больным, поступившим в наш стационар, с послеоперационными грыжами произведены плановые оперативные вмешательства. Больным с послеоперационными грыжами в эпигастральной области произведены операции с пластикой апоневроза двухрядными швами. При грыжах в области пупка произведены пластики по Мейо или с применением полипропиленовой сетки. У двух больных оперированных в других стационарах города было сочетание послеоперационной грыжи в области пупка с диастазом прямых мышц живота. Данные больные были прооперированы по предложенной в нашей клинике методике. У всех больных послеоперационный период протекал без особенностей. При детальном рассмотрении проблемы образования послеоперационных грыж в области эпигастрия обнаружено, что при введении троакара происходило частичное пересечение прямой мышцы живота с правой стороны. В дальнейшем при повышении внутрибрюшного давления происходило образование грыжи в данной области. Так в нашей клинике более четко вводится троакар в данной области, чтоб он непосредственно проходил через апоневроз белой линии живота. Для этого троакары смещают от белой линии живота в левую половину и под углом 45° водят через апоневроз под контролем лапароскопа со стороны брюшной полости. Таким образом; при применении лапароскопической техники лечения больных с той или иной патологией брюшной полости и малого таза необходимо более рациональное нахождение места введения троакара. При меньшей травматизации пупочного кольца и прямой мышцы живота. Тщательное ушивание троакарных ран с применением скорняжной иглы при дополнительном рассечении тканей в эпигастральной области предотвращает образование в дальнейшем грыж в данной области. После извлечения троакара в области пупка необходим контроль размера отверстия после него, при необходимости ушивание его одной из методик. При применении предложенных тактик, количество осложнений с образованием послеоперационных грыж в последнее время в нашей клинике уменьшилось почти в 4 раза.

154.К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Тотиков В.З., Тобоев Д.В., Тотиков З.В.

Владикавказ

СОГМА

Цель исследования: улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения больных холедохолитиазом в сочетании с калькулезным холециститом. Материал и методы. Исследованы 192 больных неосложненным холедохолитиазом в сочетании с хроническим калькулезным холециститом, находившихся в хирургических отделениях г. Владикавказа. Сроки наблюдения за больными от 3 до 5 лет. В первую группу вошли 64 больных которым были выполнены эндоскопические папилосфинктеротомию (ЭПСТ) с последующей лапароскопической холецистэктомией Вторую группу составили 72 больных, которым выполнено минилапаротомия с помощью набора «Миниассистент», холецистэктомия, холедохолитотомия, фиброхолангиоскопию, холедохостомию по Керу. В основном использовали дренажи Кера 16 или 18 Fr. Ушивание стенки холедоха на дренаже выполняли рассасывающимся монофиламентным шовным материалом 3-0, 4-0. В третью группу были включены 56 больных, с лапароскопической холецистэктомией, холедохолитотомией, фиброхолангиоскопией, холедохостомией по Керу. Результаты. В первой группе в раннем послеоперационном периоде при выполнении ЭПСТ у 8 больных (12,5%) развился отечный панкреатит. У двух больных (3,1%) развился панкреонекроз, который у 1(1,5%) из них являлся причиной летального исхода. Еще у одного больного (1,6%) отмечено кровотечение из рассеченной папиллы. При эзофагогастродуоденоскопии кровотечение остановлено с помощью коагуляции. Кроме того у 4 больных (6,3%) выполнить ЭПСТ не удалось из-за размеров конкрементов более 1 см. Еще у одного пациента (1,6%) попытка ЭПСТ оказалась неэффективной из-за парапапиллярного дивертикула. На этапе выполнения лапароскопической холецистэктомии осложнений не зарегистрировано. При оценки отдаленных результатов лечения у 5 больных (7,8%) выявлен рефлюкс-холангит. Стеноз БДС развился у двух больных (3,1%), что потребовало повторное выполнение ЭПСТ. Резидуальный холедохолитиаз отмечен в 1 случае (1,6%). Во второй группе больных интраоперационных осложнений не было. У 2 больных извлечь конкремент «вколоченный» в дистальный отдел холедоха не удалось, в связи с чем была выполнена папилосфинктеротомия. На 21 сутки после удаления дренажа Кера в одном случае (1,3%) диагностировано желчеистечение в свободную брюшную полость. Выполнена лапароскопическая санация и дренирование подпеченочного пространства и правого бокового канала. У двух больных отмечено инфицирование послеоперационной раны (2,6%). В позднем послеоперационном периоде холедохолитиаз вывален у одного больного (1,3%). Стриктур общего желчного протока не выявлено. В третьей группе больных переход на мини лапаротомию осуществлен в одном случае (1,8%) из-за интраоперационного повреждения внепеченочных желчных протоков. Еще в одном случае (1,8%) выполнен переход на минилапаротомию, когда лапароскопическая холедохолитотомия оказалась неэффективной ввиду множественного холедохолитиаза и сложностях лапароскопической литоэкстракции. После удаления дренажа Кера на 21 сутки в двух наблюдениях (3,6%) отмечено желчеистечение в свободную брюшную полость, что потребовало выполнения лапароскопии и дополнительного дренирования

подпеченочного пространства. В позднем послеоперационном периоде в одном случае развилась частичная (неполная) ограниченная стриктура холедоха, что потребовало продольного рассечения протока на месте стриктуры с поперечным ушиванием разреза. Необходимо отметить, что указанные осложнения в виде повреждения желчных протоков и развитие стриктуры отмечены на этапе освоения методики лапароскопической холедохолитотомии. Заключение. Таким образом, проблема лечения больных холедохолитиазом в сочетании с калькулезным холециститом, несмотря на свою давность, еще далека от своего окончательного решения. Анализ ближайший и отдаленных результатов хирургического лечения показал, что выбор метода операции должен быть индивидуализирован.

155.Эндоскопические внутрипросветные вмешательства при панкреонекрозе

Логинов Е.В.(2), Дарвин В.В.(1), Романенков С.Н.(2), Зубик Н.В.(2).

Сургут, Нефтеюганск

1)Сургутский государственный университет, 2)Нефтеюганская окружная клиническая больница.

Цель исследования: определить эффективность эндоскопических вмешательств в диагностике и лечении пациентов с панкреонекрозом (ПН). Материал и методы исследования: проведен анализ лечения 179 больных с ПН в возрасте от 20 до 76 лет, которым были применены малоинвазивные лечебные технологии. Мужчин было 157 (87,7%), женщин 22 (12,3%). Методы диагностики: общеклинические анализы, УЗИ, компьютерная томография, лапароскопия. Распределение по группам: больные распределены на 2 группы. 1-я группа асептический панкреонекроз - 138 (77,1%) пациента. 2-я группа инфицированный панкреонекроз - 41 (22,9%). Летальность: умерло 31 (17,3%) больных. Алгоритм лечения пациентов с панкреонекрозом: больных с ПН госпитализировали в отделение анестезиологии и реанимации, для проведения консервативной интенсивной терапии: инфузионно-детоксикационную терапию в сочетании с экстракорпоральными методами детоксикации, октреотид, ингибиторы протеаз, блокаторы протонной помпы, антибактериальную терапию. Этапы внедрения внутрипросветных вмешательств при ПН в БУ «НОКБ»: 1 этап – с 2005 года в комплекс интенсивной консервативной терапии тяжелого ПН включена эндоскопическая внутрипросветная коррекция (ЭВК) нарушений оттока панкреатического секрета: выполнена первая эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) при тяжелом панкреатите. 2 этап – с мая 2009 года ЭПСТ дополнили вирсунготомией(ВТ). 3 этап - с декабря 2009 года ЭПСТ и ВТ дополнены стентированием протока поджелудочной железы и, при наличии механической желтухи, стентированием холедоха. Количество выполненных внутрипросветных вмешательств при ПН: ЭПСТ – 3 (1,6%) наблюдения; ЭПСТ и ВТ – 86 (48,04%)наблюдений; ЭПСТ, ВТ и стентирование протока поджелудочной железы – 20 (11,2%) наблюдений (14 «коротких» стентов длиной 30 мм - 7,8% наблюдений и, с 2012 года, 6 «длинных» стентов длиной 60-130 мм – 3,4% наблюдений). Результаты и их обсуждение: использование ЭВК в комплексной консервативной терапии ПН в большинстве наблюдений (82,7%) приводило к выздоровлению пациентов. В 9 случаях попытка ЭВК оказалась безрезультатной из-за выраженных воспалительных изменений стенки двенадцатиперстной кишки, значительного сужения ее просвета, что исключало возможность

манипулирования в зоне БСДК. Анализ показал, что во всех этих случаях срок от начала заболевания превышал 7-10 суток. У 20 пациентов, в первые 3-7 суток с момента заболевания, выполнена папиллосфинктеротомия с вирсунготомией в сочетании со стентированием главного панкреатического протока. Использовали панкреатические стенты диаметром 5 - 7 Fr и длиной от 30 до 130 мм, у 6 пациентов учитывая наличие механической желтухи выполнили стентирование Вирсунгова протока и холедоха. В 5 наблюдениях при наличии признаков деструкции по данным КТ во всех отделах поджелудочной железы до вмешательства, после стентирования ВП было отмечено продолжение прогрессирования ПН. В этих случаях были установлены 3 «длинных» стента 60 -130 мм и 2 «коротких» стента до 30мм, т.е. на прогрессирование ПН наличие установленного стента и его длина в данных случаях влияния не оказала. В остальных 15 наблюдениях после выполнения ЭПСТ, ВТ и стентирования Вирсунгова протока (3«длинных» 60-130 мм и 12 «коротких» стентов 30 мм) наблюдалась положительная динамика с выздоровлением. В этих случаях признаки ПН по данным КТ локализовались в основном в головке поджелудочной железы, т.е. стент, установленный через сдавленный отечной головкой поджелудочной железы Вирсунгов проток обеспечивал адекватный отток панкреатического секрета и создавал условия для abortивного течения патологического процесса. Выводы: оптимальный срок для эндоскопической внутрипросветной коррекции при ПН являются 3 – 5 сутки от начала заболевания, стентирование главного панкреатического протока эффективно при локализации ограниченных деструктивных изменений в основном в головке и теле поджелудочной железы при условии проведения стента через сдавленные поперечным инфильтративно-воспалительным процессом отделы главного панкреатического протока.

156. ПЕРВЫЙ ОПЫТ НОВОГО МЕТОДА МИНИИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАЦИЙ ПИЩЕВОДА

Кулиш П.А.(1), Попов А.Ю.(1), Порханов В.А.(1), Барышев А.Г.(1), Быков М.И.(1), Славинский В.Г.(1), Коваленко А.Л.(1), Кулиш В.А.(2)

Краснодар

1)ГБУЗ «НИИ КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №1 им.С.В.ОЧАПОВСКОГО» 2)МБУЗ КГК "БСМП"

Введение Перфорация пищевода является достаточно тяжелым состоянием с высокой смертностью, достигающей 20-90%. Основными причинами смерти являются: медиастинит, эмпиема плевры и перитонит, которые приводят к сепсису и полиорганной недостаточности. Традиционные методы лечения (от ушивания дефекта и дренирования до эзофагостомии и экстирпации пищевода) зачастую бывают мало эффективными в силу своей высокой травматичности на фоне инфекционного процесса. В связи с вышеизложенным, вполне логичным был поиск более эффективных методов лечения, к которым принадлежит метод эндоскопической вакуумной терапии (endoscopic vacuum therapy). Первые отдельные сообщения применения новой методики отмечены около 8-10 лет назад. В связи с тем, что отечественных публикаций не найдено, за основу были взяты зарубежный опыт, с некоторыми усовершенствованиями и дополнениями в методике. Материалы и методы. В основе методики лежит принцип вакуумной терапии, который уже себя зарекомендовал в лечении гнойных ран. За счет постоянного вакуума, распределенного по поверхности раны через поролоновую губку, улучшается кровоснабжение

раны, убираются токсические продукты, значительно ускоряется рост тканей. Данная вакуумная терапия возможна и внутри просвета желудочно-кишечного тракта. Поролоновая губка оборачивается вокруг полипропиленовой трубки диаметром 3-6 мм, умеренной жесткости, с несколькими отверстиями на дистальном конце. Губка фиксируется к трубке несколькими прошивающими лигатурами с оставленными концами ниток в 1-2 см (для удобства захвата эндоскопическими щипцами). В итоге моделируется и формируется губка в форме цилиндра 1,5-3 см в диаметре и длиной 5- 10 см с трубкой в центре для подачи вакуума. Проведение вакуумного дренажа проводилось под интубационным наркозом. Для преодоления глоточно-пищеводного перехода губка в пищевод проходит в начале с применением ручного пособия или ларингоскопического клинка. Дальнейшее продвижение губки происходит с помощью проталкивания при достаточной жесткости трубки. Уровень установки вакуумного дренажа контролируется гибким эндоскопом, введенным параллельно (при необходимости коррекции губки, возможно применение эндоскопических щипцов). При небольших и линейных дефектах губка устанавливается в просвете пищевода. При больших дефектах со сформированной полостью, губка устанавливается внутри полости с поэтапным перемещением в просвет по мере уменьшения полости в процессе заживления. По дренажу подается непрерывный вакуум в 125 мм.рт.ст. Губка вакуумного дренажа меняется через 3-4 суток. При отсутствии гастростомы, для проведения энтерального питания в дистальные отделы ДПК или желудок параллельно вакуумному дренажу заранее устанавливается зонд для питания, который как нами замечено, не мешает работе вакуума. Это связано с тем, что при таком отрицательном давлении происходит достаточно плотное смыкание стенок пищевода выше и ниже губки, что не позволяет проникать желудочному содержимому и слюне в вакуумную систему. Лечению данной методике подверглось 6 пациентов за период 2015 года. Все больные были мужчинами от 34 до 88 лет, средний возраст 63 года. Диагноз подтверждался данными ФГДС и КТ. Перфорации пищевода были представлены в виде: синдрома Бурхаве, перфорация после бужирования, несостоятельности эзофагоэнтероанастомоза, две перфорации инородными телами, пищеводно-плевральный свищ. Все пациенты за время проведения эндоскопической вакуумной терапии, в связи с тяжестью состояния, находились в условиях отделения реанимации с проведением интенсивной противовоспалительной терапии и антибиотиков широкого спектра действия. Результаты. Пациент Г., 76 лет, с несостоятельностью эзофагоэнтероанастомоза (на 30% окружности), произошедшей на 8 сутки после гастрэктомии по поводу рака желудка. До наложения вакуумного дренажа выполнялась релапаротомия с попыткой ушивания несостоятельности с дренированием зоны анастомоза. На 4-е сутки – повторная несостоятельность. После чего установлен вакуумный дренаж в просвете анастомоза с питательным зондом в кишечник. Выполнено 6 замен вакуумных дренажей. Полное заживление несостоятельности на 21 сутки. Следующие случаи подкреплены видеоматериалом: Пациент Г., 62 года, с декомпенсированной ожоговой стриктурой нижней трети пищевода. После эндоскопического бужирования выявлен линейный надстенотический разрыв стенки пищевода длиной 15 мм. Диагноз подтвержден КТ, где выявлено появление воздуха в заднем средостении. Через 2 часа после разрыва проведен питательный зонд в желудок и установлен вакуумный дренаж до стриктуры. Выполнено 2 замены дренажа. Полное заживление разрыва отмечено на 9 сутки. Пациент К, 34 года, поступил в клинику через 18 часов от начала клиники спонтанного разрыва пищевода (синдром Бурхаве). Диагноз подтвержден эндоскопически (линейный разрыв нижней трети пищевода длиной 15 мм) и КТ (появление воздуха в средостении с признаками медиастинита). Проведено 2 замены вакуумного дренажа. Отмечено полное восстановление стенки пищевода на 7 сутки. Явления медиастинита купированы через 12 дней. Пациент К, 54 года, повторно поступил в клинику через 2 месяца после выполненной левосторонней

лобэктомии по поводу периферического рака легкого. При обследовании (КТ и ФГДС) выявлена перфорация боковой стенки средней трети пищевода инородным телом (марлевая салфетка). После ее извлечения определялась обширная отграниченная полость с устьем в виде дефекта стенки пищевода 4 на 2,5 см. После замены 6 раз вакуумной системы, на 21 сутки сформирован псевдодивертикул пищевода с удовлетворительной эвакуацией контраста при рентгеноскопии. У пациента 63 лет со сформированным пищеводно-плевральным свищем, после выполненной ранее пневмонэктомии с лимфодиссекцией, применен вакуумный дренаж. Отмечалось закрытие свища на 18 сутки. Больной Г, 88 лет, с двухсуточным вклиниванием инородного тела (рыбья кость) в верхней трети пищевода. При извлечении кости выявлены два глубоких дефекта стенки пищевода. Применение вакуумного дренажа в течении 6 суток предотвратило развитие гнойных осложнений шеи и средостения, с последующей эпителизацией дефектов (уже без применения вакуума). Выводы: Эффективность и миниинвазивность данного метода позволяет избежать обширных и многоэтапных реконструктивных операций а также сохранить орган. Отмечается сокращение сроков лечения, доступность и низкая бюджетность методики.

157.ТОРАКОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМО-ПНЕВМОТОРАКСА У БОЛЬНЫХ ЗАПУЩЕННЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО

Федоров В.Э.(1), Новиков Д.С.(2), Харитонов Б.С.(1)

Саратов

(1)ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет» им. В.И. Разумовского;
(2)Областная клиническая больница МЗ Саратовской области

Одним из самых тяжелых контингентов торакального отделения являются больные с периферическим раком легкого. Иногда вследствие распада опухоли у них возникает гемопневмоторакс. Несмотря на то, что такая ситуация имеет место у ослабленных и, зачастую, неоперабельных больных, они нуждаются в неотложном лечении, направленном на остановку кровотечения и прекращение поступления воздуха в плевральную полость. Вариантом наиболее эффективного лечения становится торакотомия, которая, нередко заканчивалась большим числом осложнений и летальных исходов, но ей не было альтернативы. За период с 1995 по 2004 г. в торакальное отделение Областной клинической больницы Саратова поступили 37 больных периферическим раком легкого, осложнившимся гемопневмотораксом. У 33 (89%) больных установлена 4 стадия рака с множественными метастазами в противоположное легкое, средостение, печень и другие органы. У 4 (11%) больных установлена 2-3 стадия рака, и они не имели признаков неоперабельности. Из-за высокой вероятности развития коллапса легкого, дыхательной недостаточности всем больным была выполнена торакотомия. 16 пациентам выполнена лоб- и билобэктомия. У 21 пациента кровотечение было остановлено и дефект висцеральной плевры ликвидированы ушиванием с использованием местных тканей и участков париетальной плевры. После операции 8 (21,6%) пациентов умерли из-за общего тяжелого состояния, анемии, дыхательной недостаточности и запущенного ракового процесса. У 14 (37,8%) возник рецидив пневмоторакса, а у 7 (18,9%) - рецидив гемо-пневмоторакса. У 6 больных (23,2%) отмечено нагноение раны. Внедрение с 2005 года в работу торакального отделения Областной

клинической больницы видеоторакоскопии изменило ситуацию. За этот период с 2005 по 2015 гг. в отделение были госпитализированы 29 больных периферическим раком легкого, осложнившимся гемопневмотораксом. Всем больным выполнялась видеоторакоскопия. Источник кровотечения в виде эрозированного сосуда найден у 18 (62,1%) пациентов. Кровотечение удалось остановить клипированием, либо коагуляцией сосуда. У 11 (37,9%) кровотечение из опухоли носило диффузный характер и возникло на фоне коагуляционных нарушений в виде гипокоагуляции или развития ДВС-синдрома. У этих пациентов кровотечение остановлено коагуляцией кровоточащей поверхности. Для ликвидации пневмоторакса 21 больному (72,4%) выполнено ушивание дефекта висцеральной плевры. У остальных 8 пациентов (27,6%) явного дефекта обнаружить не удалось, и им выполнена тампонада опухолевой ткани лоскутом париетальной плевры. В послеоперационном периоде у 3 (10,3%) больных возник рецидив пневмоторакса, у 4 (13,7%) - рецидив гемопневмоторакса. Умер 1 больной (4,3%) гемопневмотораксом, осложнившимся эмпиемой плевры. Таким образом, торакаскопическая ликвидация гемопневмоторакса является более эффективным методом лечения таких осложнений и позволяет снизить летальность, а также уменьшить число рецидивов почти в 2 раза - с 56,7% до 24%.

158. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Лобанов С.Л.(1), Лобанов Л.С.(2)

Чита

Государственная медицинская академия (1), городская клиническая больница №1

Введение. Летальность при деструктивных формах острого панкреатита остается высокой, по разным данным от 20 до 60%. Проблема диагностики и лечения острого панкреатита остается одной из актуальных в неотложной хирургии. Одной из наиболее частых находок, обнаруживаемых, в брюшной полости при деструктивном панкреатите, является ферментативный перитонит. До настоящего времени нет единой точки зрения о тактике при его обнаружении, так как нередко происходит его рассасывание, но чаще инфицирование и нагноение, что значительно отягощает прогноз заболевания. Удаление жидкостных скоплений является важной задачей. Еще несколько десятилетий назад единственным вариантом являлась открытая дренирующая операция(лапаротомия). В настоящее время большинство хирургов считают ее опасной из-за возможного развития инфицированного панкреонекроза, приводящего к высокой летальности. С внедрением видеолапароскопии все больше авторов считают целесообразным проведение малоинвазивного дренирования с целью эвакуации экссудата. Вместе с тем нет достаточно четких представлений о эффективности данного воздействия, как местного, так и общего. Материалы и методы. Изучены результаты лечения у 963 больных с острым панкреатитом за 2008-2014г.г. поступивших в городскую клиническую больницу №1 г.Читы. Диагноз устанавливался на основании клинико-лабораторных данных и инструментальных методов исследования (УЗИ, КТ, лапароскопия – по показаниям). Все больные получали многокомпонентную консервативную терапию. Малоинвазивные вмешательства заключались в лапароскопическом дренировании брюшной полости, а также по показаниям в ряде случаев проводилось дренирование

сальниковой сумки и холецистостомия. Результаты и обсуждение. Из 963 больных – отечная форма острого панкреатита выявлена у 828 (86,0%), деструктивная у 135(14,0%) пациентов. При отечной форме, лапароскопии подвергнуто 105 пациентов (12,7%). Лапаротомии - 9 (1,1%). Основными показаниями были: дифференциальная диагностика с экстренной хирургической патологией, наличие перитонеальных признаков, жидкость в животе по данным УЗИ и т.д. В данной группе умерло 7 больных(0,85%). В основном, причинами летальных исходов явилась тяжелая сопутствующая патология. У 135 больных выявлены признаки деструктивного панкреатита. Наиболее частой находкой являлся ферментативный перитонит. Количество экссудата в брюшной полости , варьировало от небольшого, в основном в подпеченочном пространстве до значительного во всех отделах брюшной полости. По характеру – от прозрачного до насыщенного геморрагического. Общая летальность составила – 15,7% (21чел.). Первичные малоинвазивные вмешательства выполнены у 110 пациентов (81,5%). Операции проведены в течение первых трех суток с момента поступления. Из них, повторным операциям подвергнуты 48(43,6%). При этом открытое (лапаротомное) дренирование выполнено у 15(13,6%). Малоинвазивное – у 33(30,0%). Летальность в данной группе – 9 (8,1%). Число больных, которым произведена лапаротомия, в качестве первичной операции составило – 25. Вмешательства проводились в сроки от 6 часов с момента поступления до 5 суток. Некоторые пациенты подвергались неоднократным вмешательствам (от 1 до 6). Умерло 12 пациентов (48%). Таким образом, в группе пациентов, которым в качестве первичного вмешательства выполнена малоинвазивная операция показатели летальности были значительно ниже (8,1%), чем у больных после первичной лапаротомии (48%). Выводы: Малоинвазивное вмешательство в сочетании с консервативной терапией, является оптимальным вариантом лечебной тактики при ферментативном перитоните.

159.ДИНАМИКА ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Лобанов Ю.С., Шаповалов К.Г.

Чита

государственная медицинская академия

Количество лапароскопических холецистэктомий постоянно растет. Предметом многочисленных исследований является изучение влияний пневмоперитонеума на гомеостаз. Одним из установленных феноменов, является затруднение венозного оттока от нижних конечностей, что усугубляется положением Фовлера во время операции. Данное обстоятельство теоретически повышает риск тромбэмболических осложнений (ТЭО), хотя в практике клинически значимые ТЭО встречаются редко. С этих позиций представляет интерес изучение закономерностей микроциркуляции в мягких тканях дистальных отделов нижних конечностей. Целью исследования явилась оценка изменений состояния микроциркуляторного русла, под влиянием пневмоперитонеума, при проведении лапароскопической холецистэктомии. Материалы и методы. Проведено исследования изменений микроциркуляции у 25 больных с желчнокаменной болезнью в возрасте 45-60 лет. Критерии исключения - тяжелая сопутствующая патология, класс

выше II по ASA. Продолжительность операций в среднем составила 30 мин, давление газа в брюшной полости 12-14 мм. рт. ст. ЛДФ-зонд устанавливался в первом межплюсневом промежутке стопы. Осцилляции кровотока регистрировались аппаратом ЛАКК-02 (НПП «Лазма», Россия). Исследование микроциркуляции выполнялось до и после наложения пневмоперитонеума. Статистическая обработка с использованием непараметрического критерия Уилкоксона-Манна-Уитни. Результаты. Установлено, что у больных под влиянием пневмоперитонеума происходило снижение показателя микроциркуляции в среднем на 24 % (р

160.ЭТАПЫ ПОДГОТОВКИ ХИРУРГОВ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Баулин А.А., Николашин В.А., Ивачёв А.С., Баулин В.А., Стародубцев В.А., Баулина Е.А., Беребицкий С.С., Баулина Н.В., Герцог Н.А., Масаева Р.Р.

Пенза

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ГИУВ

Первые упоминания о комбинации кино, телевидения и эндоскопии относятся к 50-м годам прошлого века. Вначале это были попытки донести до людей зрительную информацию о возможности заглянуть внутрь человека. В Интернете упоминаются имена Palmer – автор-дебютант цветной живой лапароскопии, последователи Inui, Berci, Cohen, Soulas, Dubua de Montreupaud, инженеры японской фирмы Олимпус, очень продуктивная работа Camran Nezhat, M.D. из медицинского центра Стэнфордского университета. Идеи витали во многих странах и умах многих исследователей, по меньшей мере 40 лет, в некоторых случаях, наиболее важным недостающим звеном было пропавшие без вести воображения, чтобы соединить по сути известные технические достижения. Изобретения были использованы в технике, а применение в медицине было как побочный продукт. Появившиеся системы для обучения были громоздкими, качество картинки было недостаточное. Прорыв произошёл с момента изобретения в 1969г. фирмой «Bell» и ее учеными Willard S.Boyle и George E. Smith миниатюрного чипа цифрового электронно-оптического преобразователя (CCD). В 1979 - 1980 годах фирмой «Welch Allyn Inc. of Skaneateles» (Нью-Йорк) создан гибкий видеозондоскоп, медики Sivak и Fleischer из Кливленда провели первые клинические испытания, а вскоре фирмы «Fujinon» и «Olympus» приступили к выпуску. В фирме «Циркон» в начале 80-х годов соединили жёсткие эндоскопы с приёмными головками видеоустановок, что послужило толчком к развитию эндохирургии. Путь для использования в эндоскопии, эндохирургии, модерации, видеозаписи, копирования, передачи на расстояния, обучения был открыт. Потребовалась необходимость в освоении новой технологии, и везде она решалась с некоторыми своеобразиями. Поскольку изначально эндохирургическая техника была заявлена как элемент хирургии, обучение хирургов Пензенской области первично происходило через краткосрочные курсы в институте им.А.В.Вишневого, РНЦХ, в Казани, клиническом центре Карнауха (Самара), кафедре факультетской хирургии Саратовского мединститута и как самообучение. С нашей точки зрения первично наиболее эффективные программы и направления сформировались в двух центрах: в Казани и в институте им.А.В.Вишневого. Может быть, что казанцы даже превзошли всех в этом направлении своим комплексным решением, так как им удалось соединить эндохирургическое направление с

обучением в ВУЗе, промышленностью, бизнесом и административным ресурсом в республике. Поэтому там рано начали обучать врачей разных специальностей, наладили выпуск, в том числе оригинальных инструментов и аппаратов, развили торговую сеть и очень важное: оснастили не только городские, но и все районные больницы эндохирургическим оборудованием и обучили хирургов. В нашей центральной городской больнице как клинической базе первая эндостойка приобретена в 1994 году за деньги предпринимателей и работала на деньги пациентов. В данном случае совпали стремления хирургов к освоению прогрессивного метода и не боязнь администрации строить финансовые отношения, которые фактически не были очерчены правильно в законодательстве. Было 2 мнения: сформировать автономный операционный блок для всех отделений или отделение со своим штатом и койками. Изначально мы пошли по пути не узурпации метода отдельными хирургами, а первый год работы был организован по принципу передачи опыта по цепочке от оператора ассистентам с вовлечением и обучением всех полостных хирургов, гинекологов. В первый же год была налажена запись хода всех операций для последующего анализа и обучения, трансляция видеоизображения вне операционной в кабинет ведущего хирурга для оперативного контроля (в последующем такая система будет названа «модерацией»). С учетом имеющихся навыков выполнения обычных лапароскопий - освоение прошло быстро. С 1995 года сформировано обособленное отделение со своим индивидуальным штатным расписанием (6 врачей, 16 операционных сестер, 15 санитарок), операционным блоком (3 стойки) и прикрепленными койками в хирургическом и гинекологическом отделениях (10+10). Налажена трансляция эндоскопических операций из операционной в учебную комнату. Обучение штатных врачей продолжалось по цепочке, в планы обучения слушателей курсов профессиональной переподготовки, повышения квалификации, интернатуры и ординатуры сверх существующей программы обязательно включались элементы малоинвазивной и эндоскопической хирургии с присутствием на операциях, ассистенции, просмотр видеофильмов, трансляция из операционной в учебную комнату. В том числе в подготовку входит ознакомление с аппаратурой, инструментами, тренировки, правда, с отслужившими срок инструментами, завязывание узлов, наложение швов и др. Позже институтом были закуплены простейшие симуляторы, все слушатели, особенно циклов по переподготовке эндоскопистов, куда входят и хирурги, и гинекологи проходят обучение в симуляционном зале и сдают зачёт. Институт усовершенствования планирует закупку ещё 5 симуляторов, в том числе современных электронных, что расширит возможности подготовки операторов. Наряду с обучением в симуляционном зале молодые хирурги и слушатели привлекаются для работы в операционных, где они постепенно осваивают простые манипуляции: создание пневмоперитонеума, вхождение 5-мм затем и 11-мм троакарами под контролем лапароскопа, а затем иглой Вереша и первым вслепую для лапароскопа, вначале простые манипуляции инструментами с постепенным усложнением. К этому процессу привлечены большинство гинекологов региона. Завершением является выполнение под контролем самостоятельной операции малой сложности. Что не удастся добиться – это продолжения тренировок между циклами повышения квалификации. Мы согласны со многими авторами, что подготовка должна быть фактически непрерывной, и нужно этого добиваться.

161. Медиальный подход к лапароскопической супрапанкреатической D2-лимфодиссекции при раке желудка: первый опыт внедрения.

Suda K. (2), Кашенко В.А.(1), Уяма I.(2)

1) Санкт-Петербург 2) Toyoake, Japan

1) ФГБУЗ КБ№122 им. Л.Г.Соколова ФМБА России, Санкт-Петербургский Государственный Университет 2) Fujita Health University

Лимфодиссекция D2 является ключевым этапом оперативного приема гастрэктомии при большинстве стадий рака желудка. Лимфодиссекция D2 включает, в том числе удаление лимфатических узлов в супрапанкреатической зоне. Лапароскопическая диссекция данной области является технически сложной процедурой вследствие высокого риска кровотечения и (или) повреждения паренхимы поджелудочной железы. Для увеличения безопасности, эффективности и воспроизводимости лапароскопической супрапанкреатической лимфодиссекции была разработана оригинальная методика, получившая название «медиальный доступ с ориентацией на поверхностный периваскулярный слой вегетативных нервов». При использовании данного подхода диссекция проводится в плоскости между волокнами вегетативных нервов крупных артерий и жировой тканью, включающей лимфатические узлы. Методика предусматривает 3 этапа: (1) вскрытие панкреатической капсулы по верхнему краю поджелудочной железы; (2) каудо-краниальная диссекция супрапанкреатической жировой ткани по направлению к соединению трех артерий (нулевая точка) с целью нахождения поверхностного слоя вегетативных нервов; (3) медио-латеральная диссекция жировой ткани в периваскулярном слое по направлениям осей артерий чревного ствол. В ходе реализации медиального подхода транссекция между бассейнами 9 R, 9L и 16a2 проводится после диссекции зон 5, 8a, 12a, 9 R вправо и 11p, 9L влево. Медиальный подход к супрапанкреатической лимфодиссекции был использован при 18 лапароскопических и ассистированных резекциях желудка и 3 гастрэктомиях. Первый отечественный опыт использования медиального подхода к лапароскопической супрапанкреатической лимфодиссекции свидетельствует о сопоставимой адаптации данной техники к эндохирургической методологии в сравнении с классическим латеральным подходом без ущерба для соблюдения принципов онкологического радикализма.

162. Результаты хирургического лечения острого холецистита, у лиц пожилого и старческого возраста в условиях ЦРБ.

Гумаров Р.Ф., Мухаметов И.Р.

Альметьевск, Республика Татарстан

ГАУЗ «Альметьевская ЦРБ».

За последние 10-15 лет значительно вырос уровень заболеваемости желчнокаменной болезнью. В связи с социальными, экономическими и демографическими изменениями заметно выросло количество пациентов пожилого и старческого возраста с острым холециститом и хирургическое

лечение таких больных, является и остается актуальной проблемой в неотложной хирургии. За период с 2013 по 2015 год в хирургическом отделении ГАУЗ «Альметьевской ЦРБ», находились на лечении 75 пациентов. Мужчин было 24, женщин – 51. Возраст больных от 65 лет до 89, в среднем 77-78 лет. У 38 женщин и 20 мужчин была сопутствующая тяжелая патология: сахарный диабет, состояние после ОНМК, ИБС, Гипертоническая болезнь 3 ст., стенокардия напряжения и т.д. Для снижения инвазивности хирургического пособия, оперативные вмешательства старались выполнять в 2-3 этапа. Кроме того, эндоскопические операции старались выполнять в ранние сроки (в 1-2-е сутки) после госпитализации. Так в ранние сроки, лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) выполнена у 31 пациента. Первый этап заключался в установлении холецистостомы в правом подреберье под УЗИ – контролем или в условиях операционной. Холецистостома под УЗИ – контролем выполнена - у 12-и пациентов, в условиях операционной – у 28. Показаниями для установления холецистостомии в правом подреберье под УЗИ – контролем или открытой операционной были: давность заболевания 3-4 суток и более, увеличенный желчный пузырь (более 100-120 мм по данным УЗИ), возраст пациентов, тяжелая сопутствующая соматическая патология, сохранение болевого синдрома после проведенной консервативного лечения. Второй этап, в наших наблюдениях, дополнялся третьим - выполнением трансдуоденальной папиллосфинктеротомией (ПСТ). Так у 32-х пациентов выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), традиционная открытая холецистэктомия (ОХЭ) выполнена - у 8, а открытая холецистэктомия (ОХЭ) + трансдуоденальная папиллосфинктеротомия (ПСТ) - у 4-х. Второй и третий этапы проводились через 14-28 дней, после дообследования, и всех проведенных клинических и лабораторных исследований. В послеоперационном периоде осложнения развились у 7-и пациентов, из них умерли 3 человека. Таким образом, подход к хирургическому лечению острого холецистита, у лиц пожилого и старческого возраста, должен быть дифференцированным, и разделен на ряд целенаправленных этапов.

163.ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ЛИМФОДИССЕКЦИЯ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Вертянкин С.В. , В.Л. Мещеряков, А.В. Чолахян, А.Г. Шубин, В.В. Греков

Саратов

Саратовский государственный медицинский университет

За последние годы установлено, что более половины населения нашей планеты страдает заболеваниями щитовидной железы. Следует отметить, что количество больных с эндокринной патологией, требующих хирургического лечения, неуклонно растет. Расширение диапазона и объема оперативных вмешательств за последние десятилетия способствовало значительному увеличению не только частоты послеоперационных осложнений, но и к росту числа некорректных операций, которые не всегда приводят к летальному исходу, но зачастую становятся причиной более тяжелого течения послеоперационного периода. Ранние осложнения встречаются у 6-10 % оперированных, при наиболее продолжительных и обширных операциях частота их достигает 12-27,5%. Специфические осложнения – поражение гортанных нервов, гипопаратиреоз, кровотечения во время и после операции, тиреотоксический криз. В последние годы отмечается рост числа больных раком щитовидной железы (РЩЖ). Это обусловлено неблагоприятной

экологической обстановкой и совершенствованием способов диагностики. Клиника факультетской хирургии и онкологии Саратовского ГМУ более 50 лет занимается хирургическим лечением рака щитовидной железы (РЩЖ). В 80-е годы прошлого века рак обнаруживался в каждом десятом из оперированных зобов, в 2002 году на 507 операций по поводу зоба гистологический диагноз РЩЖ поставлен у 78 больных, что составило 15,4%. В последние три года (2012 – 2015 гг.) оперировано 1258 больных по поводу болезней щитовидной железы, РЩЖ поставлен у 230 больных, что составило 18,3%. Такой рост частоты операций при РЩЖ в нашей клинике связан не только с увеличением распространенности РЩЖ, но и с изменением тактики при операциях по поводу узловых форм зоба. Показания к операции по поводу узлового и многоузлового зоба сужены в соответствии с общеевропейскими и мировыми тенденциями. По гистологической структуре папиллярный рак выявлен у 152 больных (66,1 %) фолликулярный рак - у 71 больного (30,9 %), медулярный рак у 6 больных (2,6%), анапластический у 1 (0,4%). Локальные осложнения, связанные с оперативным вмешательством на шее – повреждение трахеи, пищевода, магистральных сосудов, пневмоторакс, травма шейного сплетения, воздушная эмболия. Осложнения, наблюдающиеся при любом хирургическом вмешательстве – пневмония, тромбоз эмболии, обострение хронической патологии, нагноение раны и другие. Цель исследования: оценить эффективность выполнения эндоскопических хирургических вмешательств при лечении рака щитовидной железы. Материалы и методы: Операции производились с использованием стандартного эндо-хирургического инструментария, в частности использовалась полностью укомплектованная эндохирургическая «стойка» фирмы «Karl Storz» (Германия), а также набор эндохирургических инструментов – ножницы, диссекторы, зажимы, троакары, ретракторы, фирм «Крыло» (Россия), «Karl Storz» (Германия). Дополнительно использовался коагулятор EnSeal фирмы «Etyson» и ультразвуковой диссектор «Harmonic». В клинике факультетской хирургии и онкологии на базе ЛДЦ «Авеста» в период с мая 2013 по май 2014 года с помощью эндовидеоскопической техники 107 больным с доброкачественными и злокачественными образованиями щитовидной железы. Все операции осуществлялись аксиллярным доступом. Операции выполнены 94 женщинам и 3 мужчинам, средний возраст – 35 лет. Послеоперационный диагноз: многоузловой зоб – у 36 пациентов, узловой зоб – у 22, токсическая аденома – у 14, рак щитовидной железы у 20, диффузный токсический зоб в 3 случаях. Обсуждение результатов. Пациентам были выполнены гемитиреоидэктомии – в 35 случаях, тиреоидэктомии – в 45, субтотальные резекции – в 27. Объем щитовидной железы был от 17 до 68 мл. Результаты исследования: Нами применялся Axillo Bilateral Breast Approach (ABBA), - подмышечный билатеральный грудной доступ. Следующим этапом операции визуализируется возвратный гортанный нерв. Следующая задача – выделение верхних и нижних щитовидных артерий, которые пересекались. Далее после визуализации и выделения возвратного нерва производилась экстрафасциальная гемитиреоидэктомия с истмусэктомией либо экстрафасциальная субтотальная резекция щитовидной железы или тиреоидэктомия. Визуализация возвратного нерва является обязательным этапом. Сложность этого этапа при эндоскопических операциях связана с определенными проблемами выделения возвратного нерва в типичных точках, однако современная эндоскопическая аппаратура позволяет производить более детальный осмотр анатомических образований в сравнении с классическим доступом. Так же следует отметить отсутствие у наших пациентов каких либо признаков паратиреоидной недостаточности. При открытых операциях в литературе указывается до 30% послеоперационного гипопаратиреоза при тиреоидэктомиях. Всем пациентам с раком щитовидной железы выполнялась центральная лимфодиссекция. В одном случае была выполнена боковая шейная лимфодиссекция, учитывая наличие метастазов в лимфоузлы шеи. В послеоперационном периоде в 20 случаях у больных отмечен послеоперационный парез гортани, который носил транзиторный

характер и полностью купировался в сроки от нескольких суток до 3х месяцев. Осложнений, связанных с введением углекислого газа не возникало. Послеоперационная эмфизема полностью купировалась в сроки от 24 до 48 часов. Рана дренировалась аспирационным дренажом. Трудностей с извлечением удаленной ткани железы не возникало. Выводы Современные средства для эндоскопических вмешательств позволяют выполнить адекватную резекцию щитовидной железы видеоэндоскопическим способом. Увеличение, полученное благодаря эндовидеоскопическому оборудованию, позволяет достаточно легко визуализировать все мелкие структуры во время операции, в том числе паращитовидные железы, сосуды и возвратный гортанный нерв. Видеоэндоскопические методы позволяют выполнить адекватный объем лимфодиссекции при раке щитовидной железы.

164.Повышение эффективности минимально инвазивных шунтирующих вмешательств при варикозных пищеводно-желудочных кровотечениях портального генеза

Хоронько Ю.В., Дударев С.И., Глебов К.А.

Ростов-на-Дону

ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России

Актуальность. Разработан алгоритм ведения больных с варикозными пищеводно-желудочными кровотечениями (ВПЖК) портального генеза. Он нашел воплощение в отечественных и многочисленных зарубежных клинических рекомендациях. Суть его состоит в комплексе мероприятий, включающих применение зонда Блэкмора, медикаментозных средств достижения гемостаза, эндоскопического лигирования вариксов. Целесообразным признано выполнение портосистемного шунтирования для обеспечения портальной декомпрессии. Причем предпочтение отдано миниинвазивной эндоваскулярной методике – операции трансъюгулярного внутривенного портосистемного шунтирования (TIPS/ТИПС). Цель исследования – улучшить результаты применения операции TIPS/ТИПС при лечении пациентов, перенесших ВПЖК. Материал и методы. Из общего количества 162 больных, подвергнутых в нашей клинике в 2007-15 гг. операции TIPS/ТИПС, у 126 показанием стали ВПЖК, состоявшие в недавнем анамнезе. В 81 случае шунтирующее пособие было дополнено селективной эмболизацией левой желудочной вены (ЛЖВ), выполненной через внутривенный канал. В ходе 12 операций на этапе создания канала в значительно уплотненной цирротическим процессом ткани печени был использован разработанный нами инструмент (Патент РФ), позволяющий формировать канал заданного направления для обеспечения оптимальных гемодинамических характеристик в шунте. Результаты. Изучено течение раннего (30 суток) и отдаленного (до 8 лет) послеоперационного периода в двух группах исследования. 30-дневная летальность составила 0,8% (умер 1 пациент). Дисфункция шунта (тромбоз) в раннем послеоперационном периоде зарегистрирована у 8 больных (6,3%). В 2х случаях она привела к рецидиву геморрагии, в остальных 6 была выявлена при плановом УЗ дуплексном исследовании. Тромбоз шунта в период от 31 дня до 12 мес диагностирован у 10 пациентов, что в целом за год составило 18 человек (14,3%). Дисфункция шунта, приведшая к утрате свойств портальной декомпрессии, в течение 36 мес от момента шунтирования отмечена у 38 больных (30,1%), из числа которых рецидив ПЖК произошел у 18

(менее половины). Установлено, что в рецидивные геморрагии значительно чаще имели место у пациентов, которым операция TIPS/ТИПС выполнялась в моноварианте, без дополнительной эмболизации ЛЖВ. Заключение. Операцию TIPS/ТИПС целесообразно дополнять селективной эмболизацией ЛЖВ, а в ряде случаев – и задней желудочной вены, так как это способствует уменьшению риска рецидивной геморрагии в случае дисфункции портосистемного шунта.

165.Эндовидеохирургическое трансагстральное внутреннее дренирование отграниченного панкреонекроза

Галеев Ш.И., Абдуллаев Я.П., Рубцов М.А., Скрыбин О.Н.

Санкт-Петербург

СПбГБУЗ Клиническая больница Святителя Луки

Совершенствование технической составляющей операций, привело к началу освоения эндовидеохирургических методов хирургии поджелудочной железы. В наблюдении представлено эндовидеохирургическое трансагстральное дренирование отграниченного стерильного, симптомного панкреонекроза, выполненное пациенту 35 лет. Показанием к операции явилось появление плато в динамике деструктивно-воспалительного процесса забрюшинного пространства: сохраняющаяся лихорадка, дискомфорт в эпигастральной области, левом подреберье. На момент вмешательства у пациента не было клинически релевантных системных осложнений. По данным КТ, МРТ органов брюшной полости с контрастным усилением в проекции тела поджелудочной железы была выявлена большая (около 80 мм) полость, содержащая секвестры. После лапароскопической ревизии органов брюшной полости выполнена фиброгастроскопия, позволившая создать объем воздуха в просвете желудка. Под контролем фиброскопа в области антрального отдела желудка в его полость был установлен видеотроакар и троакары для инструментов. С помощью ультразвуковых ножниц создано соустье с полостью отграниченного некроза, которое после было расширено линейным степлером. Течение послеоперационного периода было гладким. Пациент был активизирован в день операции, а со следующих суток начал прием жидкой пищи. Через месяц после хирургического вмешательства выполнена контрольная КТ органов брюшной полости, при которой отсутствовали жидкостные скопления вблизи поджелудочной железы.

166.ВОЗМОЖНОСТИ «ЕДИНОГО ДОСТУПА» ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ.

Зайцев Д.И.(1) , Гречин И.В. (2), Сороколетов К.Ю.(2) Г. Тула.

Тула

(1).ООО «Лазермед», (2). ГУЗ «Тульская областная больница №2 им. Л.Н. Толстого».

Лапароскопический доступ по методике SILS – является одной из наименее травматичных технологий, достаточно широко распространённой в хирургической практике. Проблема симультанной патологии, при использовании SILS технологий, долгое время была ограничителем, по сравнению с многопортовым доступом. Однако, использование нового инструментария с удлинённым «штоком» до 45 см. и оптики с изменяемым направлением обзора позволили решить эту проблему. При проведении операций нами использовался инструментарий производства K.STORZ S-PORTAL X-CONE с набора инструментов по LEROY., оптикой фирм OLYMPUS 10 и 5 мм длиной 500 мм. и K.STORZ EndoCAMeleon HOPKINS, внешний диаметр 10 мм, длина 42 см, изменяемое направление обзора от 0° - 120°, с поворачиваемым контроллером для выбора желаемого направления обзора, а так же прямые инструменты с длинной рабочей части 42 см. производства K.STORZ и GIMMI GmbH. С 2011 года по сегодняшний день в ООО «Лазермед» и хирургическом отделении ГУЗ «Тульская областная больница №2 им. Л.Н. Толстого» произведено 59 трансумбиликальных операций, которые были выполнены симультанно по поводу ЖКБ, хронического калькулёзного холецистита в сочетании с: - герниопластикой по поводу паховой грыжи – 9; - гинекологическими операциями - 5; - грыжесечением по поводу послеоперационной вентральной грыжи расположенной в нижних отделах передней брюшной стенки (после ранее произведённых гинекологических вмешательств) - 45. Среднее время оперативного вмешательства – 76 минут. Средние сроки пребывания после операции – 2,3 койко-дня. Осложнений после данных операций не наблюдалось. Преимущества однопортового доступа при проведении симультанных операций: - Меньшая травма и болевой синдром после операции. - Контролируемый вход в брюшную полость – меньше риск повреждения прилежащих органов. - Значительно легче и быстрее происходит извлечение удалённого органа. - Надёжность ушивания раны, что значительно снижает риск развития послеоперационных грыж. - Значительно лучше косметический эффект. - Более быстрый этап госпитальной реабилитации – возможность выписывать пациентов на амбулаторное лечение в день операции, либо, при необходимости наблюдения, на следующий день после операции.

167.ХИРУРГИЯ ЕДИНОГО ДОСТУПА, КАК ЭЛЕМЕНТ ТЕХНОЛОГИИ «ФАСТ-ТРЕК».

Зайцев Д.И.(1) , Гречин И.В. (2), Сороколетов К.Ю.(2)

Тула

1).ООО «Лазермед», (1). ГУЗ «Тульская областная больница №2 им. Л.Н. Толстого»(2). г. Тула.

Технология «фаст-трек» в хирургии, приобретает всё большую популярность. Одним из основных принципов этой технологии является малотравматичное оперативное лечение. Лапароскопический доступ по методике SILS – является одним из наименее травматичных. Первая однопортовая операция была нами произведена 22 сентября 2010 года. С этого момента по сегодняшний день в ООО «Лазермед» и хирургическом отделении ГУЗ «Тульская областная больница №2 им. Л.Н. Толстого» произведено: 611 оперативное вмешательство по методике SILS: 483 холецистэктомии, 39 грыжесечения, 85 операции на матках и придатках. При проведении

операций нами использовался инструментарий S-PORTAL X-CONE с набора инструментов по LEROY., оптикой 10 и 5 мм длиной 500 мм. и EndoCAMeleon HOPKINS, внешний диаметр 10 мм, длина 42 см, изменяемое направление обзора от 0° - 120°, с поворачиваемым контроллером для выбора желаемого направления обзора. Конверсии были произведены в 28 случаях. Причём 23 из них 2010 -2011 гг. при отработке методики (за октябрь-декабрь 2010 года – 11). Из 28 конверсий - в 17 случаях переход осуществлялся на двухпортовую лапароскопию (дополнительно вводился ещё один троакар), в 9 – на трёхпортовую и в 2-х – на классическую четырёхпортовую лапароскопию. Причины конверсии: - анатомические особенности (не возможно создать необходимую визуализацию для проведения безопасных манипуляций – на ранних этапах) – в 7-ми случаях. - значительное расстояние от пупка до ворот печени, не позволяющее произвести операцию стандартными инструментами – в 4-х случаях. - кровотечение – в 5-ти случаях – в 2-х из повреждённой пузырной артерии, в 3-х – из ложа печени. - подозрение на холедохолитиаз – в 3-х случаях (в двух подтвердился). - выраженный воспалительный инфильтрат – в 9 – ти случаях. Переходов на лапаротомию не было. Из вышеуказанных операций, 59 были выполнены симультанно по поводу ЖКБ. хронического калькулёзного холецистита в сочетании с: - герниопластикой по поводу паховой грыжи – 9; - гинекологическими операциями - 5; - грыжесечением по поводу послеоперационной вентральной грыжи расположенной в нижних отделах передней брюшной стенки (после ранее произведённых гинекологических вмешательств) - 45. Среднее время оперативного вмешательства – 53 минут. Средние сроки пребывания после операции – 1,9 койко-дня. Осложнения: - гематома ложа желчного пузыря -1 случай (пункционное лечение под УЗ - контролем). - пережатие холедоха клипсой – 1 случай (потребовалось повторное хирургическое вмешательство, удаление клипсы). - явления умбилицита – у 9 пациентов (консервативная терапия). Преимущества однопортовых операций: - Меньшая травма и болевой синдром после операции. - Контролируемый вход в брюшную полость – меньше риск повреждения прилежащих органов. - Значительно легче и быстрее происходит извлечение удалённого органа. - Надёжность ушивания раны, что значительно снижает риск развития послеоперационных грыж. - Значительно лучше косметический эффект. - Более быстрый этап госпитальной реабилитации – возможность выписывать пациентов на амбулаторное лечение в день операции, либо, при необходимости наблюдения, на следующий день после операции.

168.УДАЛЕНИЕ ГИГАНТСКОЙ КИСТЫ ПЕЧЕНИ ПО ТЕХНОЛОГИИ SILS.

Зайцев Д.И., Соловьёва Т.Г.

Тула

ООО "Лазермед"

Вашему вниманию предоставляется видеоматериал по удалению гигантской кисты печени по технологии SILS.

169.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕДОХОЛИТОТОМИЯ ПРИ ТОТАЛЬНОМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ.

Зайцев Д.И., Соловьёва Т.Г.

Тула

ООО "Лазермед"

Вашему вниманию предоставляется видеоматериал ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕДОХОЛИТОТОМИИ ПРИ ТОТАЛЬНОМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ.

170.ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСУМБИЛИКАЛЬНОГО ДОСТУПА.

Зайцев Д.И.(1) , Гречин И.В. (2), Сороколетов К.Ю.(2)

Тула

(1).ООО «Лазермед», (1). ГУЗ «Тульская областная больница №2 им. Л.Н. Толстого»(2).

Технология «фаст-трек» в хирургии, приобретает всё большую популярность. Одним из основных принципов этой технологии является малотравматичное оперативное лечение. Лапароскопический доступ по методике SILS – является одним из наименее травматичных. Первая однопортовая операция была нами произведена 22 сентября 2010 года. С этого момента по сегодняшний день в ООО «Лазермед» и хирургическом отделении ГУЗ «Тульская областная больница №2 им. Л.Н. Толстого» произведено: 611 оперативное вмешательство по методике SILS: 483 холецистэктомии, 39 грыжесечения, 85 операции на матках и придатках. При проведении операций нами использовался инструментарий производства K.STORZ S-PORTAL X-CONE с набора инструментов по LEROY., оптикой фирм OLYMPUS 10 и 5 мм длиной 500 мм. и K.STORZ EndoCAMeleon HOPKINS, внешний диаметр 10 мм, длина 42 см, изменяемое направление обзора от 0° - 120°, с поворачиваемым контроллером для выбора желаемого направления обзора. Конверсии были произведены в 28 случаях. Причём 23 из них 2010 -2011 гг. при отработке методики (за октябрь-декабрь 2010 года – 11). Из 28 конверсий - в 17 случаях переход осуществлялся на двухпортовую лапароскопию (дополнительно вводился ещё один троакар), в 9 – на трёхпортовую и в 2-х – на классическую четырёхпортовую лапароскопию. Причины конверсии: - анатомические особенности (не возможно создать необходимую визуализацию для проведения безопасных манипуляций – на ранних этапах) – в 7-ми случаях. - значительное расстояние от пупка до ворот печени, не позволяющее произвести операцию стандартными инструментами – в 4- х случаях . - кровотечение – в 5-ти случаях – в 2-х из повреждённой пузырной артерии, в 3-х – из ложа печени. - подозрение на холедохолитиаз – в 3-х случаях (в двух подтвердился). - выраженный воспалительный инфильтрат – в 9 – ти случаях. Переходов на лапаротомию не было. Из вышеуказанных операций, 59 были выполнены симультанно по поводу ЖКБ. хронического калькулёзного холецистита в сочетании с: - герниопластикой по поводу паховой грыжи – 9; - гинекологическими операциями - 5; - грыжесечением по поводу послеоперационной вентральной

грыжи расположенной в нижних отделах передней брюшной стенки (после ранее произведённых гинекологических вмешательств) - 45. Среднее время оперативного вмешательства – 53 минут. Средние сроки пребывания после операции – 1,9 койко-дня. Осложнения: - гематома ложа желчного пузыря -1 случай (пункционное лечение под УЗ - контролем). - пережатие холедоха клипсой – 1 случай (потребовалось повторное хирургическое вмешательство, удаление клипсы). - явления умбилициита – у 9 пациентов (консервативная терапия). Преимущества однопортовых операций: - Меньшая травма и болевой синдром после операции. - Контролируемый вход в брюшную полость – меньше риск повреждения прилежащих органов. - Значительно легче и быстрее происходит извлечение удалённого органа. - Надёжность ушивания раны, что значительно снижает риск развития послеоперационных грыж. - Значительно лучше косметический эффект. - Более быстрый этап госпитальной реабилитации – возможность выписывать пациентов на амбулаторное лечение в день операции, либо, при необходимости наблюдения, на следующий день после операции.

171. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Безалтынных А.А., Сергеев А.В., Прибыткин А.А., Шахбазян О.Г.

Смоленск, Россия

Смоленская Государственная медицинская академия, Клиническая больница скорой медицинской помощи

Цель исследования. Улучшение интраоперационной диагностики заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны путем использования интраоперационного ультразвукового исследования (ИУЗИ). Материалы и методы. В основу исследования положен анализ 156 лапароскопий, выполненных пациентам в возрасте от 23 до 78 лет, из них 72 (46,2%) женщины и 84 (53,8%) мужчины. Пациенты поступили в клинику с диагнозом острый панкреатит, перитонит, острый калькулезный холецистит, тупая травма живота. Для осуществления полноценного интраоперационного полипозиционного исследования мы применяли ультразвуковой аппарат «SonoScape S8» и лапароскопический датчик Lap7, позволяющий проводить исследования в цветном доплеровском и энергетическом режимах. Результаты. Всем больным до операции проводилось стандартное УЗИ органов брюшной полости в положении на спине и на боку, по возможности СКТ или MRT органов брюшной полости. Во время выполнения диагностической лапароскопии мы проводили по разработанному нами алгоритму ИУЗИ. Исследование включало 4 этапа: исследование печени, желчного пузыря, внепеченочных желчных протоков и поджелудочной железы. ИУЗИ было более точным и информативным за счет полипозиционности сканирования и исключения влияния газов в кишечнике на прохождение ультразвука. Во время выполнения ИУЗИ у 8 (5,1%) больных диагностировано повреждение желчного пузыря, у 10 (6,4%) больных диагностировано повреждение внепеченочных желчных протоков, у 16 (10,2%) больных – деструктивный панкреатит, что позволило адекватно выполнить дренирование сальниковой сумки, у 25 (16%) больных – повреждение печени различной глубины и протяженности. При выполнении ИУЗИ получен ложноотрицательный результат у двух больных (1,3%): повреждение

не было выявлено в терминальном отделе холедоха, визуализировать холедох и имеющуюся патологию его не удалось в связи с парезом двенадцатиперстной кишки. Заключение. ИУЗИ является методом, который позволяет оценивать структуру органов и тканей во время лапароскопических операций. ИУЗИ позволяет в случаях с неясной клинической симптоматикой и трудностями дооперационной диагностики выявить причину заболевания и скорректировать объем оперативного вмешательства.

172. Сравнение различных способов диссекции тканей при эндоскопических операциях на щитовидной железе.

Вертянкин С.В., В.Л. Мещеряков, А.В. Чолахян, А.Г. Шубин, В.В. Греков

Саратов

Саратовский государственный медицинский университет

За последние годы установлено, что более половины населения нашей планеты страдает заболеваниями щитовидной железы. Следует отметить, что количество больных с эндокринной патологией, требующих хирургического лечения, неуклонно растет. Расширение диапазона и объема оперативных вмешательств за последние десятилетия способствовало значительному увеличению не только частоты послеоперационных осложнений, но и к росту числа некорректных операций, которые не всегда приводят к летальному исходу, но зачастую становятся причиной более тяжелого течения послеоперационного периода. Ранние осложнения встречаются у 6-10 % оперированных, при наиболее продолжительных и обширных операциях частота их достигает 12-27,5%. Специфические осложнения – поражение гортанных нервов, гипопаратиреоз, кровотечения во время и после операции, тиреотоксический криз. Локальные осложнения, связанные с оперативным вмешательством на шее – повреждение трахеи, пищевода, магистральных сосудов, пневмоторакс, травма шейного сплетения, воздушная эмболия. Осложнения, наблюдающиеся при любом хирургическом вмешательстве – пневмония, тромбоэмболии, обострение хронической патологии, нагноение раны и другие. Цель исследования: оценить безопасность выполнения эндоскопических хирургических вмешательств при лечении заболеваний щитовидной железы. Материалы и методы: Операции производились с использованием стандартного эндохирurgical инструментария, в частности использовалась полностью укомплектованная эндохирurgical «стойка» фирмы «Karl Storz» (Германия), а также набор эндохирurgical инструментов – ножницы, диссекторы, зажимы, троакары, ретракторы, фирм «Крыло» (Россия), «Karl Storz» (Германия). Дополнительно использовался коагулятор EnSeal фирмы «Etycon» и ультразвуковой диссектор «Harmonic». В клинике факультетской хирургии и онкологии на базе ЛДЦ «Авеста» в период с мая 2013 по декабрь 2014 года с помощью эндовидеоскопической техники 97 больным с доброкачественными и злокачественными образованиями щитовидной железы. Все операции осуществлялись аксиллярным доступом. Операции выполнены 84 женщинам и 3 мужчинам, средний возраст – 35 лет. Послеоперационный диагноз: многоузловой зоб – у 36 пациентов, узловой зоб – у 22, токсическая аденома – у 14, рак щитовидной железы у 20, диффузный токсический зоб в 3 случаях. Пациентам были выполнены гемитиреоидэктомии – в 30 случаях, тиреоидэктомии – в 43,

субтотальные резекции – в 24. Объем щитовидной железы был от 17 до 68 мл. Результаты исследования: Нами применялся Axillo Bilateral Breast Approach (ABBA), - подмышечный билатеральный грудной доступ. Следующим этапом операции визуализируется возвратный гортанный нерв. Следующая задача – выделение верхних и нижних щитовидных артерий, которые пересекались. Далее после визуализации и выделения возвратного нерва производилась экстрафасциальная гемитиреоидэктомия с истмусэктомией либо экстрафасциальная субтотальная резекция щитовидной железы или тиреоидэктомия. Визуализация возвратного нерва является обязательным этапом. Сложность этого этапа при эндоскопических операциях связана с определенными проблемами выделения возвратного нерва в типичных точках, однако современная эндоскопическая аппаратура позволяет производить более детальный осмотр анатомических образований в сравнении с классическим доступом. Так же следует отметить отсутствие у наших пациентов каких либо признаков паратиреоидной недостаточности. При открытых операциях в литературе указывается до 30% послеоперационного гипопаратиреоза при тиреоидэктомиях. В послеоперационном периоде в 20 случаях у больных отмечен послеоперационный парез гортани, который носил транзиторный характер и полностью купировался в сроки от нескольких суток до 3х месяцев. Осложнений, связанных с введением углекислого газа не возникало. Послеоперационная эмфизема полностью купировалась в сроки от 24 до 48 часов. Рана дренировалась аспирационным дренажом. Трудностей с извлечением удаленной ткани железы не возникало. Следует отметить, что Выводы Современные средства для эндоскопических вмешательств позволяют выполнить адекватную резекцию щитовидной железы видеоэндоскопическим способом. Увеличение, полученное благодаря эндовидеоскопическому оборудованию, позволяет достаточно легко визуализировать все мелкие структуры во время операции, в том числе парашитовидные железы, сосуды и возвратный гортанный нерв. Послеоперационный парез возникает в результате термического воздействия коагуляции на ткань нерва, поэтому предпочтительнее использование ультразвукового диссектора при манипуляциях в зоне прохождения возвратного нерва.

173. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА, ВЫЗВАННОЙ СПАЙКАМИ.

Степанюк А.А.(1), Завада Н.В.(2), Гуревич А.Р.(1), Степанюк А.Ф.(1), Быков Н.М.(1), Юрченко С.А.(1), Малеваный О.И.(1), Краснов С.В.(1)

Могилев, Минск, Республика Беларусь

1)УЗ «Могилевская городская больница скорой медицинской помощи» 2)Кафедра неотложной хирургии ГУО «БелМАПО»

В статье представлены результаты анализа применения традиционных и малоинвазивных методов при диагностике и лечении пациентов с непроходимостью кишечника, вызванной спайками (НКВС). Отражены положительные стороны малоинвазивных технологий. Актуальность проблемы диагностики и лечения НКВС обусловлена рядом факторов. Спайки встречается у 75-82% пациентов, поступающих в хирургические отделения с диагнозом «острая кишечная непроходимость». Они являются причиной 35-45% операций, выполняемых по поводу данной

патологии. При НКВС частота послеоперационных осложнений, требующих выполнения повторных оперативных вмешательств, по данным различных авторов, достигает 19,1–45,8%, являясь причиной смерти у 26,8-50% пациентов хирургического профиля. Традиционный лапаротомный адгезиолизис травматичен, дает высокий процент послеоперационных осложнений и рецидивов образования спаек. Лапароскопическое разделение спаек обладает преимуществом перед открытым хирургическим. Вместе с тем, по данным различных авторов, при выполнении лапароскопического адгезиолизиса, хирургам приходится переходить на лапаротомию у 15-63% пациентов. Одной из причин конверсий, по их данным, является трудность в определении распространенности спаечного процесса в брюшной полости до операции. Для диагностики НКВС применяется, как правило, рентгенологический метод. Данное исследование связано с лучевой нагрузкой на пациента. Оно, как правило, не позволяет определить до операции наличие и распространенность спаечного процесса в брюшной полости. В последнее время при обследовании пациентов со спаечной болезнью брюшной полости используется ультразвуковое исследование (УЗИ) кишечника, как простой и безопасный метод. УЗИ позволяет диагностировать наличие и распространенность спаечного процесса в брюшной полости, определить показания для выполнения лапароскопической операции в плановом порядке, а также обнаружить «акустические окна» на брюшной стенке. Вместе с тем, в диагностике острой кишечной непроходимости, обусловленной спайками, данный метод не нашел широкого применения. Цель исследования: Улучшить результаты диагностики и лечения НКВС за счет разработки и внедрения в хирургическую практику новых методов, основанных на ультразвуковых и видеолапароскопических технологиях. Материалы и методы: Нами проведен анализ результатов диагностики и лечения 114 пациентов с НКВС, оперированных в Могилевской городской больнице скорой медицинской помощи в 2006 - 2014 годах. Возраст пациентов был от 18 до 70 лет (средний возраст составил 45,7 лет). Из 114 пациентов женщин было 64 (56,1%) человек, мужчин – 50 (43,9%). Развитию НКВС предшествовали оперативные вмешательства: на желудке и двенадцатиперстной кишке – у 10 (8,8%) пациентов, по поводу травмы живота – у 5 (4,4%), на органах малого таза – у 32 (28,1%), по поводу НКВС – у 20 (17,5%), при остром панкреатите – у 3 (2,6%), аппендэктомия – у 26 (22,8%), холецистэктомия – у 8 (7%). Ранее не оперированы - 10 (8,8%) пациентов. Все пациенты были разделены на 3 клинические группы: Группа «А» – 74 (64,9%) пациента, которым была выполнена лапаротомия с адгезиолизисом традиционным способом. Группа «Б» – 23 (20,2%) пациента, которым адгезиолизис был выполнен с использованием лапароскопической технологии. Группа «В» - 17 (14,9%) пациентов, которым перед операцией было выполнено УЗИ с контрастированием кишечника (по предложенной нами методике) и лапароскопический адгезиолизис. В группах «А» и «Б» для диагностики НКВС использовали рентгенологический метод исследования органов брюшной полости с определением пассажа раствора сульфата бария по кишечнику. УЗИ проводилось для дифференциальной диагностики с другими заболеваниями органов брюшной полости. 17 (14,9%) пациентам группы «В», перед операцией, для диагностики спаечного процесса в брюшной полости, производилось УЗИ с контрастированием кишечника предложенной нами многокомпонентной контрастной смесью. Из них у 8 (47,1%) пациентов диагностировано висцеро-париетальное сращение в области послеоперационного рубца и у 9 (52,9%) – причиной НКВС был рубцовый штрэнг. Результаты исследования были подтверждены во время выполнения операций. Введение первого троакара в брюшную полость при лапароскопическом адгезиолизисе у пациентов группы «Б» в «слепую» или по методу Хассана не позволяло быть уверенным в безопасности данного метода. Из 23 пациентов (группа «Б»), которым выполнялся лапароскопический адгезиолизис по стандартной методике, конверсия потребовалась у 10 (38,5%). Причиной перехода на открытую операцию у 5 (50%) пациентов были раздутые петли

тонкой кишки, не позволявшие произвести лапароскопический адгезиолизис, у 4 (40%) – конгломерат из петель тонкой кишки и у 1 (10%) – кровотечение при разделении спаек. 7 (41,2%) пациентам из группы «В» введение иглы Вереша в брюшную полость проводилась по предложенной нами методике под УЗИ контролем. Повреждений органов брюшной полости в ходе проведения исследования в данной группе не было. Результаты: Критериями оценки эффективности проводимого хирургического лечения пациентов с НКВС являлись: • послеоперационные осложнения; • количество рецидивов развития НКВС в раннем послеоперационном периоде и переходов на лапаротомию; • послеоперационную летальность; • продолжительность выполнения оперативного лечения; • количество проведенных пациентами дней в стационаре. Осложнений в послеоперационном периоде в 3 группах не было. Релапаротомия по поводу НКВС в раннем послеоперационном периоде потребовалась 1 (0,9%) пациенту в группе «А». Послеоперационная летальность в данной группе после лапаротомии с адгезиолизисом была у 1 (0,9%) пациента. При сравнении группы «А» (лапаротомия с адгезиолизисом) и группы «В» (лапароскопический адгезиолизис с использованием предложенных нами методик) выявлено статистически значимое снижение продолжительности оперативного вмешательства при малоинвазивном вмешательстве (Sign Test $p < 0,05$ ($p = 0,142$)). Выводы: 1. Открытый и лапароскопический адгезиолизис не являются конкурирующими видами оперативного лечения НКВС. Каждый из них должен выполняться по строгим показаниям. Использование открытого метода обосновано при невозможности выполнения малоинвазивного разделения спаек. 2. Лапароскопический доступ, по сравнению с лапаротомным, позволяет уменьшить количество рецидивов спаечной кишечной непроходимости в раннем послеоперационном периоде, снизить послеоперационную летальность, а также продолжительность выполнения оперативных вмешательств и сроков нахождения пациентов в стационаре. 3. Использование УЗИ кишечника с контрастированием по предложенной нами методике помогает расширить применение лапароскопического метода лечения НКВС, за счет определения до операции наличия и распространенности спаечного процесса в брюшной полости. 4. УЗИ контроль позволяет безопасно вводить иглу Вереша в брюшную полость при хирургическом лечении НКВС с использованием лапароскопического доступа и способствует снижению продолжительности оперативного вмешательства.

174. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЕДИНОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА

Кулиш В.А., Коровин А.Я, Бочкарева И.В., Выступец В.В.

Краснодар

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, г Краснодар, Кафедра факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии

Введение Последние годы отмечены активным появлением новых технологий в хирургии, применение которых характеризуется наименьшей инвазивностью для пациента. Наблюдаются тенденции минимизации, ставшего широко распространённым, оперативного лапароскопического доступа и применение современных малоинвазивных методик в хирургии. К

ним относятся технологии NOTES (хирургия через естественные отверстия организма), лапароскопические операции из единого лапароскопического доступа (ЕЛД). Представлен первый опыт лечения 84 больных с острым аппендицитом с использованием технологии единого лапароскопического доступа без коммерческого устройства доступа с использованием ригидных лапароскопических инструментов. Актуальность Лапароскопическая хирургия одного доступа представляет собой новую многообещающую технологию выполнения минимально - травматичного вмешательства посредством одного прокола в области пупка - естественного рубца. Представлен первый опыт лечения пациентов с острым аппендицитом с применением технологии единого лапароскопического умбиликального доступа. Материал и методы У 275 пациентов с различными формами острого аппендицита выполнена лапароскопическая аппендэктомия, 84 из которых операция произведена через умбиликальный моноступ. Возраст пациентов составил от 20 до 68 лет, сорок шесть женщин и тридцать восемь мужчин. Удаление аппендикулярного отростка через моноступ применяли при неосложненном остром аппендиците (без перфорации и распространенного перитонита). Наличие вышеперечисленных признаков, а так же аппендикулярного абсцесса или плотного аппендикулярного инфильтрата считали показанием к лапароскопической аппендэктомии из стандартных точек, либо конвенциональной аппендэктомии. Операция производилась через один трансумбиликальный доступ длиной до двух см с установкой в него трех троакаров. Устройство доступа не применяли. Использовали ригидные лапароскопические инструменты. Трансумбиликальный доступ производили путем разреза по внутреннему контуру пупочного кольца на расстоянии 1см от его центра. После наложения пневмоперитонеума, через разрез вводили 10-мм троакар для лапароскопа. Использовали лапароскоп со скошенной оптикой (30°). После обзорной видеолапароскопии, оценки распространенности воспалительного процесса, отсутствии противопоказаний для данной методики дополнительно через этот же разрез вводились два 5-мм троакара, в верхний и нижний угол раны. Выполнялась интракорпоральная аппендэктомия с монополярной коагуляцией брыжейки отростка. Культия во всех случаях обрабатывалась лигатурным методом с помощью петли Редера полипропилен 2-0. отросток извлекался в контейнере через пупочный доступ. Дренирования брюшной полости после аппендэктомии не производили. После извлечения портов рану ушивали послойно. В послеоперационном периоде оценивался болевой синдром по пятибалльной визуальной аналоговой шкале. Результаты и обсуждение Время операции составило от 40 до 80 минут, в среднем 48,6 минут. Флегмонозный аппендицит выявлен в 53 случаях, гангренозный аппендицит в 15 случаях. В 7 случаях флегмонозного аппендицита и 4 случая гангренозного аппендицита с местным неотграниченным перитонитом послужил поводом к переходу на стандартную лапароскопическую аппендэктомию из трех портов по причине трудности мобилизации отростка санации и дренирования брюшной полости. Осложнений после операций не было. Послеоперационный период сопровождался минимальным болевым синдромом и был сопоставим с таковым после диагностической лапароскопии. Ненаркотические анальгетики (анальгин, кетонал) применялись в первые 48 часов. Болевой синдром в первые 24 часа по пятибалльной визуальной аналоговой шкале составил в среднем 3,0 балла. Осложнений со стороны операционной раны не отмечено. У всех пациентов достигнут хороший косметический эффект. Сроки нахождения в стационаре составили в среднем 5 дней. Выводы лапароскопическая аппендэктомия из единого лапароскопического доступа может являться методом выбора в случае клинической картины неосложнённого острого аппендицита, у пациентов без сопутствующего ожирения. Наиболее оправдано выполнение полулунного разреза для единого доступа над пупком, но не через центр пупочного кольца. Использование лапароскопа с торцевой оптикой (0°) затрудняет ход операции при выполнении лапароскопической трансумбиликальной аппендэктомии, чем лапароскоп со скошенной оптикой

(30°). 1. Для выполнения однопрокольной трансумбиликальной лапароскопической аппендэктомии, наиболее оптимальной схемой является применение одного прямого (диссектор, толкатель петли, ножницы, наконечник отсоса) и одного изогнутого инструмента с одним углом изгиба (инструмента-ротикюлятора с изменяемым углом). 2. Использование монополярной коагуляции для мобилизации чревообразного отростка является оптимальной. Отсечение должно производиться вместе с его брыжейкой; препарат необходимо погружать в контейнер и удалять из брюшной полости через канал порта, или вместе с портом в конце операции. 3. Данная технология может улучшить качество лечения пациентов. Для применения ЕЛД необходим опыт лапароскопической хирургии и обучение.

175. Диагностика биллиобилиарных желчных свищей и их комплексное миниинвазивное лечение.

Кулиш В.А., Базлов С.Б., Выступец В.В.

Краснодар

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, г Краснодар, Кафедра факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии

Введение. Актуальность биллиобилиарных желчных свищей (С-м Мириizzi) обусловлена низким уровнем дооперационной диагностики и большим числом серьезных осложнений, прежде всего в лапароскопической хирургии. Наличие многообразных топографоанатомических изменений в зоне операции, лечение пациентов с данной патологией представляет сложную проблему. Большинство эндохирургов наличие синдрома Мириizzi расценивается, как противопоказание для лапароскопической операции. Не определено место миниинвазивных технологий в лечении синдрома Мириizzi. Цель работы. Показать возможности эндовидеохирургических технологий в диагностике и лечении биллиобилиарных желчных свищей. Материалы и методы. Пролечено 1686 пациентов с острым холециститом, из них у 33 пациентов выявлен на дооперационном этапе синдром Мириizzi. Средний возраст пациентов составил 63 года. Среди клинических особенностей у данной группы следует отметить длительный анамнез холецистолитиаза (более 5 лет), периодические явления механической желтухи от умеренной (билирубинемия до 50 ммоль\л) - у 20 пациентов, до выраженной (более 90 ммоль\л) – у 13 больных. У всех больных отмечался умеренно выраженный болевой синдром в правом подреберье с периодическим подъемом температуры тела от субфебрильной до гектической. При инструментальных методах исследования диагноз достоверно был установлен только при ЭРХГ – выявлена причина обструкции, наличие фистулы и местонахождение камней. Диагностическая роль УЗИ оказалась достаточно низкой - были выявлены только косвенные признаки, позволившие заподозрить синдром Мириizzi – сочетание наличия конкремента не менее 20 мм в диаметре, с признаками отключенного желчного пузыря и выраженной инфильтрацией его стенок. Только в 10 случаях при повторных целенаправленных УЗ исследованиях после ЭРХГ были выявлены достоверные признаки синдрома – наличие пролабирования конкремента в просвет холедоха из полости желчного пузыря. Обсуждение и результаты. Алгоритм лечения данных пациентов заключался в следующем. Как первый этап, выполнялось ЭРХГ с ЭПТ. При наличии камней в холедохе (у 28 больных) – выполнялась максимально возможная литоэкстракция (в восьми случаях просвет

холедоха освобожден полностью; у семи больных в связи большими размерами камней удалась экстракция только мелких конкрементов). При наличии обструкции холедоха установлен назобилиарный дренаж с целью купирования желтухи и холангита, а также для частичного сдерживания возможной миграции конкремента из полости желчного пузыря в просвет холедоха. После данной подготовки больного, в плановом порядке, как 2 этап, выполнялась лапароскопическая операция. У больных с 1 типом выполнена лапароскопическая холецистэктомия с отсечением пузыря на уровне шейки, извлечением из шейки конкремента и глухим швом культи (в данных случаях диаметр культи составлял 12 и 15 мм.). Среди пациентов со 2 типом, в 9 случаях в связи с выраженными инфильтративными изменениями желчного пузыря, распространяющимся в ворота печени, выполнена конверсия с максимально возможной субтотальной резекцией желчного пузыря, извлечением конкремента до 3,5 см. в диаметре из оставшейся «воронки» и дренировании холедоха по Керу через холедохо-пузырную фистулу (при ПГИ удаленного макропрепарата выявлена холангиогепатокарцинома). Во 2 случае выполнена лапароскопическая холецистэктомия от дна с отсечением желчного пузыря вместе с камнем диаметром 4 см на расстоянии 12 мм от гепатикохоледоха. После визуализации достаточно большого дефекта (15 мм) в стенке желчного протока, выполнена пластика за счет оставшихся стенок желчного пузыря непрерывным глухим атравматическим рассасывающимся швом. У пациентов с 3 типом синдрома Мириizzi отмечалось полное или частичное мигрирование конкрементов в просвет холедоха. У 6 больных выполнена лапароскопическая холецистэктомия от дна с оставлением 10 мм участка шейки желчного пузыря на холедохе и извлечением конкрементов из холедоха через достаточно широкую фистулу (в одном из этих случаев в связи размерами камней до 25 мм, пришлось рассечь культю с продлением разреза в 8мм на переднюю стенку холедоха). После интраоперационной ревизии холедохоскопом, операции закончены пластикой дефекта непрерывным швом на дренаже холедоха по Керу и Вишневскому. У шести пациентов при лапароскопии столкнулись в выраженным инфильтратом, состоящим из интимно спаянной луковицы ДПК с желчным пузырем. Удалось безопасно освободить только дно желчного пузыря. Выполнена холецистотомия с извлечением 3 конкрементов диаметром до 15 мм. После чего рана желчного пузыря ушита на дренаже. В послеоперационном периоде, при фистулографии данных за холедохолитиаз не получено. Средний послеоперационный койко-день составил в случаях без дренирования холедоха - 9 суток, с дренированием – 14 суток. Несостоятельности зоны пластики холедоха и летальных исходов не было. В миниинвазивном лечении данной патологии, следует обратить внимание на следующие моменты. 1. ЭРХГ должна выполнять не только диагностическую функцию, но и максимально подготовить наиболее благоприятные условия для лапароскопического этапа. 2. Выделение желчного пузыря более рационально от дна, что позволяет безопасно «подойти» к зоне пузырно-холедохиальной фистулы. 3. Несмотря на соответствие удаляемых конкрементов с рентгенологическими данными, должна выполняться окончательная ревизия холедохоскопом. 4. При адекватно выполненной ЭПТ, и отсутствии суживающего момента при пластике за счет оставленных стенок культи желчного пузыря, дренирование холедоха не обязательно (а также возможно на предварительно установленном назо-билиарном дренаже). Заключение. Миниинвазивная хирургия является приоритетной в диагностике и лечении больных синдромом Мириizzi. При ее комплексном применении обеспечивается высокая эффективность, малая травматичность и значительная экономичность, при удовлетворительных результатах лечения сопоставимых с таковыми при традиционных методах хирургической коррекции предоставленной патологии.

176. Ранние послеоперационные осложнения эндоскопического стентирования желчных протоков у больных механической желтухой

Глебов К.Г. (2), Дюжева Т.Г. (1), Сюмарева Т.А. (2), Зверева А.А (1), Котовский А.Е. (1)

Москва

1) Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, 2) ГКБ №15 им О.М. Филатова.

Целью исследования явилось выявление ранних осложнений эндоскопического стентирования желчных протоков, а также анализ причин их возникновения. Материалы и методы. У всех больных механической желтухой диагноз был установлен на основании клинической картины заболевания, данных УЗИ, КТ (МРТ) и РПХГ. Эндоскопическое стентирование желчных протоков было выполнено 403 больным, из них при доброкачественных заболеваниях гепатопанкреатодуоденальной зоны – у 190 пациентов, а при злокачественных поражениях – 213 человек. В качестве эндопротеза для стентирования у 321 больных применялись различной формы, диаметра и конфигурации пластиковые дренажные трубки, а у 82 пациентов – нитиноловые самораскрывающиеся стенты. Все, без исключения, эндопротезы подбирались индивидуально, на основании результатов РХПГ. За всеми больными было установлено динамическое клиническое, рентгенологическое и эндоскопическое наблюдение. Результаты. Нами проанализированы 49 случаев (12,1% от общего количества пациентов – n = 403) возникновения осложнений связанных со стентированием ЖП в раннем послеоперационном периоде. Основными причинами ранних осложнений явились: • Миграция стента в тонкую кишку (3%) • Миграция стента в желчные протоки (1,5%) • Нарушение проходимости стента (1,5%) • Острый холецистит (1,5%) • Обострение холангита (1%) • Перфорация двенадцатиперстной кишки (0,25%) • Печеночно-почечная недостаточность (3,5%) В 12 случаях имело место миграция пластикового стента в тонкую кишку, а у 6 больных – интрахоледохеально. При анализе мигрировавших стентов у 17 больных они были прямыми пластиковыми дренажными трубками и в 1 случае диагностирована миграция покрытого металлического стента в просвет гепатикохоледоха. Для ликвидации этих осложнений потребовалось повторное эндопротезирование пластиковым стентом типа одно- и двусторонний «pig tail» и низведение металлического покрытого протеза. У 20 пациентов в течение первых 2 – 3 дней от момента эндопротезирования пластиковым стентом мы наблюдали сохранение желтухи и появление отрицательной клинико-лабораторной динамики с развитием печеночно-почечной недостаточности. Данная клиническая ситуация потребовала проведения интенсивной терапии и повторных эндоскопических вмешательств, при которых у 6 человек выявлены нарушения проходимости пластиковых стентов, потребовавшей рестентирования ЖП, у остальных 14 больных эндопротезы были полностью проходимы. Развитие печеночно-почечной недостаточности у 14 больных в раннем послеоперационном периоде после эндоскопического стентирования мы связываем с возникновением постдеком-прессионного синдрома в результате «быстрой декомпрессии» желчных протоков. Данное осложнение было отмечено у 7 пациентов после эндопротезирования желчных протоков пластиковой дренажной трубкой большого диаметра, и в 7 случаях имплантации металлического самораскрывающегося стента. Этим больным эндопротезы устанавливались в желчные протоки на высоте желтухи, без их предварительной «разгрузки» с помощью назобилиарного дренажа. Уровень билирубина сыворотки крови был более 200 мкмоль/л, а причина желтухи была обусловлена злокачественными опухолевыми заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны. У 4 человек отмечалось обострение

холангита, что было связано на наш взгляд с недостаточным временем назобилиарного дренирования на первом этапе вмешательства, обтурацией просвета стента гноем и фибрином, малым диаметром пластикового протеза. У 1 пациентки механической желтухой, обусловленной опухолью Клацкина возникновение приступа острого холангита на 3 сутки после стентирования металлическим эндопротезом было связано с нарушением проходимости стента в результате его плотного прилегания к стенке протока. Под рентгенотелевизионным контролем выполнена тракция стента, при этом в просвет кишки выделилось большое количество «сливкообразного» гноя и темной густой желчи. Явления холангита купировались. У 6 больных отмечено обострение холецистита. Данное осложнение было связано с попаданием контрастного вещества в желчный пузырь и нарушением его последующей эвакуации. С осложнением удалось справиться с помощью консервативной терапии и пункции желчного пузыря. Следует отметить, что тяжелые осложнения потребовавшие проведение экстренной хирургической операции было лишь у 1 больного с перфорацией стенки двенадцатиперстной кишки, связанной со смещением и плотным прилеганием дистального конца пластикового стента к стенке кишки. В результате пролежня возникла перфорация, потребовавшая ушивания при лапаротомии. У 7 пациентов в первые сутки после стентирования пластиковым эндопротезом отмечалась умеренная болезненность в правом подреберье. На наш взгляд она была связана с неправильным выбором конфигурации и диаметра стента, и этого вполне можно было избежать. У 17 больных с имплантацией металлического стента, умеренные болевые ощущения в правом подреберье, возникшие в раннем послеоперационном периоде, были связаны с расправлением эндопротезов до исходного диаметра раскрытия. Выводы. Эндоскопическое стентирование является достаточно безопасным и эффективным методом восстановления желчеоттока и не сопряжено с серьезными, угрожающими жизни осложнениями. В основном эти осложнения, носят легкий характер. При этом нами отмечено, что ранние осложнения стентирования ЖП, связанные с развитием постдекомпрессионного синдрома были только в группе пациентов, которым стент устанавливался сразу после доступа к ЖП (одноэтапная тактика), а в группе больных, которым была применена двухэтапная тактика эндоскопического вмешательства с предварительной разгрузкой «билиарного дерева» с помощью НБД, данного осложнения не было. Основным методом ликвидации осложнений эндопротезирования ЖП являются различные варианты ретроградных эндоскопических манипуляций.

177.Лапароскопическая спленэктомия при спленомегалии.

Данишян К.И., Карагюлян С.Р., Гржимоловский А.В., Шутов С.А., Щербакова О.В.

Москва

ФГБУ Гематологический научный центр МЗ РФ

В повседневной практике хирургам, работающим в гематологии, приходится сталкиваться с необходимостью оперировать больных со значительными спленомегалиями. В этом случае выбор доступа зависит в большей степени от предпочтений хирурга и от его владения техникой ЛСЭ (лапароскопические спленэктомии). В то же время высказываются сомнения о преимуществах ЛСЭ при злокачественных новообразованиях селезенки, и значительной спленомегалии. При

отсутствии данных крупных рандомизированных контролируемых исследований по сравнению открытой и лапароскопической спленэктомии, исследования типа случай-контроль являются единственным средством получения полезной информации для оценки этих доступов. Цель исследования: определить объективные критерии для целесообразности лапароскопического доступа при выраженных спленомегалиях. Провести ретроспективную оценку результатов ЛСЭ при спленомегалии, выполненных в нашем центре в течение 13 лет, с результатами, приведенными в литературе. Материалы и методы. С 1999 года в ГНЦ выполнено 1027 ЛСЭ, из которых 130 сочетались с холецистэктомиями. По мере накопления опыта размеры селезенки как ограничение к выбору доступа перестали играть решающую роль. Из 1027 больных, которым была выполнена ЛСЭ, у 506 - размеры селезенки составляли от 14 до 34 см (в среднем 21,25) и масса – от 300 до 2650 грамм (в среднем 1016). Возраст больных колебался от 14 до 72 лет. Показания к лапароскопической спленэктомии были те же, что и при операциях, выполненных традиционным доступом. Продолжительность операции составляла в среднем 137 минут vs 115 при ОСЭ. Кровопотеря в среднем 544мл vs 664мл при ОСЭ. Конверсии составили 100 случаев (19,7%). Причиной конверсий наиболее часто служили опухолевая инфильтрация ножки селезенки и периспленит. Тяжелых хирургических осложнений и летальных исходов не было. Результаты. Нами проведено сравнение результатов ОСЭ и ЛСЭ при спленомегалии, выполненных в нашей клинике, а также ЛСЭ при спленомегалии и нормальных размерах селезенки. Кроме этого нами оценены результаты лапароскопических спленэктомий при гемолитических анемиях, лимфопролиферативных заболеваниях и хроническом лимфолейкозе. Взгляд на спленомегалию, как на решающий фактор, влияющий на выбор доступа к СЭ претерпел значительные перемены за время накопления опыта ЛСЭ. При изучении опыта первых 250 ЛСЭ, выполненных нами до 2003 года, было установлено, что частота конверсий составляет 22%, а при спленомегалии она возрастает до 31%. С 2003 года по настоящее время частота конверсий при спленомегалии снизилась до 18,7%. Имеет значение не абсолютный размер селезенки, а соотношение ее размеров с объемом брюшной полости. Обсуждение. Преимущества ЛСЭ при спленомегалии заключаются в значительном снижении травматичности вмешательства, возможности визуализации верхнего полюса и ножки селезенки, исключение ранения хвоста поджелудочной железы. Даже если размеры органа настолько велики, что не позволяют выполнить СЭ лапароскопически полностью, целесообразно максимально мобилизовать селезенку под видеоконтролем. Заключение. Размеры селезенки не являются определяющими факторами в определении способа ее удаления. При наличии достаточного опыта ЛСЭ при спленомегалии является более предпочтительной.

178. Сравнение результатов лапароскопической спленэктомии у больных апластической анемией и иммунной тромбоцитопенической пурпурой

Данишян К.И., Карагюлян С.Р., Соболева О.А.

Москва

ФГБУ Гематологический научный центр МЗ РФ

Главным критерием для прогнозирования хороших результатов лапароскопической спленэктомии долгое время служили размеры удаляемой селезенки. Однако, спустя два десятилетия можно с уверенностью отметить, что размеры селезенки являются необходимым, но недостаточным условием в прогнозировании частоты конверсий, интраоперационной кровопотери и других осложнений этого вмешательства. Для подтверждения этого тезиса нами проведено сравнение двух групп оперированных больных. Первая группа – пациенты страдающие иммунной тромбоцитопенией, вторая – апластической анемией. Обе группы характеризуются нормальными размерами селезенки. Но как показала практика, сопровождаются различными результатами оперативного лечения. Целью настоящего исследования явилось сравнение результатов ЛСЭ у больных ИТП и АА, разработка принципов подготовки больных к операции и профилактики интраоперационных осложнений. Материал и методы. С 1999 года по настоящее время в отделении проведено 696 ЛСЭ, из них 93 ЛСЭ сочетались с операциями на желчном пузыре и органах малого таза. Наибольшее число ЛСЭ выполнено у больных, страдающих апластической анемией 152, идиопатической тромбоцитопенической пурпурой 145. Возраст больных колебался при АА от 16 до 70 лет, при ИТП от 14 до 71 года. Количество тромбоцитов до операции (при АА $24 \times 10^9/\text{л}$, при ИТП $128 \times 10^9/\text{л}$). Количество лейкоцитов до операции (при АА $1,2 \times 10^{12}/\text{л}$, при ИТП $7,6 \times 10^{12}/\text{л}$). Результаты и обсуждение ЛСЭ в обеих группах пациентов проводилась по стандартным методикам. При АА ЛСЭ выполнялась на фоне анемии, тромбоцитопении, глубокой лейкопении. В предоперационном периоде им проводились заместительные трансфузии компонентами крови. Интраоперационно проводились трансфузии тромбоцитарной массы в количестве 4-8 доз и операция проводилась при уровне тромбоцитов $30-40 \times 10^9/\text{л}$. Несмотря на это, результаты операции в этой группе наилучшие. Средняя продолжительность операции составила 113 минут. Средняя кровопотеря составила 242,5 мл. Конверсий 6 (3,9%). Причинами конверсий послужили сочетание осложняющих вмешательство факторов: ожирение у 4 больных, близкое расположение хвоста поджелудочной железы у 3. У двух пациентов послеоперационный период осложнился внутрибрюшным кровотечением, потребовавшим релапаротомии. Показанием к операции при ИТП служили рецидивирующие формы и недостаточная эффективность терапии преднизолоном. При неэффективном лечении преднизолоном больных готовили к проведению ЛСЭ введением иммуноглобулинов и оперировали по достижению нормального количества тромбоцитов. Средняя продолжительность операции составила 134 минуты. При этом средняя кровопотеря составила 361,8 мл, что в 1,5 раз больше чем у больных АА. Конверсий 15 (10,3%), что в 2,6 раз чаще, чем в сравниваемой группе. В этой группе причинами конверсий явились: ожирение у всех 15 пациентов, повышенная хрупкость сосудов у 9, близость хвоста поджелудочной железы у 6. Осложнения отмечены у 5 пациентов: внутрибрюшное кровотечение 3, ранение диафрагмы 1, абсцесс малого таза 1. Нам представляется вероятным, что предшествующая операции терапия преднизолоном является главной причиной большого количества интра и послеоперационных осложнений у больных ИТП. Изменения в тканях тем более выражены, чем длительнее проводилось лечение глюкокортикостероидами. Единственным способом профилактики конверсии и осложнений является максимально аккуратное обращение с тканями и сосудами. Особенности послеоперационного периода: - низкая частота пареза кишечника; - неинтенсивный болевой синдром; - раннее начало энтерального питания; - быстрое возвращение к привычному режиму физической активности. Последнее представляется нам очень важным, так как на фоне изменений иммунного статуса больных, после и на фоне терапии глюкокортикостероидами, в условиях лейкопении и агранулоцитоза, ранняя активизация больных является наилучшей профилактикой наиболее частого послеоперационного осложнения – пневмонии. Таким образом, можно сделать выводы о том, что: величина селезенки, показатели крови не являются

решающими факторами, определяющими частоту осложнений; накопление опыта приводит к уменьшению частоты осложнений и конверсий, что делает ЛСЭ достаточно безопасным вмешательством; малая травма тканей позволяет считать подобные вмешательства операциями выбора у пациентов с нарушениями систем гемостаза и иммунитета.

179. Активная хирургическая тактика у больных острым деструктивным холециститом старших возрастных групп

Уханов А.П., Захаров Д.В., Большаков С.В., Леонов А.Л., Соболева Л.М., Сергеев А.Л. Амбарцумян В.М., Чарчян Г.Л.

Великий Новгород

Клиника № 1 ГОБУЗ Центральная городская клиническая больница

В хирургическом отделении городской многопрофильной больницы в период с 2006 по 2015 годы лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 1375 больных острым холециститом в возрасте от 18 лет до 95 лет. Среди оперированных 669 (48,7 %) пациентов были старших возрастных групп, в том числе в возрасте от 61 до 70 лет было 270 (19,6 %), от 71 до 80 лет – 330 (24,0 %) и старше 81 года – 69 (5,0 %) больных. Мы придерживались активной тактики в лечении больных старших возрастных групп. Это было обусловлено тем, что большая часть больных пожилого возраста, поступающих по экстренным показаниям, имели деструктивные формы воспаления желчного пузыря. По нашим данным флегмонозный, гангренозный холецистит, эмпиема желчного пузыря, паравезикальный инфильтрат или абсцесс выявлены во время операции у 493 больных (73,7 %), при этом большинство больных – 465 (69,5 %) поступили позже суток от начала заболевания. Проведение консервативного лечения у подавляющего числа таких больных, как правило, малоэффективно и приводит к дальнейшему усугублению инфильтративно-воспалительного процесса в подпеченочном пространстве или, наоборот, к прорыву паравезикального абсцесса в брюшную полость и развитию диффузного и разлитого перитонита. Поэтому сроки наблюдения и консервативного лечения у таких больных должны быть максимально сокращены и оперативное вмешательство следует проводить в первые двое суток с момента госпитализации. Этого срока вполне достаточно для дифференциальной диагностики острого холецистита с другими заболеваниями и проведения, при необходимости, кратковременной предоперационной подготовки, учитывая, что более чем у 80 % больных старших возрастных групп были выявлены сопутствующие заболевания со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем и эндокринологические расстройства. Среди оперированных больных переход на традиционный доступ осуществлен у 16 больных (2,4 %). Причинами ее явились выраженный воспалительно-инфильтративный или рубцово-спаечный процесс в области шейки желчного пузыря и гепатодуоденальной связки у 12 больных (1,8 %), кровотечение у 2 (0,3 %), повреждение двенадцатиперстной кишки у 1 пациента (0,015 %), повреждения желчных протоков у 1 больной (0,015 %). С целью снижения частоты лапаротомного доступа, который весьма небезразличен для больных пожилого и старческого возраста, в технически сложных случаях мы используем атипичные методики эндовидеохирургической диссекции желчного пузыря, в частности лапароскопическую холецистэктомию от дна и субтотальную лапароскопическую

холецистэктомии. Наиболее частыми послеоперационными осложнениями явились абсцессы или скопления желчи в зоне операции, которые отмечены у 26 (3,9 %) больных. В последние годы с целью лечения остаточных гнойников и желчных затеков мы используем малоинвазивные пункционные вмешательства под контролем УЗИ и релaparоскопию, которые были эффективны у 20 из 26 больных (76,9 %). Умерло 5 больных (0,7 %). Причинами смерти явились экстраабдоминальные осложнения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Проведенные исследования показали, что активная хирургическая тактика и использование эндовидеохирургического метода лечения острого деструктивного холецистита у больных старших возрастных групп позволяют обеспечить у большинства пациентов снижение гнойно-септических осложнений и улучшить результаты лечения.

180. Лечение желчнокаменной болезни и ее осложнений в отделении неотложной хирургии многопрофильной городской больницы

Уханов А.П., Захаров Д.В., Большаков С.В., Леонов А.Л., Соболева Л.М., Сергеев А.Л. Амбарцумян В.М., Чарчян Г.Л., Черных С.А.

Великий Новгород

Клиника № 1 ГОБУЗ Центральная городская клиническая больница

В период с 2006 по 2015 годы в отделении неотложной хирургии городской многопрофильной больницы хирургическое лечение проведено у 1658 больных желчнокаменной болезнью и ее осложнениями в возрасте от 18 лет до 95 лет. Среди общего количества пациентов деструктивные формы воспаления желчного пузыря (флегмонозный, гангренозный холецистит, эмпиема желчного пузыря, паравезикальный инфильтрат или абсцесс) наблюдались у 911 больных (54,9 %). У 112 больных имелись признаки осложненного холедохолитиаза. Следует отметить, что в настоящее время вектор оказания хирургической помощи больным желчнокаменной болезнью и ее осложнениями резко сместился в сторону оказания малоинвазивных эндохирургических вмешательств. При наличии клинических и ультразвуковых признаков холедохолитиаза, механической желтухи больным выполнялась эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХП и папиллосфинтеротомия. (ЭПСТ). После эндоскопической санации желчных протоков больным выполнялась лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Из общего количества оперированных больных острым холециститом ЛХЭ предпринята у 1375 (82,9 %), при этом у 5 больных выполнены лапароскопические вмешательства на внепеченочных желчных протоках, в частности холедохолитомия с холедохоскопией. Открытые оперативные вмешательства проводили в случаях неэффективности ЭРХПГ и ЭПСТ, а также когда предполагались трудности в лапароскопической санации желчных протоков или имелись противопоказания к эндохирургическим вмешательствам. Среди 1375 больных, которым предпринята ЛХЭ, переход на открытый доступ осуществлен у 38 (2,8 %) пациентов. Послеоперационные осложнения встретились у 52 больных (3,8 %), в том числе кровотечение у 5 (0,4 %), перитонит у 1 (0,07 %), внутрибрюшные абсцессы у 14 (1,0 %), острая кишечная непроходимость у 1 (0,07 %), желчеистечение у 20 (1,5 %), дуоденальный свищ у 2 (0,15 %), нагноение троакарной раны у 9 (0,7 %) пациентов. Умерло 5 больных (0,4 %). Все умершие

больные были старше 60 лет и причинами смерти явились экстраабдоминальные осложнения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Таким образом, применение эндоскопических и видеолапароскопических вмешательств у больных желчнокаменной болезнью ее осложнениями является приоритетным методом хирургического лечения, сопровождается небольшим количеством осложнений и низким показателем послеоперационной летальности. На протяжении последнего года показатель использования эндоскопических и видеолапароскопических вмешательств при лечении холецистохоледохолитиаза достиг 88 % и имеются определенные перспективы по его дальнейшему увеличению.

181.ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЭЗОФАГОКАРДИОМИОТОМИИ С ПЕРЕДНЕЙ ГЕМИЭЗОФАГОФУНДОПЛИКАЦИЕЙ У БОЛЬНЫХ АХАЛАЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

Оскретков В.И., Гурьянов А.А., Ганков В.А., Балацкий Д.В., Андреасян А.Р., Федоров В.В.

Барнаул

ГБОУ ВПО АГМУ МЗ РФ, г. Барнаул

С использованием видеоэндохирургических технологий в клинике общей хирургии оперировано 92 пациента с ахалазией пищевода II – IV ст. Операцию выполняли в положении больного на спине, операционный стол переводили в положение Фовлера с небольшим наклоном (10-150) на правый бок. Брюшную полость пунктировали пятью лапаропоортами, ультразвуковым гармоническим скальпелем производили пристеночную мобилизацию передней стенки кардиального отдела желудка и абдоминального отдела пищевода с сохранением кардиофундальной веточки восходящей ветви левой желудочной артерии. Мобилизацию кардиального отдела желудка продолжали вправо с частичным пересечением диафрагмально-желудочной связки. Производили рассечение пищеводно-диафрагмальной связки с обнажением пищеводного отверстия диафрагмы. В процессе мобилизации передней стенки кардиального отдела желудка и абдоминального отдела пищевода ткани отводили вправо, что позволяло сохранить передний ствол блуждающего нерва. Частичное рассечение диафрагмально-желудочной связки обеспечивало сохранение анатомического соотношения пищевода и желудка в области угла Гиса и связочных структур между дном желудка и селезенкой. Частично фиксированное дно желудка в последующем обеспечивало эффект растяжения миотомной раны пищевода влево. Продольную эзофагокардиомиотомию выполняли на толстом желудочном зонде по передней стенке эндоскопическим крючком. Важным условием эзофагокардиомиотомии являлось пересечение всех циркулярных мышечных волокон. Длину разреза мышечной оболочки пищевода выбирали индивидуально, с учетом протяженности зоны сужения пищевода. Рассечение мышечной оболочки пищевода продолжали кверху на 1,5см – 2,0 см выше зоны сужения. Не зависимо от стадии заболевания у всех пациентов в «предстенотической» части пищевода мышечная оболочка была гипертрофированной. Книзу рассечение мышечной оболочки продолжали до ее интимного сращения со слизистой оболочкой, что указывало на достижение кардиального отдела желудка (пищеводно-желудочного перехода). Правый и левый край рассеченной мышечной оболочки пищевода отсепааровывали от слизисто-подслизистого слоя до 1/2 окружности пищевода. Это приводило к существенному увеличению

диаметра пищевода в зоне миотомии и препятствовало смыканию краев рассеченной мышечной оболочки. После этого производили сшивание левого края миотомной раны с частично фиксированной передней стенкой дна желудка, что обеспечивало эффект «растяжной миотомии». Правый край миотомной раны сшивали с подвижной частью дна желудка. Непрерывный интракорпоральный шов накладывали неабсорбирующей нитью. Операцию завершали дренированием левого подпеченочного пространства. Во время выполнения видеолапароскопической эзофагокардиомиотомии у 4 пациентов ($4,3 \pm 2,1\%$) произошло точечное повреждение слизистой оболочки пищевода. Возникшее осложнение было устранено путем наложения «Z-образного» интракорпорального шва на слизистую оболочку, послеоперационный период протекал без осложнений. При изучении отдаленных результатов все оперированные больные отмечали значительное улучшение проходимости пищевода. Быстро проходящее затруднение прохождения твердой и кашицеобразной пищи, при психо-эмоциональном напряжении наблюдалось у $7,9 \pm 3,4\%$ пациентов. У всех больных происходило статистически значимое уменьшение диаметра пищевода, увеличение просвета кардии в момент ее раскрытия более чем в 2 раза. Достоверно снижалась продолжительность задержки контрастного вещества над кардией, возрастала скорость опорожнения пищевода, купировались эндоскопические признаки застойного эзофагита. Происходило статистически значимое улучшение моторной функции пищевода, в том числе у пациентов с ахалазией пищевода IV стадии, что обосновывает целесообразность применения органосохраняющих хирургических вмешательств у этой категории больных. Ни у одного из больных по данным суточной внутрипищеводной Рн-метрии наличие желудочно-пищеводного рефлюкса не зарегистрировано. Таким образом, при ахалазии пищевода продольная кардиомиотомия с рассечением продольных и циркулярных мышц пищевода в области сужения, выше и ниже его, с рассечением мышц в области пищеводно-желудочного перехода (петля Виллиса), отделение мышечного слоя пищевода от слизисто-подслизистого слоя в области миотомной раны на половину его полуокружности с фиксацией к левой полуокружности пищевода частично фиксированного дна желудка, обеспечивают раскрытие просвета кардии достаточного для адекватного питания. Передняя гемиезофагофундопликация у этой категории больных, несмотря на пересечение мышц в области пищеводно-желудочного перехода, предотвращает развитие гастро-эзофагеального рефлюкса.

182. Опыт лапароскопической резекции печени в общехирургическом отделении городской больницы

Демин Д.Б., Григорьев А.Г., Солосин В.В., Федоров К.С., Фуныгин М.С., Савин Д.В.

Оренбург, Россия

Оренбургский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы. Широкое внедрение в клиническую практику современных методов визуализации (УЗИ, КТ, МРТ) обусловило увеличение пула больных с диагностированными объемными образованиями печени. Данная группа пациентов попадают в сферу деятельности общехирургических стационаров. Исходя из поддерживаемой нами концепции необходимости минимизации операционной травмы, с 2011 г. мы начали выполнять оперативные вмешательства

при вышеназванной патологии лапароскопическим доступом. Цель работы: оценить эффективность высокотехнологичных лапароскопических вмешательств в общехирургическом стационаре. Материал и методы. В 2011-2015 годах в клинике кафедры факультетской хирургии ОрГМУ на базе ГАУЗ ГКБ им. Н.И.Пирогова г. Оренбурга нами выполнены вмешательства на печени у 35 пациентов. В процессе вмешательств мы применяли современные энергетические установки (ультразвуковой диссектор и биполярный коагулятор). Результаты и обсуждение. Большинство больных (33 пациента) госпитализированы в плановом порядке после стандартного обследования, включающего обязательном порядке КТ-исследование. Два пациента были госпитализированы в ургентном режиме с клиникой абсцесса печени. У плановых больных в 32 случаях новообразования были доброкачественными (гемангиомы, гепатоцеллюлярная аденома, обызвествленные и живые эхинококковые кисты, непаразитарные кисты), в 1 случае – первичный рак правой доли печени. У всех 35 пациентов нами выполнены следующие оперативные вмешательства: сегментарная и бисегментарная резекция печени – 21, в том числе в 4 случаях при обызвествленном и в 1 случае при живом эхинококке; иссечение непаразитарных кист печени – 12; открытая эхинококкэктомия – 1; правосторонняя анатомическая гемигепатэктомия – 1. Средний размер солидных образований составлял 5-6 см. На этапе освоения методики мы закономерно предпочитали передние и боковые локализации (S II, III, IV, V, VI), по мере набора опыта стали оперировать на VII и VIII сегментах. Кистозные образования имели размер от 5 до 15 см в диаметре с подкапсульным расположением в печени. Отбор такой категории пациентов был обусловлен необходимостью этапа освоения технологии вмешательства, а также отсутствием в настоящее время лапароскопического УЗИ-датчика. Методики резекционных вмешательств – сегментарная резекция печени в 16 случаях, в 5 случаях выполнена резекция левого латерального сектора. Во всех случаях диссекцию ткани печени, пересечение глассоновой ножки и иссечение стенок кисты осуществляли биполярным коагулятором. При выявлении по линии резекции крупных трубчатых структур применяли ручной интракорпоральный узловый шов для их дополнительного лигирования. Открытая эхинококкэктомия при живой эхинококковой кисте S IV-V диаметром 6 см произведена по методике, аналогичной открытым вмешательствам: предварительное отграничение салфетками с формалином, пункция кисты, аспирация жидкости, введение спирта, экспозиция 5 минут, вскрытие кисты, удаление в контейнер оболочек и дочерних кист, обработка полости формалином, максимальное иссечение фиброзной капсулы с прилежащими участками печени для минимизации размеров остаточной полости. У 5 пациентов непаразитарная киста печени – интраоперационная находка при плановой холецистэктомии, у 3 – при фундопликации по Ниссену по поводу грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Кистозные образования фенестрировали с аспирацией содержимого. Максимально иссекали стенку кисты с прилежащей тканью печени с целью минимизации размеров остаточной полости с деэпитализацией последней монополярным шаровым коагулятором. Конверсия выполнена в одном случае. У пациента с подтвержденным КТ и пункционной биопсией первичным раком S V печени вмешательство начато лапароскопическим доступом. Выделены и пересечены в портальных воротах правые воротная вена, печеночная артерия и долевого проток. Правая доля печени мобилизована до нижней полой вены, при этом выявлено плотное прилегание опухоли к стенке этого сосуда, что представляло риск для безопасной диссекции. Выполнена лапаротомия, правосторонняя гемигепатэктомия завершена открытым способом. У двух пациентов, поступивших с клиникой абсцесса печени (в обоих случаях нагноение расположенной интрапаренхиматозно непаразитарной кисты) выполнена плащевидная резекция печени с целью уменьшения объема остаточной полости с последующим ее дренированием. Во всех случаях благодаря применению ультразвукового диссектора и биполярного коагулятора кровопотеря была минимальной. Интраоперационных осложнений и осложнений в послеоперационном

периоде не было. У всех больных гладкий послеоперационный период, выписка на 7-9 сутки. Таким образом, наличие необходимых мануальных навыков и современной аппаратуры обеспечивает эффективность и безопасность «продвинутых» лапароскопических технологий хирургии печени в общехирургической практике и открывает перспективы для расширения объема вмешательств у данной категории больных.

183. Интеллектуальная хирургия панкреонекроза

Демин Д.Б., Солодов Ю.Ю., Лайков А.В., Фуныгин М.С., Гусев Н.С.

Оренбург, Россия

Оренбургский государственный медицинский университет

Введение. Острый панкреатит (ОП) остается одной из сложных проблем ургентной абдоминальной хирургии. Вопросы хирургической тактики, в первую очередь, сроки и объемы вмешательства сохраняют свою актуальность и являются до настоящего времени дискуссионной темой. Минимизация операционной травмы является одним из ключевых направлений современной хирургии. В данном ракурсе ведущее значение в снижении летальности при панкреонекрозе приобретает применение малоинвазивных хирургических технологий, арсенал которых включает в себя эндохимию, пункционные вмешательства под ультразвуковой навигацией и УЗИ-контролируемые операции из минилапаротомного доступа. Цель исследования. Оценить эффективность комплексного этапного применения малоинвазивных технологий при панкреонекрозе. Материал и методы. В данный анализ включены все пациенты (102 человека), поступившие с 2011 г. в хирургическую клинику ГАУЗ «ГКБ им. Н.И.Пирогова г. Оренбурга» с ОП, которым потребовались те или иные хирургические пособия. С 2011 года установкой клиники является этапный малоинвазивный подход в хирургическом лечении панкреонекроза. Широкая лапаротомия считается ошибочным лечебным мероприятием. Допускаем открытые вмешательства только при инфицированном панкреонекрозе, которые являются альтернативными операциями и применяются лишь при неэффективности малоинвазивных методов дренирования. На всех этапах больные получали многокомпонентную терапию согласно современным принципам лечения. Обязательным принципом лечения было применение продленного эпидурального блока у больных с тяжелым ОП. Также обязательно применяли в динамике КТ и УЗИ для оценки объема и архитектоники зон деструкции и выбора оптимальной точки малоинвазивного доступа. Результаты и обсуждение. В нашей клинике мы эффективно применяем все существующие в настоящее время малоинвазивные технологии лечения панкреонекроза. Показанием к лапароскопическому вмешательству считаем наличие выпота в брюшной полости с клиникой перитонита (т.н. передний тип экссудации). Объем вмешательства – только дренирование брюшной полости. В процессе набора клинического опыта мы отказались от холецистостомии и дренирования сальниковой сумки, как от ненужных мероприятий, пролонгирующих время вмешательства. Пункционно-дренирующие вмешательства под ультразвуковой навигацией применяем при жидкостных скоплениях брюшной полости и забрюшинного пространства, не содержащих секвестров. Проблема секвестров привела нас к разработке и внедрению в клиническую практику методики минидоступа под интраоперационной

ультразвуковой навигацией, позволяющей при хирургическом лечении жидкостных образований одновременно удалять не только жидкую часть, но и тканевой детрит (заявка на изобретение в ФИПС). Представленный метод дренирования показал более высокую эффективность по сравнению с длительно применявшимся нами способом пункционного дренирования под контролем ультразвука. Если пункционные вмешательства неэффективны примерно в 30% случаев (и по данным литературы, и по нашим данным), когда вследствие неадекватного дренирования приходится выполнять повторные операции, в том числе широкие лапаротомии, направленные на удаление секвестров, то при применении предлагаемой методики ни в одном случае не потребовалось расширение доступа. Минимальная инвазивность доступа позволила избежать раневых осложнений, являющихся частыми при открытых вмешательствах. Метод сочетает в себе достоинства пункционного вмешательства (малая травматичность) и открытой операции (возможность инструментальной ревизии с полноценной секвестрэктомией) и лишен их недостатков. С момента внедрения в клиническую практику данного метода дренирования широкие лапаротомии при инфицированном панкреонекрозе сведены к минимуму, а послеоперационная летальность при данном заболевании в нашей клинике снизилась с 27% до 10%, то есть почти в 3 раза, причем подавляющее большинство пациентов погибло в ферментативную фазу от фульминантного панкреонекроза, от инфицированного панкреонекроза скончалась всего 1 пациентка (забрюшинная флегмона D1-D2-S1-S2). Таким образом, комбинированный подход, включающий все малоинвазивные вмешательства, является эффективным методом лечения, позволяющим в большинстве случаев выполнить при панкреонекрозе необходимый комплекс инвазивных лечебных мероприятий. Применение этапного принципа с использованием малоинвазивных технологий значительно улучшает результаты лечения больных деструктивным панкреатитом. Это и есть в нашем понимании интеллектуальная хирургия панкреонекроза.

184. Применение интракорпоральной петли при лапароскопических низких передних резекциях у больных раком прямой кишки.

Рухадзе Г.О., Ерыгин Д.В., Невольских А.А., Почуев Т.П., Евдокимов Л.В., Карпов А.А., Десятков Ю.В., Бердов Б.А.

Обнинск

МРНЦ им.А.Ф. Цыба - филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России.

Актуальность. Лапароскопические операции у больных раком прямой кишки становятся методом выбора в последние годы и приобретают все большую популярность. В нашем центре за последний год 65% всех операций у больных раком прямой кишки выполнены лапароскопическим доступом. Согласно принципам тотальной мезоректумэктомии (ТМЭ) необходимо добиваться сохранения собственной фасции, удаление мезоректальной клетчатки на расстоянии не менее 5 см дистальнее опухоли, а также дистальный край резекции должен быть не менее 1см. Актуальной проблемой лапароскопической хирургии остается определение дистальной границы резекции особенно у больных раком прямой кишки с локализацией опухоли в средне-ампулярном отделе без тактильной пальпации. Другой проблемой является связь

частоты несостоятельности коло-ректального анастомоза при пересечении кишки линейным степлером и количества используемых для этого кассет. По данным N. Demartines (2012) при использовании более двух кассет для пересечения прямой кишки частота несостоятельств увеличивается с 5 до 15%. Описание метода. В нашем центре применяется методика пересечения прямой кишки после ТМЭ на интракорпоральной петле. Использование этой методики позволяет: 1) выполнить максимальную тракцию прямой кишки без повреждения фасции; 2) петля суживает кишку в зоне пересечения, за счет чего возможно пересечение кишки линейным степлером одной или максимум двумя кассетами; 3) суживание просвета кишки петлей заменяет тактильное определение дистальной границы опухоли и позволяет выбрать безопасный уровень резекции. С 2014 по 2015 г. по данной методике было выполнено 23 передних резекций по поводу рака прямой кишки Т2 в 65 % случаев, Т3 в 23% случаев и Т4а в 2 % случаев. Индекс массы тела больных варьировал от 24 до 39 кг/м². Дистальная граница опухоли от анального края составила от 6 до 10 см. Дистальный край резекции составил от 1 до 5 см. В 40 % случаев для пересечения кишки была использована 1 кассета, в 60 % случаев понадобилось использование 2 кассет. Анастомоз формировался на циркулярных сшивающих аппаратах 29мм и 33мм. Несостоятельств колоректального анастомоза выявлено не было. Выводы. Использование интракорпоральной петли при выполнении передней резекции прямой кишки является надежной и легко воспроизводимой методикой определения безопасного края резекции.

185. Оптимизация малоинвазивных методов хирургического лечения желчнокаменной болезни и ее осложнений у больных старческого возраста.

Меджидов Р.Т., Курбанисмаилова Р. Р., Абдулаева А.З.

Махачкала

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Росздрава МЗ РФ,

Актуальность. Вопрос повышения эффективности хирургического лечения желчнокаменной болезни, внедрение новых, малоинвазивных методов, приближение последних к контингенту больных с высокой степенью операционно-анестезиологического риска, разработка и совершенствование тактических и технологических решений, представляются актуальными. Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения желчнокаменной болезни и ее осложнений у лиц старческого возраста путем оптимизации выбора малоинвазивных методов хирургического лечения. Материал и методы. В основу материала положены результаты обследования и хирургического лечения 143 пациентов старческого возраста с осложненным течением желчнокаменной болезни, оперированных с применением малоинвазивных технологий и по традиционной методике за период 2009-2015гг. При этом в зависимости от методики выполнения оперативного вмешательства больные были распределены на 3 группы: в I группу вошли 44 пациента, которым произведена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ); II группа состояла из 56 больных оперированных из миналапаротомного доступа (МЛД), в 19 (33,9%) наблюдениях был наложен холедоходуоденоанастомоз (ХДА); а в III группу вошло 47 пациентов, оперированных традиционным методом (ТХЭ), в 34 (72,3%) случаях так же наложен ХДА, из них у одного пациента ХДА с Брауновским соустьем, у 3 (6,4%) больных произведено

дренирование холедоха по Вишневскому, у 3(6,4%) пациентов наружное дренирование билиарного тракта по Керу, у 2х (4,2%) больных дренирование холедоха по Холстеду и Пиковскому. Результаты. В группе больных где произведена ЛХЭ в раннем послеоперационном периоде у 4 (9,1%) пациентов отмечались раневые осложнения у 5 (11,4%) пациентов имелись жидкостные скопления в подпеченочном пространстве и в проекции ложа ЖП (50 – 150 мл). В одном случае в раннем послеоперационном периоде (1е сутки) отмечалось желудочное кровотечение. Так же у 1-й пациентки через месяц после операции диагностирован абсцесс подпеченочного пространства. В 4 (9,1%) случаях при проведении ЛХЭ была произведена конверсия у 2 (4,5%) пациентов на ТХЭ, в 2 (4,5%) случаях ХЭ из МЛД. Причинами ее явился выраженный плотный инфильтрат в шейке желчного пузыря, синдром Мириizzi с краевым повреждением гепатикохоледоха. Средний койко день пребывания больных в стационаре составил $8 \pm 3,5$ койко/дня. Летальных исходов не было. Пациенты которым произведена холецистэктомия из МЛД осложнения в послеоперационном периоде встречались в виде раневых осложнений у 2(3,6%) пациентов. в одном случае была произведена релaparотомия, у пациентки отмечалось интенсивное подтекание геморрагического характера по страховочному дренажу. Средний койко день пребывания больных в стационаре составил $10 \pm 3,5$ койко/дня. Летальных исходов не было. В группе больных которым произведена ТХЭ у 5 (10,6%) пациентов отмечен инфильтрат послеоперационной раны, 4 (8,5%) больных серома, нагноение послеоперационной раны отмечено у 3 (6,3%) пациентов. У 2х (4,2%) пациенток отмечалось желчеистечение из ложа ЖП, с формированием подпеченочного абсцесса, в другом случае самостоятельно прекратилось на 1е сутки. Так же у 3 (6,3%) больных имелось кровотечение из ложа ЖП неинтенсивного характера, которое самостоятельно прекратилось на 2е сутки. В 2-х (4,2%) случаях произведена релаларотомия, на 3 сутки после операции имелась клиника желчного перитонита, причиной желчеистечения оказалась несостоятельность швов холедоха. Средний койко – дней пребывания составил $15,8 \pm 3,7$. Умерло 2 пациентов от развившегося ИМ у пациентки в раннем послеоперационном периоде, в другом случае от ТЭЛО. Выводы. Использование современных малоинвазивных технологий значительно снижает риск оперативного вмешательства, уменьшает число осложнений, и тем самым, улучшает результаты хирургического лечения больных с ЖКБ старческого возраста с высокой степенью операционного риска. При прогнозируемых технических трудностях следует выполнять открытую операцию из МЛД. Вместе с тем необходимо отметить, что в ряде случаев, когда значительно повышаются требования к интраоперационной ревизии зоны операции и высокий риск возникновения опасных ИО осложнений, проведение ТХЭ более оправдано.

186. ПЕРИОПЕРАЦИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ТРАНСПОРТА КИСЛОРОДА ПРИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ

Богданов Р.Р.(1), Староконь П.М.(2)

Уфа, Москва

1)ГБОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет" Минздрава России, 2)ИУВ Медицинский учебно-научный клинический центр имени П.В. Мандрыка.

Введение. Малоинвазивные технологии в хирургии включают в себя эндоскопические операции с наложением пневмоперитонеума, минилапаротомные вмешательства и мало используемые лифтинговые технологии. Исследования последних лет показали, что, казалось бы, щадящие операции, при наличии карбоксиперитонеума (КП), интраоперационно создают высокую нагрузку на адаптационные системы организма. Поэтому изучение влияния на витальные функции при различных методах оперативных вмешательств является актуальным. Цель исследования: Изучить изменения центральной гемодинамики и транспорта кислорода у пациентов с желчнокаменной болезнью при выполнении оперативных вмешательств традиционным и малоинвазивными методами. Материалы и методы: Обследовано 128 пациентов. Пациенты разделены на три группы. В первой группе больным выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), во второй минилапаротомическая холецистэктомия (МЛХЭ), в третьей операция традиционным доступом (ТХЭ). Пациенты во всех группах сопоставимы по возрасту, полу и риску оперативного вмешательства. По шкале ASA относились ко 2-3 классу. В каждой группе пациенты были разделены на три подгруппы по возрасту: до 40 лет, от 41 до 60 лет и старше 60 лет. Интраоперационно проводили измерение АД, ЧСС, пульсоксиметрию, капнографию, регистрацию давления в брюшной полости (ВБД). С помощью гемодинамической мониторинговой системы NemoSonikTM100 (Arrow,USA) методом транспищеводной эхо- и доплерографии в реальном времени определяли ударный и сердечный выбросы, общее периферическое сопротивление (TSVR). Расчетными методом вычисляли показатели доставки, потребления и утилизации кислорода. Основными этапами исследования были: исходный (после интубации трахеи и стабилизации анестезии) перед кожным разрезом, через 2-3 минуты после создания карбоксиперитонеума (КП), конец операции. Результаты и их обсуждение. Проведенные нами исследования при ЛХЭ свидетельствуют о том, что величины потребления и коэффициент утилизации кислорода тканями ниже нормальных при практически неизменном показателе доставки кислорода (DO_2), что указывает на неадекватное поглощение кислорода тканями при изменении положения больного на столе (положение Фовлера) и связанных с ним сдвигов центрального кровообращения. Свою роль в этом играет гипоперфузия тканей вследствие высокой степени централизации кровообращения и периферического вазоспазма, сопряженного с увеличением внутригрудного и внутрибрюшного давления, сопровождаемое компрессией нижней полой вены в ответ на наложение пневмоперитонеума. При МЛХЭ и ТХЭ снижение показателей потребления (VO_2) и доставки кислорода DO_2 при сохраненном коэффициенте утилизации кислорода (KUO_2), вероятно, связано с нарушением поглощения кислорода из микроциркуляторного русла вследствие снижения СИ при наличии валика под верхним поясничным отделом позвоночника (р

187. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ КЛЕТОК КРОВИ ПО ОБЪЕМУ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА МИКРОЦИРКУЛЯЦИЮ ПРИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ

Староконь П.М.(1), Асанов О.Н.(1), Богданов Р.Р.(2)

Москва, Уфа

1)ИУВ Медицинский учебно-научный клинический центр имени П.В. Мандрыка. 2)ГБОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет" Минздрава России

До последнего десятилетия основное внимание нарушению гемореологических расстройств отводили эритроцитам и тромбоцитам образующих крупные агрегаты. В конце 80-х и начале 90-х годов появились работы в которых указывалось, что в структурировании потока крови в микрососудах вносят и лейкоциты. Лейкоциты имеют значительно более крупные размеры, чем эритроциты и тем более тромбоциты, содержат ядро, а также резистентную к деформации цитоплазму. Их негативное влияние на микроциркуляторные процессы усиливаются даже при незначительном лейкоцитозе. Однако до последних лет практически осуществить изучение размеров лейкоцитов представляло практическую сложность, так как было весьма трудоемким. Появление гематологических анализаторов, выдающих точные гистограммы распределения всех клеток по объему (подсчитывается более 1000 клеток) теоретическая и практическая значимость исследований возрастает. Цель исследования. Изучить морфофункциональное состояние клеток крови и их влияние на микроциркуляцию после различных способах оперативных вмешательств в абдоминальной хирургии. Материалы и методы. Исследование морфофункционального состояния клеток крови нами проведено у больных до операции и на 2-3 сутки после лапароскопических и традиционных и минихолецистэктомий. Первую группу составили 65 больных, вторую группу больных составили 47 больных, в третью группу вошли 56 пациентов. Больные сопоставимы по полу, возрасту и риску оперативного вмешательства. Результаты получены с помощью гематологического анализатора Sysmex NE-1500 (общее количество лейкоцитов и эритроцитов, гемоглобин, гематокрит, среднее содержание гемоглобина в одном эритроците, относительное содержание нейтрофилов, лимфоцитов, моноцитов). По выдаваемым прибором гистограммам распределения клеток по объему нами были рассчитаны средние значения и параметры распределения лейкоцитов и эритроцитов по объему: стандартное отклонение, асимметрия распределения клеток по объему и эксцесс распределения клеток по объему. Результаты. . В результате проведенного факторного анализа в контрольной группе, по данным всех изученных нами показателей крови выделено шесть факторов (75% дисперсии). Из них интерпретируемыми оказалось три. Первый фактор, описывающий 26% дисперсии, включает относительное содержание нейтрофилов и лимфоцитов, а также средний объем и дисперсию распределения по объёму моноцитов. Причем, объем и дисперсия объёма моноцитов положительно коррелирует с количеством лимфоцитов (0,52 и 0,50, соответственно) и отрицательно с количеством нейтрофилов (-0,53 и -0,57, соответственно). Корреляция между объемом и дисперсией объёма моноцитов является наиболее тесной (0,84). Второй фактор (18% дисперсии) включает показатели, характеризующие распределения эритроцитов по объему: асимметрию и эксцесс распределения (0,85). Третий фактор (14% дисперсии) описывает независимое варьирование эксцесса распределения моноцитов по объёму. Распределение лимфоцитов исходно островершинно, со сдвигом вершины кривой в область более низких объемов, что очевидно связано с преобладанием в сосудистом русле малых лимфоцитов. У пациентов в до и послеоперационном периоде наблюдается симметризация гистограмм, что позволяет нам говорить о перераспределении в сторону средних лимфоцитов. У нейтрофилов также в норме отмечается сдвиг вершины гистограммы влево, но кривая менее островершинна, то есть популяции нейтрофилов более разнородны по объему, чем у лимфоцитов. У пациентов до операции соотношение субпопуляций клеток по объему сохраняется, но резко увеличивается разнородность клеток, о чем свидетельствует снижение коэффициента E_x и увеличение дисперсии (S_d). При этом следует подчеркнуть, что у больных после операции даже увеличивается средний объем клеток в популяции. В контрольной группе кривая распределения моноцитов по объему

близка к нормальной (распределение Гаусса).+ В дооперационном периоде существенных изменений в форме гистограммы не происходит. После операции достоверно увеличивается дисперсия распределения. Изучение параметров распределения эритроцитов по объему не выявило значимых отклонений от нормы ни до ни после операции. Таким образом, даже такая малотравматичная операция, как лапароскопическая холецистэктомия сопровождается изменением морфологических показателей лейкоцитов, среди которых наиболее характерным является увеличение среднего объема самых крупных клеток крови – нейтрофильных гранулоцитов и представляющих поэтому наибольшую опасность для микроциркуляции. Тем более важно, что увеличивается количество этих клеток. В лимфоцитарном звене, при неизменной средней величине, тем не менее также наблюдается сдвиг в сторону более крупных клеток. Еще меньшие изменения происходят в моноцитарном звене белой крови и красная кровь практически не реагирует изменением состава популяций. Заключение. В заключение следует подчеркнуть, что при лапароскопических холецистэктомиях, несмотря на их меньшую травматичность, раннюю активацию больных и другие преимущества, имеют место значительные изменения в таких жизнеобеспечивающих системах как гемодинамика, внешнее дыхание, свертывающая и противосвертывающая система крови а также функциональном и морфологическом состоянии клеток крови. Это необходимо учитывать при выборе способа хирургического лечения больных желчно-каменной болезнью.

188.ПОДХОДЫ К ОБУЧЕНИЮ СПЕЦИАЛИСТОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Шнитко С.Н.

Минск, Республика Беларусь

военно-медицинский факультет в УО "Белорусский государственный медицинский университет"

Бурное развитие в последние годы эндоскопической хирургии, разработка новых видов оперативных вмешательств диктуют острую необходимость упорядочивания преподавания эндоскопической хирургии и оптимизации учебного процесса. Убеждены, что эндоскопические операции должны проводить хирурги, обладающие незаурядными топографоанатомическими знаниями и хирургическим опытом открытого оперирования на органах грудной клетки, брюшной полости и т.д. Основы эндоскопической хирургии (оборудование, инструментарий, эндоскопическая анатомия и основы оперативной техники) должны преподаваться на кафедрах топографической анатомии и оперативной хирургии. Показания и противопоказания к эндоскопическим операциям при определенной патологии – на профильных хирургических кафедрах военных медицинских учреждений образования, а уже навыки в выполнении эндоскопических оперативных вмешательств – в системе дополнительного и послевузовского образования. В подготовке врачей для эндоскопической хирургии необходимо предусмотреть непрерывное усовершенствование специалиста с использованием тренинговых семинаров, участия в научно-практических форумах, операций на тренажерах, животных и трупных комплексах, применения мультимедийных технологий, а также постоянной работы с видеофильмами и литературой. Целью занятий на тренажерах является отработка практических навыков оперирования, управления видеокамерой, усвоение методов диссекции, коагуляции, а

также наложения эндоскопических экстра- и интракорпоральных швов. Многие задачи в процессе обучения эндохирургии более успешно решаются с помощью мультимедийных технологий. Важным преимуществом компьютерных технологий в обучении эндоскопической хирургии является возможность использования Internet для передачи и получения видеоматериалов. При этом доступными становятся контакты в режиме on-line с любыми учебными учреждениями мира, участие в научных форумах. Важным является создание учебно-методических центров на базе высших медицинских учреждений образования, где могут быть созданы необходимые условия для обучения и усовершенствования врачей по эндоскопической хирургии.

189. Усовершенствованная профилактика гнойно – септических осложнений острого перитонита.

Эгамов Ю.С., Кадиров Ш., Жалилов М., Эгамов Б.Ю.

Андижан

Андижанский Государственный медицинский институт

Целью нашего исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения острого распространенного перитонита, путем коррекции интраабдоминальной гипертензии. Материал и методы исследования. Работа основана на изучение результатов лечения 120 больных (74 мужчин, 54 женщин) оперированных по поводу острого распространенного гнойного перитонита наблюдавшихся с 2010 по 2015 г в хирургическом отделении клиники АндГос МИ и ЦРБ Андижанского р-на филиала отделения экстренной хирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Возраст больных колебался от 16 до 70 лет. Нами все больные, были разделены на 2 группы. В первую (контрольную) группу вошли 46 пациентов, которые в послеоперационном периоде получали общепринятую терапию. Вторую группу, (основную) составили 82 больных, у которых в комплекс интенсивной терапии были включены: назогастральное зондирование, интубация кишечника через анус, гастроинтестинальный лаваж и гастроэнтеросорбция с активированным углем, применение антигипоксантов (актовегин). Также, больным основной группы оставлены лапаропорты для проведения санации брюшной полости с помощью лапароскопа на 2, 4, 6 сутки и проводилось измерение внутрибрюшного давления. Внутрибрюшное давления измерялось способом оценки давления в мочевом пузыре через катетер Фолея, подключенный к гидроманометру аппарата Вальдмана. Результаты исследования и их обсуждение. Общее состояние больных при поступлении было оценено как средней тяжести и тяжелое. В первые сутки после операции у больных всех групп внутрибрюшное давление составило 16,3 0,8 мм вод. ст. (15,9 0,84 в основной группе и 14,8 0,79 в контрольной) , что соответствовало 1 степени внутрибрюшной гипертензии. На 4 сутки у больных основной группы имели достоверное ($\sigma=2,59$, $p < 0,05$) в сравнении с первыми сутками улучшение показателей внутрибрюшного давления до: 12,4 0,3 мм вод.ст. У 17 пациентов этой группы удалось предупредить начинающийся парез ЖКТ и разрешить его в течение 20 часов. А у больных контрольной группы парез был ликвидирован не менее, чем через 48 часов. Кроме того, через лапаропорту лапароскопом санирована брюшная полость раствором реополюглокина с последующим введением раствора диоксида 0,5 % - 50 мл. Соответственно, в основной группе сократилось количество дыхательных осложнений: пневмония развилась у 2 больных, а в

контрольной группе осложнение возникло у 7 больных. В исследуемой группе практически не отмечалось специфических осложнений. В контрольной группе осложнение отмечалось у 10 больных. Нагноение послеоперационной раны у 6 больных, абсцесс брюшной полости у больного, продолжающийся перитонит у 2 и у 1 больного диагностирована несостоятельность межкишечного анастомоза. Полиорганное нарушение (гепатонефропатия, энцефалопатия, синдром интоксикации) развились у 4 больных основной группы, после операции по поводу кишечной непроходимости. У больных контрольной группы полиорганное нарушение развилось в 9 случаях. Летальные исходы в основной группе наблюдались у 1 пациента, в то время такой исход в контрольной группе был у 3 больных. При этом пребывание больных в стационаре составило в основной группе 11,3 ± 0,42 дня, в контрольной 14,6 ± 0,46 дней. Вывод: Таким образом, использование лапароскопического санирования брюшной полости в послеоперационном периоде у больных с острым распространенным перитонитом различной этиологии позволило предупредить развитие органических нарушений, уменьшить развитие гнойно-септических осложнений и послеоперационных летальных исходов.

190. Пути снижения послеоперационных осложнений при остром калькулёзном холецистите

Эгамов Ю.С., Кадиров Ш., Жалилов М., Эгамов Б.Ю.

Андижан

Андижанский Государственный медицинский институт

В данном сообщении показано использование малоинвазивных хирургических вмешательств и лимфатропная терапия при остром калькулёзном холецистите. Актуальность: Острый калькулёзный холецистит является одним из наиболее частых заболеваний в неотложной абдоминальной хирургии. Деструктивные формы этой патологии встречаются в 5 – 10 % случаев, количество послеоперационных осложнений со стороны брюшной полости может достигать 22 %. Использование малоинвазивных методов хирургических вмешательств и применение современных методов лечения существенно уменьшают количество послеоперационных осложнений, пребывание пациентов в стационаре и обладают косметическим эффектом, что в свою очередь имеют значительное преимущество перед операциями, которые выполняются традиционным способом. Однако имеются определенные противопоказания для выполнения лапароскопической холецистэктомии. К которым относятся следующие, плотный инфильтрат, выраженный спаечный процесс, тяжёлая сопутствующая патология сердечно-легочной системы, заболевания свёртывающей системы крови. Цель исследования: Снизить количество послеоперационных осложнений и профилактика постхолецистэктомического синдрома при острых калькулёзных холециститах путем применения малоинвазивных хирургических вмешательств и лимфотропная терапия. Материалы и методы: За период с 2012 – 2015 гг было прооперировано 175 больных с острым калькулёзным холециститом. Из них 152 больным выполнена лапароскопическая холецистэктомия и лимфотропная терапия. Для проведения лимфотропной терапии в круглую связку печени лапароскопической путем установили микроиригатор. Лимфатическая терапия включала в себя лимфостимуляцию и лимфотропное введение антибактериальных препаратов. В качестве лимфостимуляторов была использована

глюкозо –новокаиновая смесь в соотношении 1:1 в дозе 4 мл/ кг массы тела больного с добавлением лидазы (0,5 ЕД/ кг, гепарин (80 ЕД/ кг, с учетом свертываемости крови больного) и маннита (2,5 мл/ кг). В послеоперационном периоде через катетер, установленный в круглую связку печени капельно, сразу после проведения лимфостимуляции начинали введения антибиотиков, в обычной разовой дозе (гентамицин, канамицин, группа цефалоспоринов). Лимфатическая терапия, в зависимости от тяжести заболевания и от состояния больного, проводилась однократно, реже двукратно, в сутки течение 3 – 5 дней. Больным, которым не проводилась лимфотропная терапия было выполнена лапароскопическая холецистэктомия 9 (5,1 %) и 23 (8,0 %) больных были прооперированы традиционным способом. Результаты: разницу лечения сравнивали с показателями группы больных (23) с острым калькулезным холециститом, получавших лечение в послеоперационном периоде традиционным способом. Критерием для оценки эффективности проводимой терапии были объективные и субъективные данные состояния больного, результаты лабораторных и инструментальных исследований. Нами был изучен оптимальный путь насыщения лимфатической системы органов брюшной полости при острой калькулезной холецистите, изобретено лимфотропное введение антибиотиков в круглую связку печени, в послеоперационном периоде. Она достоверно снижает осложнения основного заболевания, способствует раннему восстановлению, функции желудочно – кишечного тракта, уменьшает число послеоперационной динамической непроходимости, снижает вероятность образования спаечной кишечной непроходимости в послеоперационном отдаленном периоде заболевания. Вывод: Таким образом, в комплексной послеоперационной профилактике и лечении динамической кишечной непроходимости, при остром калькулезном холецистите лимфатическая терапия через круглую связку печени является наиболее эффективным способом лечения.

191.Видеоэндоскопические вмешательства в центре амбулаторной хирургии за 11 лет

Рудой В.Г.(1-2), Жданов А.И.(1), Бредихин С.В.(2), Разворотнев А.В.(2), Ткачев И.Е.(2), Соловьев А.И.(2), Шевченко Д.С.(2)

Воронеж

1) Кафедра госпитальной хирургии ВГМУ им. Н.Н.Бурденко 2) ЦАХ Воронежской городской клинической поликлиники № 7

В настоящее время малоинвазивные видеоэндоскопические вмешательства успешно выполняют не только в больничных учреждениях, но и в различных центрах амбулаторной хирургии, в том числе созданных при крупных поликлиниках. Центр амбулаторной хирургии (ЦАХ) при Воронежской городской клинической поликлинике № 7 (ВГКП № 7) функционирует с 2004 года и состоит из 2 операционных залов на 3 операционных стола, 2 предоперационных, перевязочной, процедурной, 5 палат на 10 коек, в состав которых входят 2 палаты интенсивной терапии с централизованной подводкой кислорода и оснащенные необходимым оборудованием для оказания реанимационной помощи. В операционных имеются наборы инструментов и оборудование для оперативных вмешательств по 7 специальностям и среди них 3 видеоэндоскопические стойки отечественного производства для лапароскопических,

артроскопических операций, гистерорезектоскопий, а также наркозные аппараты «Фаза-21», «Фаза-23» и др. Для случаев возможных интраоперационных осложнений при видеоэндоскопических операциях на органах брюшной полости имеется специальный набор инструментов и необходимые условия для выполнения транслапаротомных оперативных вмешательств. Достаточный опыт и квалификация хирургов и анестезиологов позволяют при этих осложнениях выполнять различные корректирующие операции. Среди сотрудников ЦАХ 2 кандидата медицинских наук, 10 врачей имеют высшую квалификационную категорию и 2 - первую категорию. С 2004 года в ЦАХ ВГКП № 7 произведено 10129 операций. При этом 4848 (47.9%) оперативных вмешательств выполнили с применением видеоэндоскопической техники. Из них 2076 операций хирургического профиля, 1225 - травматолого-ортопедического и 1547 - гинекологического. Из хирургических вмешательств выполнили 1823 лапароскопические холецистэктомии (ЛХЭ) и 253 лапароскопические герниопластики. По поводу хронического калькулезного холецистита ЛХЭ произведена у 1762 пациентов. Из них в 134 (7.6%) случаях обнаружили нефункционирующий желчный пузырь, заполненный «белой желчью» и конкрементами, а в 22 (1.2%) - инфильтраты, с наиболее частой локализацией в области шейки желчного пузыря. У 61 (3.3%) больного ЛХЭ выполнена по поводу полипов желчного пузыря. Из операций сочетанных с ЛХЭ произвели: грыжесечений по поводу пупочных грыж способом Мейо - у 19 больных и у 12 - по способу Сапезко; фенестраций ретенционных кист печени - у 21; биопсий из очаговых образований печени - у 23 и у 16 пациентов удалены доброкачественные опухоли мягких тканей. Интраоперационные осложнения выявлены у 37 (2.1%) больных и у 22 (1.2%) - послеоперационные. С 2009 года в ЦАХ у больных с паховыми грыжами I, II, IV(A) и IV(B) типов (по классификации Leoyd M. Nyhus) выполнено 253 лапароскопические герниопластики методом ТАРР. Из них косые паховые грыжи определены в 140 (55.3%) случаях и в 113 (44.7%) - прямые. При этом левосторонние паховые грыжи установлены у 78 (30.8%) пациентов, правосторонние - у 124 (49.0%) и у 51 (20.2%) - грыжи располагались с двух сторон. Рецидивные паховые грыжи после ранее выполненных герниопластик по различным методикам с использованием собственных тканей выявлены у 7 (2.8%) пациентов. После лапароскопических герниопластик рецидивы грыж возникли у 6 (2.4%) пациентов в сроки от двух до шести месяцев. Устранение рецидивов грыж этим пациентам произведено с применением герниопластики по Лихтенштейну. Артроскопические вмешательства на коленных суставах по поводу последствий травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата с 2004 г. выполнили 1225 пациентам. Из них: диагностических артроскопий - 131 (10,7%); резекций медиального мениска - 435 (35,5%); наружного мениска - 219 (17,9%); суставных лаважей при деформирующем остеоартрозе, хроническом синовите - 158 (12,9%); хейл - и синовэктомий, резекций гипертрофированной медиопателлярной складки, тела Гоффа - 104 (8,5%) и 79 (6,4%) удалений хондромных тел. В 54 (4,4%) случаях у больных с хондромалацией III-IV степени и при асептическом некрозе мыщелков бедренной кости после артроскопического удаления фрагментов разрушенного гиалинового хряща была произведена абразия и микрофрактурирование дефектов. Послеоперационные осложнения в этой группе больных составили 5.8%. Из них случаев синовита - 4.2%, гемартроза - 1.1% и 0.5% - нарушений чувствительности в области оперативного воздействия. С 2013 года выполнили 39 (3,2%) артроскопических пластик передней крестообразной связки (ПКС) при помощи аутотрансплантата, выкроенного из сухожилий нежной и полусухожильной мышц по транстибиальной методике формирования туннелей. После артроскопических пластик ПКС синовит развился у 4 пациентов, а у 2 - в результате повторной травмы произошла внутритуннельная миграция винта. У всех пациентов, несмотря на осложнения, функция оперированного сустава восстановлена полностью. В 2014-2015 гг. выполнено 6 (0.5%) артроскопических вмешательств на плечевых суставах в объеме капсулотомии, иссечения

ротаторного интервала, тенотомии длинной головки бицепса, субакромиальной декомпрессии и редрессации сустава с последующим удовлетворительным восстановлением объема движений. Осложнений, связанных с анестезией при видеоэндоскопических вмешательствах хирургического, травматологического и гинекологического профиля не наблюдали. Гнойно-септических осложнений, летальных исходов после выполнения всех этих операций также не было. Средняя длительность послеоперационного пребывания пациентов в ЦАХ ВГКП № 7 после лапароскопических холецистэктомий составила 1.6 дня, лапароскопических герниопластик - 1.3, гистерорезектоскопий - 1.1, лапароскопических резекций яичников по поводу бесплодия - 1.2, артроскопий и менискэктомий - 1.1, артроскопических пластик ПКС - 3.2 и артроскопических вмешательств на плечевых суставах - 1.2 дня. Если учесть, что стоимость одного дня пребывания в стационаре кратковременного круглосуточного пребывания ЦАХ существенно меньше, чем в хирургических стационарах других больниц, то вместе с сокращением сроков госпитализации это дает значительную экономию материальных средств. Создание центра амбулаторной хирургии при поликлинике позволило внедрить в ее повседневную хирургическую практику такие инновационные стационарозамещающие технологии, как видеоэндоскопические вмешательства, что дало возможность оказывать своевременную, специализированную, многопрофильную хирургическую помощь большему количеству населения при существенном снижении материальных затрат.

192.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Соколов Ю.Ю. (1), Туманян Г.Т.(1), Донской Д.В.(1), Шувалов М.Э.(2), Пыхтеев Д.А.(3), Акопян М.К.(2), Зыкин А.П.(1)

Москва

1. ГБОУ ДПО РМАПО МЗ РФ, 2. ДГКБ святого Владимира ДЗМ, 3. ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского

Цель: уточнить возможности использования лапароскопического доступа при хирургическом лечении детей с аномалиями и заболеваниями поджелудочной железы (ПЖ). Материалы и методы. За последние годы лапароскопические операции по поводу патологии ПЖ были выполнены 35 больным в возрасте от 1 мес. до 16 лет. Эктопированная в желудок ПЖ (хористома) имела у 16, посттравматическая, постнекротическая или ретенционная киста ПЖ – у 8, врожденное расширение панкреатического протока и вирсунголитиаз – у 3, солидно-псевдопапиллярная опухоль ПЖ – у 3, кавернозная лимфангиома ПЖ – у 2, кистозное удвоение желудка с локализацией в ПЖ – у 2, эхинококковая киста головки ПЖ – у 1 ребенка. Были выполнены следующие лапароскопические вмешательства: гастротомия и иссечение хористомы желудка (16), экстирпация из ПЖ кистозного удвоения желудка, эхинококковой кисты или кавернозной лимфангиомы (5), наружное дренирование ложной кисты ПЖ или фенестрация ретенционных кист ПЖ (4), цистоеюноанастомоз с выключенной по Ру петлей тонкой кишки (3), продольный панкреатикоеюноанастомоз по Puestow (2), секторальная резекция ПЖ с дистальным панкреатикоеюноанастомозом (2), дистальный панкреатикоеюноанастомоз с выключенной по Ру петлей тонкой кишки (1), дистальная резекция ПЖ с сохранением селезенки (1). Результаты.

Конверсия потребовалась в 2 (5,7%) случаях. В одном наблюдении при посттравматической кисте ПЖ имелись выраженные воспалительные изменения в сальниковой сумке. В другом случае при выполнении дистальной резекции ПЖ по поводу псевдопапиллярной опухоли возникло кровотечение из селезеночных сосудов. В раннем послеоперационном периоде в 1 (2,9%) наблюдении развилась острая кишечная непроходимость, обусловленная перегибом межкишечного анастомоза Ру-петли, реконструкция которого была выполнена из минилапаротомного доступа. В остальных наблюдениях послеоперационный период протекал без осложнений. Таким образом, лапароскопические вмешательства могут быть эффективно применены у детей любого возраста с различными аномалиями и заболеваниями ПЖ. Объем и особенности техники оперативных вмешательств определяются видом патологии ПЖ, возрастом больных и развившимися осложнениями.

193. РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ НА ОБОДОЧНОЙ КИШКЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И РОБОТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ.

Карпов О.Э., Стойко Ю.М., Максименков А.В., Степанюк И.В., Назаров В.А., Левчук А.Л.

Москва

ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения РФ

За период с января 2011 г по май 2015 года в НМХЦ им Н.И.Пирогова накоплен опыт 133 оперативных вмешательств, выполненных лапароскопически и роботически у пациентов с патологией ободочной кишки. Из них 90 пациентов с опухолевым поражением ободочной кишки, 31 пациент с дивертикулярной болезнью, 1 пациент с мегаколон и 11 пациентов с функционирующими одноствольными колостомами, как результат перенесенных ранее обструктивных вмешательств на левой половине ободочной кишки. При опухолевом поражении 74 операции выполнены в соответствии с концепцией полной мезоколонэктомии с центральным лигированием сосудов (СМЕ+ CVL). У 16 пациентов при опухолях левой половины ободочной кишки применена методика скелетизации нижней брыжеечной артерии с парааортальной лимфодиссекцией, позволяющей существенно сократить объем резекции без снижения радикальности операции за счет достаточного объема лимфодиссекции. Обобщая полученные результаты применения видеоскопических операций при патологии ободочной кишки можно констатировать, что эти методики отвечают современным принципам хирургической колопроктологии. По нашим данным общий процент послеоперационных осложнений среди всех видеоскопических операций составил 11.28%. Несостоятельность анастомоза составила 4.65%. Суммарно процент конверсий – 3.76%, все они пришлись местно распространённые формы рака ободочной кишки. Мы не проводили сравнения между лапароскопической и роботической методиками вследствие отсутствия различий в методологии вмешательств между этими технологиями. Следует отметить, что широкое применение роботической технологии при операциях на ободочной кишке вряд ли является целесообразным ввиду технической доступности выполнения вмешательств лапароскопически и неоправданно по критерию цена-эффективность, а также временному фактору, ввиду необходимости подсоединения и настройки

консоли. Вследствие этого, процент применения роботических вмешательств на ободочной кишке по нашему опыту не превысили 12.03%. Методология скелетизации нижней брыжеечной артерии с парааортальной лимфодиссекцией при лапароскопических операциях при раке ободочной кишки позволяет сохранять традиционный объем лимфодиссекции и в то же время уменьшить объем резекции. Для полноценной оценки эффективности видеоскопических операций необходимо продолжение исследований в плане изучения отдаленных результатов.

194.Эндоскопические операции в центре амбулаторной хирургии у пациентов с последствиями травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата

Самодай В.Г.(1), Шевченко Д.С.(2), Маншина О.К.(2), Рудой В.Г.(2), Ушкова О.Г.(2)

Воронеж

1) Кафедра травматологии и ортопедии ВГМУ им. Н.Н.Бурденко 2) ЦАХ Воронежской городской клинической поликлиники №7

В настоящее время оперативные вмешательства различной сложности у пациентов с последствиями травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата выполняют не только в больничных стационарах, но также в центре амбулаторной хирургии, созданном при крупной поликлинике г. Воронежа. При этом все больше операций в этом центре производят с применением видеоэндоскопической техники. В стационаре кратковременного круглосуточного пребывания от 1 до 3 суток (СККП) центра амбулаторной хирургии при Воронежской городской клинической поликлинике № 7 (ВГКП № 7) с 2004 года выполнено 1362 операций по поводу последствий травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата. При этом эндоскопических операций произведено 1225 и количество их с каждым годом увеличивается, а диапазон расширяется. Из них: диагностических артроскопий выполнено 131 (10,7%); резекций медиального мениска – 435 (35,5%); наружного мениска – 219 (17,9%); суставных лаважей при деформирующем остеоартрозе, хроническом синовите – 158 (12,9%); хейл - и синовэктомий, резекций гипертрофированной медиопателлярной складки, тела Гоффа – 104 (8,5%) и 79 (6,4%) удалений хондромных тел. В 54 (4,4%) случаях у больных с хондромалацией III-IV степени и при асептическом некрозе мыщелков бедренной кости после артроскопического удаления фрагментов разрушенного гиалинового хряща была произведена абразия и микрофрактурирование дефектов. Послеоперационные осложнения в этой группе из 1180 больных, составили 5.8% случаев. Из них случаев синовита – 4.2%, гемартроза -1.1% и 0.5% - нарушений чувствительности в области оперативного воздействия. С 2013 года выполнили 39 (3,2%) артроскопических пластик передней крестообразной связки (ПКС) при помощи ауто трансплантата, выкроенного из сухожилий нежной и полусухожильной мышц по транстибиальной методике формирования туннелей. Ауто трансплантат фиксировали биодеградируемыми имплантами: на бедре использовали «Rigid fix», а на большеберцовой кости – «Bio-intrafix» или «Absolut». После артроскопических пластик ПКС синовит развился у 4 пациентов. У 2 пациентов в результате повторной травмы произошла внутритуннельная миграция винта и еще у 2 – возник синовиальный свищ в проекции Bio – intrafix. После иссечения свищи закрылись. У всех пациентов, несмотря на осложнения, функция оперированного сустава

восстановлена полностью. Все операции производили под эпидуральной анестезией, без обескровливания конечности под жгутом, что позволяет минимизировать риск сосудистых и неврологических осложнений. В результате выполненных артроскопических операций были отмечены положительные результаты: уменьшение болей, отсутствие механических препятствий при работе сустава («щелчки», «заклинивания»), увеличение объема движений. В 2014-2015 гг. нами выполнено 6 (0.5%) артроскопических вмешательств на плечевых суставах. Из них 4 пациентам по поводу адгезивного капсулита произведены капсулотомия, иссечение ротаторного интервала, тенотомия длинной головки бицепса, субакромиальная декомпрессия, редрессация сустава. Двум пациентам по поводу разрыва ротаторной манжеты выполнен артроскопический шов разрыва этой манжеты с фиксацией на якорь Twinfix 3,5. У всех 6 пациентов отмечено удовлетворительное восстановление объема движений в оперированном суставе. Средняя длительность госпитализации пациентов в СККП центра амбулаторной хирургии при ВГКП № 7 составила: после диагностических артроскопий, менискэктомий 1.1 дня, промываний сустава при деформирующем остеоартрозе, хейл - и синовэктомий, резекций гипертрофированной медиопателлярной складки, тела Гоффа - 1.2, удалений хондромных тел – 1.1, артроскопических пластик ПКС – 3.2 и артроскопических вмешательств на плечевых суставах – 1.2 дня. Результаты эндоскопических операций у пациентов с последствиями травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата свидетельствуют о целесообразности выполнения этих операций в условиях СККП центра амбулаторной хирургии при ВГКП № 7. Дальнейшее увеличение количества и расширение диапазона оперативных вмешательств с применением видеоэндоскопической техники позволит уменьшить очередность на оперативное лечение этой категории больных в госпитальных стационарах, а также способствовать оказанию своевременной специализированной травматолого-ортопедической помощи большему количеству пациентов при снижении материальных затрат.

195. СИМУЛЬТАННАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ НА ОСНОВЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ

Рахматуллаев Р.Р, Норов А.Х, Рахматуллаев А.Р, Жураев Ш, Хасанов С.М.

Турсунзаде, Р. Таджикистан.

ЛДЦ «ВАРОРУД»

Целью исследования является обсуждение результатов симультанной холецистэктомии на основе лапароскопической эхинококкэктомии из печени. Материал и методы исследования: Нами с 2004 по 2015 гг. 54 больным произведена симультанная холецистэктомия на основе лапароскопической эхинококкэктомии. Среди обследованных мужчин 32 (59,2%), женщин 22 (40,8%). Возраст больных от 17 до 68 лет, средний возраст составил $36 \pm 2,5$ года. По данным нашего исследования в диагностике ЭК печени основным методом явилось ультразвуковое исследование органов брюшной полости, также всем больным для исключения ЭК легкого произведена рентгеноскопия грудной клетки. У всех обследованных больных ЭК локализовалась в правой доле печени в проекции Y-YI-YII сегментов, размеры ЭК составляли от 12x10 до 6,0x6,0 см. Одиночная эхинококковая киста была выявлена у 42 (77,7%), у 12 (22,3) больных выявлено

наличие двух кист. У 38(70,3) больных было выявлено деформация стенок желчного пузыря, у остальных 16(29,6%) больных отмечено наличие конкрементов в просвете желчного пузыря. Следовательно по данным УЗ исследования у 16 больных заранее было запланирована симультанная холецистэктомия, у остальных 38 больных предполагалась возможная симультанная холецистэктомия. Результаты исследования и обсуждения: После ЛС ревизии органов брюшной полости определяли показания к выполнению симультанной холецистэктомии, показанием к выполнению симультанной холецистэктомии явилась желчнокаменная болезнь, деформация стенок желчного пузыря, плотное прилегание стенок желчного пузыря к ЭК, такую картину мы расценивали как хронический холецистит. При этом торакопорты устанавливали как при ЛС холецистэктомии, за исключением 20 мм. торакопорта, который устанавливали в правом подреберье, через этот же торакопорт производили экстракцию макропрепаратов в специальном контейнере и дренировали подпечёчную область силиконовой трубкой.. У всех больных нами отмечено наличие перипроцесса вокруг ЭК, деформация стенок желчного пузыря в результате сдавления ЭК отмечено у 44 (81,4%) больных. После разъединения перипроцесса вокруг ЭК тупым и острым путём, брюшную полость тщательно отграничивали марлевыми тампонами введённые через 20 мм. торакопорт. Следующим этапом производим пункцию кисты с аспирацией содержимого, не вынимая иглы в полость вводили 76% спирт в количестве пропорциональном аспирированной жидкости с экспозицией 6-8 мин. В последующем рассекали фиброзную капсулу, хитиновую оболочку удаляем в специальном контейнере через 20 мм. торакопорт. Фиброзную капсулу иссекаем до ткани печени и остаточную полость ликвидируем тампонадой большим сальником по показаниям производим фиксацию большого сальника узловыми интракорпоральными швами к краю фиброзной капсулы. У 18(33,3%) больных из-за большого объёма остаточной полости, наряду с тампонадой большим сальником производили и дренирование силиконовой трубкой, у всех больных симультанным этапом выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Во всех случаях операцию завершаем дренированием подпечёчной области силиконовой трубкой. Следует отметить, что мы в своей практике при выполнении симультанных операции при сочетанных хирургических заболеваниях органов брюшной полости первым этапом выполняем наиболее сложный этап. В ближайшем послеоперационном периоде больные активизировались к концу дня операции, в назначении наркотических анальгетиков не нуждались, чувствовали себя комфортно, продолжительность операции составила 65 ± 10 мин. Дренажную трубку из подпечёчной области удаляли на вторые сутки, а дренажную трубку из остаточной полости на 10-12 сутки после контрольной УЗИ. Нагноение послеоперационной раны отмечено у 1(1,8%) больного, средний койка дней пребывания больных в стационаре составил $5,8 \pm 1,5$ дня, летальных исходов не было, срок реабилитации в среднем составил 3-4 недели. Выводы: 1. При локализации ЭК в Y-YI сегменте печени отмечается различная деформация стенок желчного пузыря в результате механического сдавления эхинококковой кистой, что и обуславливает клинику хронического холецистита; 2. При сочетании ЭК печени с хроническим холециститом и/или ЖКБ, первым этапом целесообразно выполнение наиболее сложного этапа операции в последующем лапароскопическую холецистэктомию; 3. Оптимальной методикой ликвидации остаточной полости после ЛС эхинококкэктомии из печени является тампонада большим сальником.

196.МИНИИНВАЗИВНЫЕ СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Р.Р.Рахматуллаев, А.Р.Рахматуллаев, Ш.Ибрагимов, Ш.Жураев.

Турсунзаде, Р.Таджикистан

ЛДЦ ВАРОРУД

Целью исследования является обсуждение результатов хирургического лечения сочетанных хирургических заболеваний органов брюшной полости с использованием миниинвазивных комбинированных методик операции. Материалы и методы исследования: Нами с 2011 по 2015 гг. 67 больным произведены симультанные операции (СЛО) с использованием миниинвазивных комбинированных методик операции при сочетанных хирургических заболеваниях органов брюшной полости (СХЗ). При этом мы комбинировали лапароскопическую методику операции с мини лапаротомным доступом по методике Прудкова. Возраст больных от 18 до 82 лет, мужчин 26, женщин 41. Из числа обследованных у 31 больных основным хирургическим заболеванием явился хронический калькулезный холецистит (ХЖКБ), у 22 эхинококковая киста IY-Y-YI-YII сегментов печени, у 8 скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, у 6 больных пупочная грыжа, I- группа-у 31 больных с основным заболеванием ХЖКБ, СХЗ у 12 явилась эхинококковая киста печени, у 6 дивертикул Меккеля, у 2 скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы; у 4 симптомная миома матки, у 2 субсерозная миома матки и у 5 больных послеоперационная спаечная болезнь. В данной группе у 7 больных сочетались ХЖКБ+ЭК+Спаечная болезнь+ миома матки; II-группа у 22 больных с эхинококковой кистой печени СХЗ являлись у 12 хронический безкаменный холецистит, у 5 киста верхнего полюса правой почки; у 5 больных послеоперационная грыжа передней брюшной стенки ниже пупка, при этом у 6 больных сочеталось ЭК+киста почки+ грыжа передней брюшной стенки; III-группа у 8 больных со скользящей грыжей пищеводного отверстия диафрагмы СХЗ явилось у 3 хроническая дуоденальная непроходимость, у 4 ХЖКБ и 1 больного опухоль слепой кишки; IV-группа у всех 6 больных с пупочной грыжей СХЗ явилось ХЖКБ. Из числа обследованных больных СХЗ органов брюшной полости до операции было установлено у 56, у 11 больных СХЗ установлено при лапароскопической ревизии органов брюшной полости, из них у 6 дивертикул Меккеля, у 4 спаечная болезнь после аппендэктомии и у 1 больного опухоль слепой кишки. Мы в своей практике во всех случаях первым этапом выполняем лапароскопический этап операции и оперативного вмешательства завершаем мини лапаротомным доступом. Соблюдая данное правило нами больным I группы первым этапом выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) и адгезиолизис. Вторым этапом из мини лапаротомного доступа 6 больным произведен резекция дивертикула Меккеля с наложением бокового кишечного шва, 2 больным эзофагофундопликация по Ниссену и 4 больным надвлагалищная ампутация матки. 12 больным после лапароскопической эхинококкэктомии мини лапаротомный доступ применен для ликвидации остаточной полости. В данной группе 7 больным выполнено более 2-х операции: ЛХЭ+ЛС эхинококкэктомия+адгезиолизис+консервативная миомэктомия, остальным 28 больным выполнены 2 оперативных вмешательства. У 12 больных из 22 составляющие II-группу во время операции отмечена деформация стенки желчного пузыря различной степени в результате сдавления эхинококковой кистой печени, случай расценен нами как хронический безкаменный холецистит. Этим пациентам первым этапом произведена лапароскопическая эхинококкэктомия. При этом торакопорты устанавливаем как при ЛХЭ, а в правой подреберной области устанавливаем 20 мм. торакопорт. После отграничения эхинококковой кисти марлевым

тампоном, производим пункцию эхинококковой кисти с аспирацией содержимого, в последующем в полость вводим 76% спирт с экспозицией 5-7 мин, рассекаем фиброзную капсулу и удаляем хитиновую оболочку в контейнере. Следующим этапом производим ЛХЭ. В связи с большим объёмом остаточной полости в данной группе больных, остаточная полость ликвидирована из мини лапаротомного доступа по методике Прудкова, также из данного доступа удалена киста верхнего полюса почки. У 6 больных операция завершена грыжесечением с пластикой передней брюшной стенки после предварительной ЛС выделения грыжевого мешка. Следовательно в данной группе 6 больным выполнена более 2-х операции. 7 больным из III-группы первым этапом выполнена ЛХЭ, ЛС дуоденолизис с рассечением связки Трейца, следующим этапом эзофагофундопликация по Ниссену из мини лапаротомного доступа. У 1 больного при ревизии брюшной полости выявлена опухоль слепой кишки, после ЛС фундопликации по Ниссену произведена гемокольэктомия, макропрепарат удален из мини лапаротомного доступа, через этот же доступ сформирован термино-латеральный илео-транsverзоанастомоз. Всем 6 больным из IV-группы операция выполнена из единого лапароскопического доступа, при этом первым этапом выполняли ЛХЭ, операцию завершали грыжесечением с пластикой по Мейо без расширения операционного доступа. Результаты исследования и обсуждения: Больные в ближайшем послеоперационном периоде в назначении наркотических анальгетиков не нуждались за исключением больного после гемикольэктомии с наложением илеотранsverзоанастомоза. К концу дня операции больные активизировались, чувствовали себя комфортно. Нагноение послеоперационной раны отмечено – у 1(1,07%) больного, средняя продолжительность операции составила 85 ± 10 мин, средний койка день пребывания больного в стационаре составил $5,6 \pm 0,5$ дней, срок реабилитации в среднем составил 16-18 дней. Летальных исходов не отмечено. По данным нашего исследования 13 больным в рамках одного анестезиологического пособия выполнена более 2-х операции, из них 7 больным выполнена 4 операции единовременно. Следовательно сочетание лапароскопической методики операции с мини лапаротомным доступом при коррекции СХЗ органов брюшной полости является перспективным направлением в хирургии. Сочетание данных миниинвазивных методик операции позволяет сократить продолжительность оперативного вмешательства, тем самым минимизировать вредное воздействие искусственного карбоксиперитонеума на организм человека. Таким образом, сочетание лапароскопической методики операции с мини лапаротомным доступом для коррекции сочетанных хирургических заболеваний органов брюшной полости является перспективной и эффективной методикой. Поскольку обе методики дополняют недостатки друг друга, существенно сокращается продолжительность оперативного вмешательства, тем самым уменьшается вредное воздействие искусственного напряженного карбоксиперитонеума.

197.ВОЗМОЖНОСТИ И ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ КОРРЕКЦИИ СОЧЕТАННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ИЗ ЕДИНОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА

Р.Рахматуллаев, А.Р.Рахматуллаев, С.М.Хасанов. Ш.Б..Ибрагимов, Ф.Р.Рахматуллаева, З.Р.Рахматуллаева-Ибрагимова.

Турсунзаде, Р.Таджикистан

ЛДЦ ВАРОРУД

Целью исследования является оценить возможность выполнения коррекции сочетанных хирургических заболеваний (СХЗ) органов брюшной полости из единого лапароскопического доступа (ЕЛД). Материалы и методы исследования: Нами с 2011 по 2015 гг. 56 больным методика ЕЛД использована для хирургической коррекции сочетанных хирургических заболеваний органов брюшной полости. Возраст больных от 18 до 68 лет, мужчин 18, женщин 38. Из числа обследованных у 22 больных основным хирургическим заболеванием являлись хронический калькулезный холецистит (ЖКБ), у 12 больных СХЗ явилась спаечная болезнь, у 6 пупочная грыжа и у 4 хронический аппендицит. Из них у 7 больных отмечено сочетание Пупочной грыжи+ЖКБ+спаечной болезни. У 34 больных основными хирургическими заболеваниями являлись различные гинекологические заболевания органов малого таза: у 8 субсерозная миома матки, у 15 киста яичников и у 11 трубно-перитонеальное бесплодие. СХЗ являлись: у 10 пупочная грыжа, у 7 спаечная болезнь, у 5 хронический аппендицит и у 12 ЖКБ. Следует отметить, что у 12 больных отмечено сочетание пупочной грыжи.+субсерозное миомы матки+кисты яичника + хронического аппендицита. Для коррекции СХЗ по технологии ЕЛД мы использовали «SILS» port (Auto Suture, корпорации Covidien, Швейцария). После создания искусственного карбоксиперитонеума производили разрез кожи до 1 см по нижнему краю пупочного кольца, и/или разрез кожи обходя пупок слева, устанавливали 10 мм. торакопорт и оптическую систему, после обзора и ревизии органов брюшной полости определяем возможности выполнения оперативного вмешательства из ЕЛД. После определения целесообразности и возможности выполнения оперативного вмешательства из ЕЛД, разрез расширяли до 3,0 см, под визуальным контролем через пупочное кольцо устанавливали ««SILS» port, через рабочие каналы которого устанавливали порты для лапароскопа и рабочих инструментов. Среди больных I группы во всех случаях произведена холецистэктомия одновременно произведена коррекция сопутствующей патологии. У больных с сопутствующей пупочной грыжей операцию завершали пластикой передней брюшной стенки по Мейо не расширяя операционного доступа. В данной группе 7 больным произведено коррекция более 2-х сопутствующих хирургических патологий органов брюшной полости. В 2-х случаях мы были вынуждены установить дополнительные торакопорты в связи с выраженным перипроцессом в области шейки желчного пузыря. Больным II группы во всех случаях основным этапом выполнены операции на органах малого таза, одновременно выполнено у 12 холецистэктомия из ЕЛД, грыжесечение с пластикой передней брюшной стенки по Мейо у 10, адгезиолизис у 7, аппендэктомия у 5. У 12 больных произведена коррекция более 2-х хирургических патологий органов брюшной полости. В данной группе все операции завершены из ЕЛД, без установления дополнительных торакопортов для выполнения симультанных операций. Результаты исследования и обсуждения: По результатам нашего исследования 19 больным выполнена коррекция более 2-х хирургических заболеваний органов брюшной полости в рамках одного анестезиологического пособия. Только в 1 случае мы были вынуждены установить дополнительный торакопорты в связи наличием выраженного перипроцесса в области шейки желчного пузыря, конверсия не произведена. Технология ЕЛД является оптимальной и методикой выбора при наличии пупочной грыжи и патологии со стороны органов нижнего этажа брюшной полости и/или ХЖКБ. Больные в ближайшем послеоперационном периоде в назначении наркотических анальгетиков не нуждались. К концу дня операции больные активизировались, чувствовали себя комфортно. Нагноение послеоперационной раны не отмечено, средняя продолжительность операции составила 95±10 мин, средний койка день пребывания больного в стационаре составил 5,4±05 дней, Летальных исходов не отмечено. Таким образом выполнение

коррекции сочетанных хирургических заболеваний органов брюшной полости из единого лапароскопического доступа является целесообразным и возможным. Больные в ближайшем послеоперационном периоде в назначении наркотических анальгетиков не нуждаются, чувствуют себя комфортно. В рамках одного анестезиологического пособия миниинвазивно устраняются сочетанные хирургические патологии органов брюшной полости, что является весьма экономически эффективным, больного избавляет от повторного стресса, связанного с анестезиологическим пособием и оперативным вмешательством.

198.РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИИ HAL-RAR ПРИ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ РАЗНЫХ СТАДИЙ, ВЫПОЛНЕННЫХ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ В Г.ПЕТРОПАВЛОВСКЕ-КАМЧАТСКОМ.

Юлаев В.Е.

Петропавловск-Камчатский

ООО "Медитекс"

Актуальность проблемы. Геморроидальная болезнь является широко распространённым заболеванием индустриально развитых стран мира. До 75% профессионально активных людей страдают этим заболеванием (Загрядский Е.А, 2015г). Сдерживающим фактором для своевременного обращения пациентов с данной «интимной проблемой» за специализированной помощью является перспектива выраженного послеоперационного болевого синдрома и длительного реабилитационного периода, а само существование болезни значительно ухудшает качество жизни. Материалы и методы. С декабря 2013 по декабрь 2015 года в Медицинском центре «Медитекс» проведено лечение 78 пациентов с хроническим геморроем II-IV стадиями, в возрасте от 25 до 65 лет (средний возраст 44,5 лет), из них мужчин 56 (71,8%) и 22 (28,2%) женщины. Распределение пациентов по стадиям геморроидальной болезни: II стадия - 27 (34,6%) пациента, III – 42 (53,8%), IV – 9 (11,6%). Лечение проводилось в условиях амбулаторной хирургии с наличием послеоперационной палаты и возможностью длительного наблюдения и только пациентам, относящихся к I-II классу по шкале Американского общества анестезиологов (ASA). Операция выполнялась под местной анестезией (раствором Ропивакаина) с использованием аппарата компании А.М.И. (Австрия) с проктоскопом RAR Flexi Probe для выполнения мукопексии и лифтинга слизистой. Результаты. У одной пациентки по просьбе выполнена комбинированная операция HAL-RAR + иссечение наружного геморроидального узла. У одного пациента произведена гибридная операция – HAL-RAR + легирование рубцово-изменённого внутреннего геморроидального узла. У 4 пациентов (5,9%) отмечалось сочетание геморроя с острой трещиной, после операции (нормализации кровотока в анальном канале) отмечалось благоприятное заживление трещины. В отдельных случаях отмечено присутствие у пациентов геморроидальных узлов на разных стадиях (II-III, III-IV и II-IV), операция на разных узлах отличалась лишь количеством стежков в процессе лифтинга. У 4 (5,9%) пациентов производилось «программируемое» удаление увеличенных наружных геморроидальных узлов по истечении двух месяцев после операции. Осложнения после операции в виде кровотечения отмечено у 2 (2,6%) пациентов; в виде тромбоза наружного геморроидального узла у 6 (7,7%) пациентов, который отличался переходящим нарушением венозного кровообращения в узле. Все осложнения

купировались консервативно. Результаты лечения прослежены у 68 пациентов до двух лет. Хорошие результаты лечения (отсутствие жалоб и признаков внутреннего геморроя) и удовлетворительные (отсутствие жалоб, эпизодическое выделение крови на фоне функциональных расстройств кишечника или грубого нарушения диеты) отмечены у 64 (94,1%) пациентов (60 и 4 пациентов соответственно). У 4 (5,9%) пациентов отмечено выпадение геморроидальных узлов, что требует повторного лифтинга. Периодическое набухание наружных геморроидальных узлов отмечено у 7 (10,3%) пациентов. Пациенты с наличием наружного геморроя от удаления бахромок воздерживались, ввиду их бессимптомного или нечастого проявления. Выводы. Трансанальная дезартеризация внутренних геморроидальных узлов под доплер-контролем с мукопексией и лифтингом слизистой – это метод выбора при амбулаторном лечении пациентов с геморроидальной болезнью II-IV стадии. Данная методика является универсальной в лечении внутренних геморроидальных узлов на разных стадиях. Отдалённые результаты лечения свидетельствуют об эффективности данного метода лечения у подавляющего большинства пациентов.

199. СЛИПИДЖ-СИНДРОМ В ОТДАЛЁННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО БАНДАЖИРОВАНИЯ ЖЕЛУДКА.

Зайцев Д.И., Недосекина О.С., Соловьёва Т.Г.

Тула.

ООО «Лазермед», г. Тула.

Пациентка К. 25 лет страдает морбидным ожирением. В 2012 году её ИМТ составлял 47 кг/м² (вес 125 кг. при росте 163 см.). В январе 2012 г. пациентке произведено лапароскопическое бандажирование желудка. Результат оперативного лечения признан хорошим. Пациентка похудела до 82 кг. (ИМТ 30 кг/м²) и стабильно удерживала этот вес. При этом образ питания пациентку устраивал, на рвоты не жаловалась. В 2014 году пациентка забеременела. По рекомендации гинекологов содержимое бандажа было эвакуировано. Первый триместр беременности у пациентки развился токсикоз, сопровождающийся многократными рвотами. Затем ситуация нормализовалась. За беременность пациентка «набрала» 23 кг. После завершения периода лактации, пациентке в другой клинике произведена коррекция бандажа. При этом рентгенологический контроль не производился. После проведения коррекции, пациентку стали беспокоить рвоты с застойным содержимым, сопровождающиеся болями в эпигастральной области. Резко снизился вес (за месяц пациентка потеряла 16 кг.). Обратилась в наше лечебное учреждение. При рентгенологическом исследовании выявлен передний слипидж-синдром. Бандаж «распущен». Пациентка подготовлена к операции. Произведена лапароскопическая коррекция стояния бандажа (ВИДЕО). Послеоперационный период протекал гладко. На следующий день пациентка отпущена домой. Через 2 месяца произведена коррекция бандажа. Пациентка чувствует себя хорошо. Тошноты, рвоты не беспокоят. Вес подконтрольно снижается. Срок наблюдения 10 месяцев. Выводы: На наш взгляд, случай представляет клинический интерес в бариатрической практике. Подобные ситуации могут повторяться. С целью профилактики

осложнений, при рекоррекции бандажной системы с «нуля», после длительного перерыва, необходимо проводить манипуляции под рентгенологическим контролем.

200. МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Солодов Ю.Ю., Демин Д.Б., Фуныгин М.С., Гусев Н.С.

Оренбург

ГБОУ ВПО "Оренбургский государственный медицинский университет"

По последним данным в структуре острой абдоминальной патологии острый панкреатит прочно удерживает второе место после аппендицита. Кроме того в последние годы отмечено увеличение числа случаев течения панкреатита по деструктивному пути (20-30%), при этом у 40-70% из них происходит инфицирование очагов некроза. Распространение воспаления с поджелудочной железы на парапанкреатическую клетчатку ведет к ее инфицированию и образованию панкреатических жидкостных образований, что во многом обуславливает развитие системной воспалительной реакции, сепсиса и полиорганной недостаточности. Летальность у больных с инфицированным панкреонекрозом по разным источникам остается крайне высокой и достигает 25-80%. Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с панкреонекрозом путем внедрения малоинвазивного доступа под интраоперационной ультразвуковой навигацией. Материалы и методы. В 2011 году на кафедре факультетской хирургии ОрГМУ был разработан и внедрен в клиническую практику инновационный способ хирургического лечения больных с жидкостными образованиями брюшной полости и забрюшинного пространства. Сущность способа. После стандартной предоперационной подготовки и премедикации пациенту в операционной выполняют ультразвуковое исследование, при котором окончательно устанавливается точка вмешательства. Пациента укладывают в удобное для доступа положение. С соблюдением условий асептики под общей анестезией делают небольшой разрез кожи (2-3 см) в выбранной точке и под постоянным интраоперационным ультразвуковым контролем послойно осуществляют доступ к жидкостному образованию. Постоянный ультразвуковой контроль позволяет избежать повреждения полых и паренхиматозных органов, а также сосудистых структур при осуществлении доступа. После проникновения в полость жидкостного образования аспирируют ее содержимое с последующей ревизией данной полости тупфером, удалением через раневой канал некротического детрита и секвестров и ультразвуковым контролем эффективности опорожнения полости. После полного удаления содержимого, подтвержденного УЗИ-исследованием, производят установку дренажа в полость жидкостного образования, дренаж фиксируют к коже. Операция осуществляется стандартным набором хирургических инструментов. Всего в исследовании были задействованы 83 пациентов с панкреатическими жидкостными образованиями брюшной полости и забрюшинного пространства различной морфологии. Все пациенты разделены на 3 группы: I группа – 22 больных, которым были выполнены традиционные оперативные вмешательства (лапаротомия, люмботомия); II группа – 28 больных, которым выполнялось пункционное дренирование под ультразвуковым контролем; в III (основной) группе было 33 больных, прооперированных из малоинвазивного доступа под интраоперационной ультразвуковой навигацией. Обсуждение

результатов. Таким образом, сравнив полученные результаты между собой, мы выявили, что самый низкий уровень летальности (3% - 1 случай) приходится именно на III группу наблюдения. Кроме того дренирование из малоинвазивных доступов не требует выполнения повторных операций, направленных на расширение объема дренирования. Благодаря минимальной агрессии в III группе отмечен самый низкий процент (3% - 1 осложнение) местных послеоперационных осложнений. Большое количество общих осложнений объясняется тем, что в настоящее время все случаи панкреонекроза (самая тяжелая группа пациентов) в нашей клинике лечатся только предложенным способом. На основании выполненного исследования был разработан алгоритм применения малоинвазивного доступа под интраоперационной ультразвуковой навигацией: 1. При выявлении внутрибрюшных и забрюшинных жидкостных образований в первую очередь должны применяться малоинвазивные методы хирургического лечения. Так при наличии жидкостных образований с однородным жидкостным компонентом операцией выбора являются пункционное дренирование образования под УЗИ-контролем. 2. При наличии тканевого компонента в составе жидкостного образования следует прибегать к наружному дренированию жидкостных образований брюшной полости и забрюшинного пространства, выполняемому из малоинвазивного доступа под интраоперационной ультразвуковой навигацией. Как показывает наш опыт, методика показывает высокую эффективность при лечении разного рода жидкостных образований и позволяет добиться выздоровления с наилучшими результатами. 3. Традиционную операцию следует выполнять лишь при отсутствии возможности выполнения малоинвазивных методов, либо при их неэффективности.

201.ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ, ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПО МЕТОДИКЕ «ЕДИНОГО ДОСТУПА» .

Зайцев Д.И.(1) , Соловьёва Т.Г. (1), Гречин И.В. (2), Сороколетов К.Ю.(2).

Тула

(1).ООО «Лазермед», (2). ГУЗ «Тульская областная больница №2 им. Л.Н. Толстого». Г. Тула.

В хирургической практике не редко встречаются случаи сочетанной патологии, когда у пациента встречается послеоперационная грыжа в гипогастральной области и ЖКБ. Калькулёзный холецистит. Как правило - это женщины, перенёвшие ранее нижнесрединную лапаротомию, по поводу гинекологической патологии. Перед хирургом всегда стоит задача минимизации операционной травмы. Лапароскопический доступ по методике SILS – является одной из наименее травматичных технологий, достаточно широко распространённой в хирургической практике. Проблема симультанных операций, при использовании SILS технологий, при локализации патологии в разных этажах брюшной полости, долгое время была ограничителем для нас. Зачастую через трансумбиликальный доступ, при большом расстоянии между пупком и рёберной дугой- холецистэктомия, достаточно проблематична. Однако, использование нового инструментария с удлинённым «штоком» до 45 см. и оптики с изменяемым направлением обзора позволили решить эту проблему. При проведении операций нами использовался инструментарий производства K.STORZ S-PORTAL X-CONE с набора инструментов по LEROY., оптикой фирм OLYMPUS

10 и 5 мм длиной 500 мм. и K.STORZ EndoCAMeleon HOPKINS, внешний диаметр 10 мм, длина 42 см, изменяемое направление обзора от 0° - 120°, с поворачиваемым контроллером для выбора желаемого направления обзора, а так же прямые инструменты с длинной рабочей части до 45 см. производства K.STORZ, GIMMI GmbH, ППП Казань. Техника оперативного лечения осуществлялась следующим образом: в гипогастрии производился разрез, соответствующий размерам грыжевых ворот. Выделялся грыжевой мешок. Производилась мобилизация грыжевых ворот с перспективой имплантации сетчатого трансплантата, висцеролиз. В грыжевые ворота вводилась система X-CONE, края грыжевых ворот, превентивно ушивались до «порта». Создавался карбоксиперитонеум. С использованием длинной оптики и инструментов, производилась лапароскопическая холецистэктомия по методу «единого доступа». Желчный пузырь извлекался через грыжевые ворота. В дальнейшем производилась пластика грыжевых ворот полипропиленовым трансплантатом. С 2012 года по сегодняшний день в ООО «Лазермед» и хирургическом отделении ГУЗ «Тульская областная больница №2 им. Л.Н. Толстого», с использованием вышеуказанной технологии, произведено 45 герниопластик по поводу послеоперационной вентральной грыжи расположенной в нижних отделах передней брюшной стенки (после ранее произведённых гинекологических вмешательств), симультанно с лапароскопической холецистэктомией. Среднее время оперативного вмешательства – 85 минут. Средние сроки пребывания после операции – 3,7 койко-дня. Осложнений после данных операций не наблюдалось. Преимущества данной методики: - Значительно меньше травма и болевой синдром после операции. - Контролируемый вход в брюшную полость – меньше риск повреждения прилежащих органов. - Контролируемый висцеролиз с целью создания доступа для проведения инструментов в другой этаж брюшной полости. - Значительно легче и быстрее происходит извлечение удалённого органа. - Значительно лучше косметический эффект. - Более быстрый этап госпитальной реабилитации.

202. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГРЫЖАМИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Сергеев А.В. (1,2), Нарезкин Д.В. (2,1), Прибыткин А.А. (1,2), Безалтынных А.А. (2,1)

Смоленск

Клиническая больница скорой медицинской помощи г. Смоленска (1). Смоленский Государственный Медицинский Университет, кафедра госпитальной хирургии (2).

Актуальность. С бурным ростом эндоскопических технологий диагностики и лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта, выявление гастроэзофагеальнорефлюксной болезни (ГЭРБ) и грыжи пищевода отверстия диафрагмы (ГПОД) не составляет затруднений. Это позволяет хирургам шире использовать возможности оперативной коррекции этой патологии. Лапароскопический вариант операций обладает рядом преимуществ перед традиционными открытыми оперативными методиками лечения ГЭРБ и ГПОД. Материалы и методы. За 2012-2014 гг. на базе больницы скорой медицинской помощи г. Смоленска проведено 33 лапароскопические операции по поводу гастроэзофагеальнорефлюксной болезни, развившейся на фоне грыж пищевода отверстия диафрагмы. В 31 случаях констатированы скользящие грыжи пищевода отверстия

диафрагмы, в двух – параэзофагеальные грыжи с внутригрудным расположением 1/3 желудка. В шести наблюдениях ГПОД сочеталась с хроническим калькулёзным холециститом. Все оперативные вмешательства проводились с использованием аппарата Liga Sure и ультразвукового скальпеля. Обязательным считаем интраоперационное зондирование желудка (с оставлением назогастрального зонда в раннем послеоперационном периоде на одни сутки). Наиболее широко использовалась фундопликация по способу Nissen-Rosetti с методикой Shot Floopy Nissen (полноценная мобилизация большой кривизны и дна желудка для наложения полноценной манжеты). В пяти наблюдениях были использованы методики Touret и Dor. Всем пациентам до оперативного лечения проводилась суточная рН-метрия. Результаты. Средняя продолжительность лапароскопического вмешательства составила 120 ± 43 мин. Средний объём кровопотери не превышал 100 ± 21 мл. Средний размер грыжевых ворот составил $6,7\pm 3,6$ см. У 28 больных выполнена лапароскопическая фундопликация по способу Nissen-Rosetti, у четырёх пациентов – Touret, у одного – по методике Dor. Изменение методики операции в данных пяти случаях связано с малыми размерами грыжевых ворот. В одном случае потребовалась конверсия в открытую операцию, так как при мобилизации большой кривизны и дна желудка констатирован выраженный периспленит. Ввиду высокого риска травматизации селезёнки осуществлена конверсия, операция закончена классическим способом фундопликации по Nissen. У 9 больных крурорафия и фундопликация дополнены холецистэктомией по поводу хронического калькулёзного холецистита. Послеоперационный период у пациентов в большинстве случаев протекал без осложнений и характеризовался минимально выраженным болевым синдромом. Пациенты активизировались в 1-е сутки после операции. У 4 пациентов в послеоперационном периоде отмечались явления дисфагии, продолжительность которой в среднем составляла около 4-6 суток. Разрешение во всех случаях достигнуто консервативными мероприятиями. У одного больного на 4-е сутки послеоперационного периода отмечены интенсивные боли в эпигастрии. При проведении ФЭГДС констатировано наличие в нижней 1/3 пищевода крупных фрагментов пищи, что обусловило вышеописанную симптоматику. Фрагменты пищи удалены эндоскопически. Дальнейший послеоперационный период протекал гладко. При проведении анализа ближайших и отдалённых результатов, рецидивов ГПОД у всех пациентов не отмечено (по результатам ФЭГДС, контрастной Rg-скопии желудка, клиническим данным). У 27 больных констатировано нивелирование явлений ГЭРБ и восстановление качества жизни. У одного пациента в течение года после оперативного лечения сохранялась стойкая изжога, однако при проведении обследования рецидив ГПОД не подтверждён. Изжога успешно купировалась приёмом блокаторов протонной помпы. Выводы. 1. При ГПОД II-III степени возможно успешное применение оперативных вмешательств лапароскопическим доступом. 2. Эндовидеохирургические операции при ГПОД позволяют значительно улучшить результаты лечения больных, сократить сроки стационарного лечения, улучшить качество жизни пациентов. 3. Наиболее благоприятные результаты отмечены у пациентов, оперированных по способу Nissen-Rosetti с методикой Shot Floopy Nissen.

203. ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ УРГЕНТНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

Прибыткин А.А. (1,2), Сергеев А.В. (1,2), Нарезкин Д.В. (2,1), Безалтынных А.А. (2,1)

Смоленск

Клиническая больница скорой медицинской помощи г. Смоленска (1). Смоленский Государственный Медицинский Университет, кафедра госпитальной хирургии (2).

Актуальность. Несмотря на наличие современной клинико-лабораторной, рентгенологической, КТ, СКТ, МРТ и УЗ-диагностики, вопросы дифференциальной диагностики острых заболеваний (хирургических и нехирургических) остаются сложными. Это очевидно при стертой абдоминальной симптоматике или резко выраженной полярности симптомов заболевания. Улучшение диагностики и лечения стали возможны благодаря стремительному развитию лапароскопической хирургии. Материалы и методы. Анализ экстренной абдоминальной патологии, подвергшейся лапароскопической диагностике и лечению, проведён за период с 2000 по 2015 год. Выполнено более 5000 экстренных лапароскопических вмешательств. Структура острых заболеваний органов брюшной полости представлена следующей патологией: острый аппендицит (преимущественно деструктивные формы), острый холецистит (в том числе флегмонозный, гангренозный, с перивезикальным инфильтратом), перфоративная язва желудка и ДПК, острый панкреатит (в том числе с ферментативный перитонитом), тупая травма живота с повреждением и без повреждения внутренних органов, некроз жировых привесков сигмовидной кишки, мезаденит, острая гинекологическая патология, кисты урахуса, онкологические заболевания тонкого и толстого кишечника, осложнённый дивертикулит, синдром абдоминальной ишемии, тромбоз мезентериальных сосудов, перитониты, осложняющие вышеперечисленные заболевания. При острой абдоминальной патологии лапароскопия является наиболее приоритетным по информативности и оперативности осуществления методом дифференциальной диагностики. При этом диагностическая лапароскопия всегда может быть переведена в лечебную с применением лапароскопических технологий оперирования и санации брюшной полости. Результаты. В структуре экстренных лапароскопических вмешательств преобладают: диагностические лапароскопии, лапароскопические аппендэктомии, лапароскопические холецистэктомии, санация и дренирование брюшной полости при остром панкреатите, ушивание перфоративных язв желудка и ДПК. Выполнено 2473 лапароскопических аппендэктомий. Из них: 2243 (90,7%) выполнено по методике обработки брыжейки червеобразного отростка монополярной коагуляцией и клипированием основания аппендикса; лигатурным способом выполнено 173 (7,0%) лапароскопических аппендэктомий; с использованием аппарата GIA-30 – 57 (2,3%) операция. Лапароскопическая аппендэктомия выполнялась при всех формах острого аппендицита, преобладают деструктивные формы – флегмонозный аппендицит (77,3%), гангренозный аппендицит (13,1%). С 2007 года при выполнении ЛА нами используется аппарат Liga Sure (в рамках данного исследования ЛА выполнена 403 пациентам). Выполнена 941 лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите, как флегмонозном, гангренозном (калькулёзном и бескаменном), так и с наличием перивезикального инфильтрата и/или абсцесса. После выполнения диагностической лапароскопии на предмет выявления перфоративной язвы желудка и ДПК, в 167 случаях выполнено лапароскопическое ушивание прободной язвы с дополнительной перитонизацией линии шва прядью большого сальника, санацией и дренированием брюшной полости. Одной из наиболее грозных хирургических патологий является острый панкреатит. Доказано, что лапароскопическая санация брюшной полости, блокада круглой связки печени, декомпрессия по показаниям желчного пузыря, дренирование брюшной полости способны abortивно прервать острый процесс в поджелудочной железе и добиться ремиссии ферментативного перитонита. С 2000 года по настоящее время выполнена 531 диагностическая и лечебная лапароскопия по поводу острого панкреатита, с санацией и дренированием брюшной полости, раскрытием

париетальной брюшины по флангам брюшной полости, формированием транскутанных транспечёночных или контактных холецистостом. При травме живота выполнена 369 диагностическая и лечебная лапароскопия. При тупой травме живота без повреждения внутренних органов диагностическая лапароскопия в 59,7% случаев позволила избежать неоправданных лапаротомий. При проникающих ножевых ранениях живота у 53,6% пострадавших лапароскопия позволила исключить повреждение внутренних органов. В 23 случаях выполнена диагностическая и лечебная торакоскопия при проникающих ножевых и огнестрельных ранениях грудной клетки, торакоабдоминальных ранениях, закрытой травме груди при ДТП и другой тяжёлой сочетанной травме. Удаление некротизированных привесков сигмовидной кишки выполнено у 46 пациентов. В 132 клинических наблюдениях, при выполнении диагностической лапароскопии, констатировано отсутствие абдоминальной хирургической патологии, т.е. диагностирован ложный острый живот. Заключение. Активное использование лапароскопических методик в диагностике и лечении ургентной хирургической патологии позволило сократить продолжительность времени динамического наблюдения пациентов с неясной или скрытой симптоматикой, минимизировать диагностические ошибки, снизить количество ненужных и необоснованных лапаротомий и торакотомий.

204. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Прибыткин А.А. (1,2), Сергеев А.В. (1,2), Безалтынных А.А. (2,1)

Смоленск

Клиническая больница скорой медицинской помощи г. Смоленска (1). Смоленский Государственный Медицинский Университет, кафедра госпитальной хирургии (2).

Актуальность. Особое место в дифференциальной диагностике острого аппендицита занимает лапароскопия. Частота диагностических ошибок при остром аппендиците достигает 28-38,3%. Около 15-25% удаленных червеобразных отростков при гистологическом исследовании оказываются неизменными. С развитием эндовидеотехнологий диагностическая лапароскопия получила дальнейшее развитие в виде лапароскопической аппендэктомии (ЛА). Материалы и методы. За 2000-2015 гг. на базе больницы скорой медицинской помощи г. Смоленска проведено 2473 лапароскопических аппендэктомий. Использовались следующие способы ЛА: клипирование основания червеобразного отростка – 2243 (90,7%) больных; лигатурный способ – 173 (7,0%) больных; с использованием аппарата GIA-30 – 57 (2,3%). ЛА с использованием аппарата GIA-30 проводилась на этапах освоения методики данной операции, а в настоящее время применяется при выраженных изменениях в области основания аппендикса с явлениями тифлита. С 2007 года при выполнении ЛА нами используется аппарат Liga Sure (в рамках данного исследования ЛА выполнена 403 пациентам). В методике с использованием клипс, брыжейка червеобразного отростка обрабатывалась с применением монополярной коагуляции, а основание червеобразного отростка клипировалось и пересекалось. Культия аппендикса обрабатывалась раствором антисептика. При лигатурном способе клипсы заменялись на эндопетли, уже готовые к использованию, или же формировался экстракорпоральный узел по методике Рёдера. В случае

использования аппарата Liga Sure, брыжейка аппендикса и его основание подвергались обработке аппаратом. Дополнительно на основании червеобразного отростка накладывалась клипса с целью лучшей герметизации. Во всех случаях удалённый червеобразный отросток извлекается из брюшной полости в троакаре или пластиковом контейнере. После ЛА проводились клинические, лабораторные, бактериологические и морфологические исследования. Результаты. У 903 (27,4%) больных, поступавших в клинику с предположительным диагнозом острый аппендицит, после лапароскопии эта патология была исключена в связи с выявлением заболеваний, нуждающихся в иной хирургической коррекции (мезаденит, сальпингоофорит, апоплексия яичника, внематочная беременность, острый холецистит, острый панкреатит, перфоративная язва желудка и ДПК). Время выполнения ЛА в группе с использованием клипирования составило $30,1 \pm 2,6$ мин (с аппаратом Liga Sure – $17,9 \pm 2,4$ мин). При гистологическом исследовании выявлены следующие изменения: катаральный аппендицит – у 238 (9,6%), флегмонозный – у 1911 (77,3%), гангренозный – у 324 (13,1%). При бактериологическом исследовании мазков с культуры червеобразного отростка выявлено: в группе с применением монокоагуляции в 1294 случаях (57,7%) высеяна E. Coli (105 КОЭ/мл). В группе с применением аппарата Liga Sure констатировано отсутствие роста микробной флоры во всех наблюдениях. При морфологическом исследовании брыжейки аппендиксов установлено: в группе, где применялась монополярная коагуляция, зона некроза составила $2,2 \pm 0,31$ мм. Зона гомогенизации брыжейки после применения Liga Sure составила $1,3 \pm 0,19$ мм. У 42 (1,7%) больных из-за технических сложностей потребовалась конверсия к традиционной аппендэктомии. Причины перехода к открытой операции: вскрывшийся аппендикулярный абсцесс при гангренозном аппендиците - у 23 (1,1%) больных, распространенный фибринозно-гнояный перитонит при гангренозно-перфоративном аппендиците – у 19 (0,8%) больных соответственно. У 23 клинических наблюдений в группе, где применялось клипирование, имелись интра- и послеоперационные осложнения: кровотечение из аппендикулярной артерии у 13 (0,6%) пациентов, которое остановлено интраоперационно дополнительным коагулированием. Инфильтрат правой подвздошной области отмечен у 8 больных (0,4%), ранняя спаечная кишечная непроходимость - у 2 (0,08%) пациентов. При использовании аппарата Liga Sure в 4 случаях констатировано нагноение троакарной раны (1,01%). В ходе работы установлены относительные противопоказания к применению аппарата Liga Sure для лапароскопической аппендэктомии: перфорация в области основания червеобразного отростка; выраженный тифлит; гангренозный аппендицит, когда диаметр червеобразного отростка более 10 мм; флегмона брыжейки червеобразного отростка. Выводы. 1. Диагностическая лапароскопия показана во всех случаях неоднозначной симптоматики острого аппендицита, и позволяет значительно сократить число диагностических ошибок и общее количество операций по поводу острого аппендицита. 2. Лапароскопическую аппендэктомию лучше выполнять методом клипирования или лигирования, а пересечение брыжейки червеобразного отростка проводить аппаратом Liga Sure.

205. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ ДВУХСТОРОННИХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Хохлов А.В.(1,2), Ивануца С.Я.(1), Онницев И.Е.(1)

Санкт-Петербург

1) Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, кафедра общей хирургии 2) ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М.Никифорова МЧС России, кафедра хирургии и инновационных технологий

Эндоскопические методы лечения паховых грыж применяются более 20 лет. С положительной стороны зарекомендовали себя два способа эндоскопического лечения паховых грыж: трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика (ТАПП) и тотальная экстраперитонеальная герниопластика (ТЭП), которые позволяют произвести герниопластику с наименьшей травматичностью и наибольшей эффективностью. Мнения различных авторов о преимуществах и недостатках ТАПП и ТЭП весьма противоречивы. Единая тактика при выборе одного из способов лечения паховых грыж не выработана. Цель исследования – сравнение методик трансабдоминальной преперитонеальной герниопластики (ТАПП) и тотальной экстраперитонеальной герниопластики (ТЭП) для лечения больных с двухсторонней паховой грыжей. Материалы и методы. С 2010 по 2015 гг было выполнено 102 герниопластики методом ТАПП и 24 операции способом ТЭП. В исследование вошли пациенты с двухсторонней нерезидивной паховой грыжей тип II и IIIA по классификации Л. Найхуса или PL2-3, PM2-3 по классификации европейского герниологического общества. В обеих группах определяли количество осложнений и выраженность болевого синдрома в послеоперационном периоде, которая измерялась по 10 бальной шкале ВАШ (визуальная аналоговая шкала). Средний возраст больных в первой группе составлял 54 ± 10 года, во второй 48 ± 8 лет. Все пациенты поступали в хирургическое отделение на оперативное лечение в плановом порядке. Для определения наиболее эффективного метода оперативного лечения в обеих группах сравнивали длительность и интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде, частоту осложнений и длительность пребывания больного в стационаре. Результаты и обсуждение. Выраженность болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале в течение первых суток в 1-й группе пациентов составила $6,4 \pm 0,9$ балла, а к третьим суткам $2,1 \pm 0,6$ балла соответственно. Во 2-й группе выраженность болевого синдрома составила $4,0 \pm 0,4$ баллов, на третьи сутки $1,1 \pm 0,5$ балл. Всем больным назначались нестероидные противовоспалительные препараты (кеторол, диклофенак). В раннем послеоперационном периоде после выполнения ТАПП осложнения отмечены у 33 пациентов: серома выявлена у 17 пациентов, невралгия в паховой области в 11 случаях, гематома у 5 пациентов. После герниопластики методом ТЭП осложнения в виде серомы выявлены у 2 пациентов. При анализе средней продолжительности операций значимых различий не выявлено. Средняя продолжительность операции ТЭП при двухсторонней паховой грыже составила 91 мин, длительность операции по методу ТАПП при такой же патологии – в среднем 82 мин. Длительность госпитализации больных в обеих группах была одинакова и не превышала 4 дней. Выводы. Более выраженный болевой синдром в послеоперационном периоде после герниопластики методом трансабдоминальной преперитонеальной герниопластики. Осложнения в раннем послеоперационном периоде реже встречались у пациентов после герниопластики методом тотальной экстраперитонеальной герниопластики. Метод ТЭП у больных с двусторонней паховой грыжей имеет преимущество перед методом ТАПП.

206. Динамика результатов эндоскопической диссекции в подслизистом слое для колоректальных образований.

Халин К.Д., Агапов М.Ю., Рыжков Е.Ф., Барсуков А.С.

Владивосток

НУЗ ОКБ на ст. Владивосток ОАО «РЖД»

Цель исследования: проанализировать динамику результатов эндоскопической диссекции в подслизистом слое (ESD) в толстой кишке по мере накопления опыта и выявить факторы риска развития фрагментации образования и перфорации толстой кишки. Материалы и методы. Ретроспективно оценены результаты первых 90 случаев ESD в толстой кишке за период с 09.2007 по 12.2015 гг: время и скорость ESD, количество удалений образования единым блоком и уровень развития осложнений (перфорации). Также были проанализированы вероятные факторы риска возникновения перфорации и фрагментации образования: локализация, тип и морфология образования, выраженность фиброза подслизистого слоя и переход на петлевую ассистенцию. Средний возраст больных 61,1±7 лет. Женщин 45, мужчин 45 человек. Результаты исследования. Из 90 ESD 21 - с переходом на петлевую ассистенцию. В прямой кишке 47 образований, в левой половине ободочной кишки 29 образований, в правой половине – 14 образований. Доброкачественных среди них 60, злокачественных – 30 образований. Средняя площадь образования 12,13±1,55 см². Полиповидных – 24 образования, неполиповидных – 66. Выраженный фиброз (F2) наблюдался в 24 случаях. В 14 случаях произошла фрагментация образования, в 8 случаях наступила перфорация стенки кишки. Среднее время диссекции 1 см² 14,62±1,19 мин. Средняя скорость ESD составила 9,76±0,87 мм²/мин. При локализации в правой половине ободочной кишки фрагментация образования наступила в 35,7% случаев (n=5), при левосторонней локализации – в 20,6% случаев (n=6), в прямой кишке – в 6,4% (n=3), p=0,019. При переходе на петлевую ассистенцию фрагментация развилась в 57% случаев (n=12), p

207. Интраоперационное применение NBI-эндоскопии при лечении полипов желудка у детей

Сатаев В.У.(1), Сагадеев В.А.(2), Алянгин В.Г.(1), Гумеров А.А.(1)

Уфа

1) Башкирский государственный медицинский университет, 2) Республиканская детская клиническая больница

За последние годы число детей с полипами желудка значительно возросло. Решающее значение в их верификации принадлежит цифровой эндоскопии, что связано с высокими диагностическими возможностями метода, его миниинвазивностью. Особое внимание уделено применению узкоспектрального режима визуализации (NBI-эндоскопия) - Olympus Exera-2. Сроки проведения исследования с 2000 по 2015 гг. Критериями включения явились: полипы желудка у детей (316) в возрасте 1-16 лет, подтвержденные эндоскопическим и гистологическим методом. Локализация: кардиальный отдел желудка - 57,9%, тело желудка - 4,1%, анtrum - 26%, пилорический отдел - 13%. По гистологическому типу отмечены: гиперпластический - 65,5%, фовеолярная гиперплазия - 27,8%, аденоматозный тип - 6,6%. Применение NBI-эндоскопии обеспечило хорошую визуализацию деструктивных и воспалительных повреждений СОЖ и собственно полипа,

способствовало определению границ измененной слизистой и локализацию поражения, позволило выполнить селективную биопсию, что позволило сократить количество расхождений до и послеоперационного гистологического диагнозов до 5,3%. Эндоскопическая биполярная полипэктомия была проведена нами 62 детям. Для повышения эффективности эндоскопических вмешательств интраоперационно осуществлялся NBI-контроль для визуализации границ полипа, его архитектоники. При изучении отдаленных результатов лишь у 2 пациентов был выявлен резидуальный полип, произведено удаление по предлагаемому протоколу. Таким образом, узкоспектральная эндоскопия повышает точность выявления и локализации полипов желудка у детей, при этом ее диагностическая ценность составляет 94,7%, а ее интраоперационное применение позволяет определить правильный объем вмешательства.

208. Оптимизация хирургического подхода к лечению пациентов желчнокаменной болезнью.

Алибегов Р.А., Касумьян С.А., Сергеев О.А., Жвитиашвили И.Д., Прохоренко Т.И.

Алибегов Р.А (1), Касумьян С.А (1), Сергеев О.А (1), Жвитиашвили И.Д (2), Прохоренко Т.И (2).

1) Смоленский государственный медицинский университет, 2) ОГБУЗ «Клиническая больница №1».

Лапароскопические технологии в хирургии в последние годы в совокупности с накопленным опытом значительно расширили не только спектр выполняемых операций, но и позволили взглянуть под другим углом на лечение пациентов желчнокаменной болезнью (ЖКБ), особенно при осложненном ее течении. Цель: оптимизировать подход к хирургическому лечению пациентов ЖКБ при помощи лапароскопических технологий. Материалы и методы: анализируются результаты хирургического лечения пациентов ЖКБ с 2012 по 2015 гг. с использованием лапароскопических технологий. Всего выполнено n=482 эндоскопических вмешательства, из них 419 лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ) и 63 эндоскопических папиллосфинктеротомий. Среди лапароскопически оперированных пациентов преобладали лица женского пола – 82,3% (345), мужского - 17,7 % (74). Средний возраст составил 56,7±5,1 лет. Стандартная ЛХЭ n=343, Single Approach Laparoscopic Cholecystectomy (SALC) – 58 (в том числе с применением системы SILS port фирмы Covidien – 26), лапароскопическая холедохоскопия с холедохолитотомией и дренированием холедоха по Керу n=12, лапароскопический холедоходуоденоанастомоз - 6. В 65% (272) случаях выполнялись плановые операции, в 35% (147) срочные операции. В этой подгруппе пациентов острый флегмонозный холецистит наблюдался в 81% (119) случаев, гангренозный холецистит в 19% (28). В 22 случаях выполнялись симультанные операции: 2 ЛХЭ и иссечение кист печени, в 19 случаях ЛХЭ и пупочная герниопластика, в 1 случае ЛХЭ и лапароскопическая аппендэктомия. Результаты: летальность - 0,2% (1). Конверсия (в подгруппе стандартной ЛХЭ) - 3,8% (13). В подгруппе SALC конверсия (дополнительное введение одного порта в правом подреберье) – 7% (12). Осложнения встречались в 5,9% (25) случаях. Повреждение гепатикохоледоха – 0,2% (1), гемобилома – 1,4% (6), желчеистечение по улавливающему дренажу – 1,2% (5), нагноение троакарной раны – 1,2% (5), пневмония – 1,7% (7), ТЭЛА – 0,2% (1). Выводы: широкое применение лапароскопических и видеоэндоскопических технологий в лечении пациентов ЖКБ позволяет улучшить результаты хирургического лечения и

его переносимость, особенно у пациентов с осложненным течением. А так же значительно снижает травматичность операции особенно при необходимости вмешательства на внепеченочных желчевыводящих протоках и выполнении симультанных операций.

209.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ: ОТ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ И АППЕНДЭКТОМИИ ДО ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ И ГАСТРЭКТОМИИ.

Алибегов Р.А., Касумьян С.А., Сергеев О.А., Жвитишвили И.Д., Прохоренко Т.И., Мелконян С.С.

Алибегов Р.А.(2), Касумьян С.А.(1), Сергеев О.А.(1), Жвитишвили И.Д.(1), Прохоренко Т.И.(2), Мелконян С.С.(2).

1) Смоленский государственный медицинский университет, 2) ОГБУЗ «Клиническая больница №1»

Впервые лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) была выполнена в хирургическом отделении городской клинической больницы №1 в 1994 г. В последующем до 2012 г. ЛХЭ оставалась практически единственным лапароскопическим вмешательством, выполняемым в клинике. В 2012 году по программе модернизации приобретено современное лапароскопическое оборудование, что позволило освоить и внедрить в повседневную работу практически все операции в абдоминальной хирургии, включая ряд технически сложных хирургических вмешательств. Цель исследования: максимальное внедрение лапароскопических технологий в повседневную хирургическую практику. Материал и методы. За период 2012-2015 гг. в клинике выполнено 692 лапароскопических операций при различных заболеваниях органов брюшной полости. Спектр вмешательств при онкологической патологии включал в себя: резекция прямой и ободочной кишки – 45, субтотальная резекция желудка –11, гастрэктомия - 1, резекция поджелудочной железы – 2, резекция печени – 4, резекция тонкого кишечника – 4, реконструктивные операции на толстом кишечнике после операции Гартмана – 3. При доброкачественной патологии наиболее часто выполняли холецистэктомию из стандартного доступа - 343 и из единого доступа (SALC) - 58. У 12 пациентов с холедохолитиазом произведена холангиоскопия, холедохолитотомия и наружное дренирование холедоха. Билюодигестивные анастомозы (холецистоэнтеро-, и холедоходуодено-анастомозы) сформированы в 13 случаях, причем в 3-х - сочетание с гастроэнтероанастомозом. Лапароскопическая аппендэктомия - 121. Герниопластика при паховых грыжах (TAPP) - 41, послеоперационных вентральных грыж – у 36. Симультанные операции (холецистэктомия и пластика грыж) осуществлены у 22 пациентов. Результаты. В группе пациентов с онкологической патологией частота осложнений составила 8,6% (6): острая перфорация тонкой кишки - 1,4% (1), подкапсульная гематома - 1,4% (1), ранняя спеченная кишечная непроходимость - 2,8% (2), гематома брюшной полости - 1,4% (1), абсцесс брюшной полости - 1,4% (1). Конверсия - 15,7% (11). Летальность - 1,4% (1). В группе больных с доброкачественной патологией осложнения развились у 7,1% (44): гнойно-септические осложнения - 3,9% (24), пневмония – 1,5% (9), ТЭЛА – 0,16% (1), другие - 1,5% (9). Широкое внедрение лапароскопической хирургии в повседневную практику позволяет уменьшить частоту гнойно-септических послеоперационных осложнений, способствует внедрению протоколов fast-track, а хорошая визуализация повышает прецизионность и уменьшает объем кровопотери, что особенно важно при выполнении онкологических операций.

210.СОВРЕМЕННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА.

Алибегов Р.А., Сергеев О.А., Жвйтиашвили И.Д., Прохоренко Т.И., Ефимов И.А.

Алибегов Р.А.(2), Сергеев О.А.(1), Жвйтиашвили И.Д.(2), Прохоренко Т.И.(2), Ефимов И.А.(2)

1) Смоленский государственный медицинский университет, 2) «ОГБУЗ «Клиническая больница №1», г. Смоленск.

Цель исследования: улучшить непосредственные результаты хирургического лечения больных колоректальным раком. Материалы и методы. За период 2012-2015 гг. в клинике оперировано 45 пациентов по поводу рака ободочной и прямой кишки на различных стадиях заболевания (IIa-IVa стадии). Стандартная правосторонняя гемиколэктомия (ПГЭ) – 15, ПГЭ с расширенной лимфодиссекцией ДЗ. Резекция сигмовидной кишки - 7, левосторонняя гемиколэктомия (ЛГЭ) – 12. Тотальная мезоректумэктомия (ТМЭ) – 5. У 3-х пациентов после операции Гартмана выполнено лапароскопическое формирование сигморектоанастомоза. При резекции правой половины ободочной кишки использовался ручной экстракорпоральный шов. При резекции левой половины и ТМЭ – аппаратный интракорпоральный шов, операция всегда дополнялась декомпрессионной илеостомией. Средняя длительность операций составила: ТМЭ - 284±24 (260-330) мин., стандартная ПГЭ – 175±14 (155-230) мин., ЛГЭ – 210±17 (185-240) мин., резекция сигмовидной кишки - 180±15 (165-235) мин. Средняя кровопотеря составила 110±14 мл. Результаты. Летальности не было. Послеоперационные осложнения наблюдали в 8,9% (4) случаях. Острая перфорация тонкой кишки – 2,2% (1), подкапсульная гематома печени – 2,2% (1), ранняя послеоперационная кишечная непроходимость – 4,5% (2). Конверсия выполнена в 17,8% (8) случаях, основная причина конверсий: распространенный опухолевый процесс, выраженный спаечный процесс в брюшной полости. Выводы. Лапароскопические технологии в хирургии колоректального рака позволяют значительно снизить травматичность операции, как следствие добиться выраженного снижения болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде, укорочения сроков послеоперационной реабилитации. Несомненным преимуществом лапароскопических операций является хорошая визуализация, что повышает прецизионность оперативной техники и уменьшает риск кровопотери.

211.ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ЧРЕСКОЖНЫХ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Бомбизо В.А., Бердинских А.Ю., Рыжих А.Е.

Барнаул

КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи»

История. В Краевой клинической больнице скорой медицинской помощи чрескожные вмешательства применяются с 1986 года. Первым вмешательством стала чреспеченочная пункция и санация желчного пузыря. Затем стали выполняться чреспеченочная холецистостомия под контролем лапароскопии и чрескожные дренирования кист поджелудочной железы. До 2014 года эти вмешательства выполнялись в единичных случаях. Современные чрескожные миниинвазивные вмешательства с использованием специальных медицинских изделий внедрены в хирургическую практику ККБСМП в феврале 2014 года. Внедрению этих вмешательств предшествовало обучение врачей-хирургов ультразвуковой диагностике и интервенционной радиологии. Материал и методы. В настоящее время спектр чрескожных хирургических вмешательств представлен следующими операциями: чрескожная микрохолецистостомия, чрескожная холангиостомия и различные вмешательства при патологии билиарной протоковой системы под рентгентелевизионным (РТВ) контролем, чрескожное дренирование абсцессов различных локализаций, чрескожное дренирование острых жидкостных скоплений и клетчаточных пространств при тяжелом остром панкреатите. С февраля 2014 по ноябрь 2015 года проведены 244 операции. Методами контроля при проведении чрескожных миниинвазивных вмешательств являются УЗИ и рентгеноскопия. УЗИ позволяет осуществить доступ в зону патологического процесса, а рентгеноскопия осуществить адекватное дренирование и провести любое внутрисветное вмешательство. Чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия под УЗ-наведением выполняется при остром холецистите у пациентов с высоким операционно-анестезиологическим риском; при остром холецистите с паравезикальным инфильтратом и/или инфильтратом гепатодуоденальной связки; при механической желтухе с дистальным блоком (при отсутствии ЖКБ). Чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия проводится под местной анестезией с применением дренажных катетеров Хьюсмана или Доусона-Мюллера 8,5-10,2 Fr типа Pigtail. Чрескожная чреспеченочная холангиостомия под УЗ-наведением и РТВ-контролем выполняется при билиарной гипертензии вследствие блока на любом уровне; при наличии холедохолитиаза с гипербилирубинемией свыше 80-100 мкмоль/л (первый этап лечения); при механической желтухе с блоком на любом уровне при отсутствии ЖКБ. Применяются дренажные катетеры Хьюсмана, Доусона-Мюллера, Ринг-Лундерквиста (наружно-внутреннее дренирование) и др. 8,5-12 Fr типа Pigtail. Чрескожное дренирование абсцессов под УЗ-наведением и РТВ-контролем выполняется при наличии абсцесса любой локализации, подтвержденного клинико-лабораторными и инструментальными (УЗИ и/или КТ) данными. Используются дренажные катетеры 9-32 Fr, различных типов с одно- или двухмоментной (Seldinger S.I.) установкой. Данная методика не требует общей анестезии и может быть использована у «тяжелой» группы пациентов с высоким операционно-анестезиологическим риском. Замена дренажей на больший диаметр проводится индивидуально в зависимости от объема полости не реже чем в 3-5 суток. Размер дренажа может достигать 36 Fr. Чрескожные миниинвазивные дренирующие операции также применяются в хирургическом лечении тяжелого острого панкреатита: дренирование острых жидкостных скоплений, кист, абсцессов, клетчаточных пространств. Диагностической задачей дренирования острых жидкостных скоплений является своевременное и достоверное выявление контаминации очагов панкреатогенной деструкции на основании бактериоскопического исследования полученного материала с оценкой чувствительности к антибактериальным препаратам. Лечебная задача – уменьшение билиарной внутрисветной гипертензии при билиарном генезе панкреатита, эвакуация токсичного экссудата. При чрескожном дренировании острых жидкостных скоплений используются дренажи небольшого диаметра (9-10,2 Fr) различной модификации. При дренировании клетчаточных пространств используются дренажи различных типов от 16 до 36 Fr. Рентгентелевизионный контроль обеспечивает визуализацию клетчаточных пространств, позволяет выявить дополнительные затеки и выполнить адекватное дренирование.

Преимуществом чрескожных миниинвазивных методик является возможность уже на известных и прогнозируемых путях распространения агрессивной патологической жидкости устанавливать дренажи для эвакуации экссудата и динамического контроля. Чрескожные миниинвазивные вмешательства в КГБУЗ «ККБСМП»: чрескожная чреспеченочная холангиостомия под рентгентелевизионным контролем – 35 (14,3%), чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия под УЗ наведением – 63 (25,8%), чрескожное дренирование острых жидкостных скоплений под УЗ наведением – 86 (35,2%), чрескожное дренирование парапанкреатических абсцессов – 30 (12,3%), чрескожное дренирование подпеченочных абсцессов – 10 (4,1%), чрескожное дренирование поддиафрагмальных абсцессов – 5 (2,0%), чрескожное дренирование абсцессов печени – 15 (6,3%). Осложнениями при проведении чрескожных вмешательств были дислокации дренажей у 4 пациентов. Профилактикой осложнений является применение дренажных катетеров с антимиграционными механизмами. Результаты и выводы. Применение чрескожных вмешательств при остром холецистите позволяет купировать воспалительный процесс и избежать радикальной операции у пациентов с высоким операционно-анестезиологическим риском и тяжелой сопутствующей патологией. Применение чрескожных вмешательств при механической желтухе позволяет быстро осуществить билиарную декомпрессию, снизить риск осложнений при наложении билиодигестивных анастомозов. Ранние миниинвазивные операции при субтотальном и тотальном поражении поджелудочной железы с последующим дренированием брюшной полости и забрюшинного пространства являются одним из эффективных способов детоксикации и позволяют предотвратить развитие перитонита и обширных флегмон забрюшинного пространства. Миниинвазивные вмешательства позволяют добиться намеченного результата при минимальной операционной травме, что благотворно сказывается на состоянии тяжелой категории пациентов.

212.МИНИМАЛЬНОИНВАЗИВНЫЕ ПОВТОРНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Бомбизо В.А., Булдаков П.Н., Аверкина А.А., Бердинских А.Ю., Берестенников А.В.

Барнаул

КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи»

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с острым панкреатитом с использованием повторных минимальноинвазивных хирургических вмешательств. Актуальность. Острый панкреатит, особенно его тяжелые формы, является угрожающим заболеванием органов брюшной полости, занимающим лидирующие позиции в клиниках неотложной хирургии. В настоящее время отмечается неуклонный рост заболеваемости острым панкреатитом с увеличением количества деструктивных осложнений. Стабильно высокой остается летальность при остром тяжелом панкреатите - 20-45%, достигающая 80% при развитии инфекционных осложнений. Поражение ткани поджелудочной железы и окружающей забрюшинной клетчатки при панкреонекрозе зачастую требует многократных оперативных вмешательств. Материалы и методы. Во втором хирургическом отделении Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи г.Барнаула в период с 2011 по 2015 гг. находились на лечении 378

пациентов с панкреонекрозом. Пациенты с легкой степенью острого панкреатита (отечная форма) исключены из нашего исследования. Возраст пациентов колебался от 18 до 89 лет, из них лица трудоспособного возраста 268 (70,9%) пациентов. Мужчин было 228 (60,3%), женщин – 150 (39,7%). При оценке тяжести состояния пациентов по интегральной шкале SOFA: от 0 до 3 баллов - 148 (39,2%), от 4 до 7 баллов - 130 (34,4%), от 8 до 11 баллов - 67 (17,7%) и свыше 12 баллов - 32 (8,5%). По характеру процесса среди представленных пациентов 204 (54,0%) было со стерильными формами панкреатита, а 174 (46,0%) – с инфицированными. В виду распространенности патологического процесса в забрюшинной клетчатке, в случаях инфицирования, а также в период секвестрации 155 пациентов были подвергнуты повторным хирургическим вмешательствам. Показания к повторным операциям определялись по общепринятым критериям: данные УЗИ, МСКТ и клиническая картина. Всего было выполнено 384 повторных операции. Все больные были разделены на 3 группы в зависимости от способа повторных вмешательств. В I группу (n-34) вошли пациенты в комплексном лечении которых использовались минимальноинвазивные вмешательства, а во II группу (n-99) вошли больные оперированные только традиционными «открытыми» методами (лапаротомный и люмботомный доступ). В III группу (n-22) были выделены пациенты, в комплексном лечении которых был использован комбинированный подход: применялись как малоинвазивные, так и «открытые» традиционные хирургические вмешательства на различных этапах лечения. Все группы были сопоставимы между собой и статистически значимых различий не выявлено. Пациентам I группы было выполнено 96 повторных операций: санационная видеооментобурсоскопия - 42, видеолапароскопическая некрсеквестрэктомия - 24, санационная видеоретроперитонеоскопия - 8, видеолапароскопическое вскрытие и дренирование абсцессов (флегмон) - 16, а также чрескожное дренирование абсцессов под УЗИ и РТВ контролем - 6. Повторные традиционные вмешательства у пациентов II группы были следующими: санационная релапаротомия - 56, этапная некрсеквестрэктомия - 66, вскрытие и дренирование абсцессов (флегмон) забрюшинной клетчатки - 84. Всего: 206. Спектр повторных вмешательств у больных III группы был представлен следующими операциями (всего - 82): минимальноинвазивные – санационная видеооментобурсоскопия - 15, видеолапароскопическая некрсеквестрэктомия - 13, санационная ретроперитонеоскопия - 5, видеолапароскопическое вскрытие и дренирование абсцессов (флегмон) - 8, а также чрескожное дренирование абсцессов под УЗИ и РТВ контролем - 8; и «открытые» вмешательства – санационная релапаротомия - 20, вскрытие и дренирование абсцессов (флегмон) забрюшинной клетчатки - 7, этапные некрсеквестрэктомии - 6. В послеоперационном периоде при наличии полиорганной недостаточности и ввиду тяжести основного заболевания большая часть пациентов находилась на лечение в отделении реанимации. Среднее пребывание пациента I группы в отделении реанимации составило 4,4 дня, II группы – 11,5 дня, а III группы – 10,8. Средний койко-день в I группе составил 37,8 дня, во II группе – 48,0 дня, а в III – 42,8 дня. Летальность в первой группе составила 5,9%, во второй – 38,4%, а в третьей – 32,8%. Результаты. При анализе непосредственных результатов лечения нами было отмечено более благоприятное течение послеоперационного периода у пациентов первой группы в сравнении с пациентами второй: сокращение длительности пребывания в реанимационном отделении на 7,1 дня (более чем в 2,5 раза), уменьшение нахождения пациентов в стационаре на 10,2 койко-дня. Результаты лечения больных третьей группы близки к показателям зафиксированным во второй, но по длительности стационарного лечения превосходят их (укорочение койко-дня на 5,2). Выводы: 1. Количество повторных вмешательств по программе не зависит от вида первичного хирургического вмешательства. 2. Минимальноинвазивные хирургические вмешательства с использованием видеоэндохирургических технологий в сочетании с динамической компьютерной томографией позволяют проводить визуальный контроль за

течением патологического процесса в забрюшинной клетчатке и поджелудочной железе с нанесением минимальной операционной травмы. 3. Применение повторных минимальноинвазивных операций улучшает результаты комплексного лечения больных острым панкреатитом, позволяет значительно снизить летальность, уменьшить длительность стационарного лечения и сократить реабилитационный период.

213. Хирургическая тактика при LST и T1 опухолях прямой кишки

Нечай И.А., Афанасьева Е.П., Мальцев Н.П.

Санкт-Петербург

Отделение колопроктологии СПбГБУЗ № 40, кафедра ПДМО СПбГУ

ВВЕДЕНИЕ: Ворсинчатые стелющиеся опухоли и полипы прямой кишки имеют, как известно, высокий риск малигнизации. Степень этого риска увеличивается с размером образования. [Bond, 2000г.] Наибольшие трудности возникают при выборе оптимального метода лечения злокачественных опухолей стадии T1, ворсинчатых аденом стелющегося типа роста (LST) и на широком основании. Такие образования могут занимать значительную площадь стенки кишки и иметь разную степень интраэпителиальной неоплазии в отдельных участках. Поэтому способы удаления этих образований должны быть радикальными, безопасными и органосохраняющими.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: В исследование включено 33 пациента с гистологически подтвержденными тубуло-ворсинчатыми и ворсинчатыми аденомами прямой кишки стелющегося типа роста (LST), и аденокарциномами T1, проходивших лечение на отделении колопроктологии СПб ГБУЗ № 40 с 2011г. по 2015г. В исследуемой группе участвовало 13 (39,4%) женщин и 20 (60,6%) мужчин, в возрасте от 47 до 80 лет. До операции всем больным проводилось обследование: пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, колоноскопия, МРТ с контрастированием, УЗИ органов брюшной полости, рентгенография грудной полости, анализы крови и мочи. LST, располагающиеся в нижнеампулярном отделе прямой кишки, удаляли путем трансанального иссечения с использованием аноретрактора. Опухоли, локализовавшиеся в средне- и верхнеампулярном отделах, удаляли через операционный проктоскоп фирмы Karl-Storz, с помощью набора специальных инструментов. Всем пациентам выполнено полнослойное иссечение кишечной стенки с опухолью с последующим ушиванием раны. В 1 случае возникло осложнение в виде кровотечения из раны – остановлено прошиванием сосуда в условиях операционной. У 1 больного с LST на передней стенке верхнеампулярного отдела прямой кишки произошла перфорация стенки с полнослойным иссечением образования, ушиванием раны и эндовидеоскопическим контролем. Всего удалено 33 образования, из них: T1- 3; LST-G 0-Is – 13; LST-G 0-Isр – 2; LST-G 0-Is + IIa – 11; LST-GIIa – 3 (По Парижской классификации, 2002г). По результатам патоморфологического исследования удаленных препаратов в 2 (6,6%) случаях была определена высококодифференцированная аденокарцинома (T1sm3), а при исходно биопсионном исследовании – тубулярно-ворсинчатая аденома. В последующем, эти пациенты получали лучевую терапию и находятся под нашим наблюдением. Интраэпителиальная неоплазия высокой степени диагностирована в 10(33,3%) случаях, средней степени – в 10(33,3%), низкой степени – в 7(28%).

РЕЗУЛЬТАТЫ: Отдаленные результаты оценены у 21 пациента, у которых с момента

операции прошло не менее 12 месяцев. У 3(9%) пациентов диагностирован рецидив. В одном случае, у пациента через 6 месяцев после ТЭО возник рецидив ворсинчатой опухоли среднеампулярного отдела прямой кишки в зоне послеоперационного рубца – 0-Is. Пациенту выполнена эндоскопическая полипэктомия. У другого пациента диагностирован рецидив через 9 месяцев. Ему выполнена повторная ТЭО. В третьем случае, рецидив выявлен у пациентки после трансанального иссечения ворсинчатой опухоли нижеампулярного отдела прямой кишки – 0-Is. Проведено повторное трансанальное иссечение. **ВЫВОДЫ:** Трансанальное иссечение опухоли с использованием аноретрактора и операционного проктоскопа на жесткой платформе (ТЭО) являются наиболее безопасными и эффективными методами хирургического лечения LST и T1 опухолей прямой кишки. Частота рецидивирования составила 9%, послеоперационных осложнений - 6%.

214. Прогноз летальности и осложнений пострадавших с разрывом селезёнки на основании исходной тяжести состояния и травмы

Хрипун А.И.(1), Алимов А.Н. (1), Саликов А.В.(2), Отлыгин Ю.В. (1)

Москва

Кафедра хирургии и эндоскопии ФДПО ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2) 12 ГКБ им. Буянова В.М.

Общеизвестно, что исходная тяжесть состояния пострадавших сочетанной травмой с закрытой травмой живота влияет на прогноз осложнений и летальности в послеоперационном периоде. Несомненно, удаление повреждённой селезёнки увеличивает кровопотерю и исходную тяжесть травмы пациента, что требует альтернативных решений в пользу органосохраняющих операций. Исследование направлено на улучшение результатов лечения закрытой травмы живота с разрывом селезёнки, в соответствии оценки тяжести состояния и травмы пострадавших. Нами проводится ежегодный мониторинг результатов хирургического лечения 387 больных оперированных с 1987 по 2015 гг. по поводу сочетанной (n=277) и изолированной (n=110) травмы живота с разрывом селезенки. Произведено 228 спленэктомий и 159 органосохраняющих операций, из них 34 эндохирургических. Соотношение мужчин и женщин - 6,2:1. Средний возраст больных составил 30,7±14,8 года. Самому молодому пациенту - 16 лет, самому пожилому - 56 лет. Метод сохранения селезёнки включает этап лигирования селезёночной артерии, остановку кровотечения из места разрыва селезенки, санацию и дренирования брюшной полости. Разрыв селезёнки при закрытой травме живота наиболее часто сочетался с травмой груди, преимущественно левых отделов 100 (25,8% n=387) и черепно-мозговой травмой 63 (16,27% n=387). Три и более анатомические области были повреждены у 178 (46 % n=387) пациентов. Гемоперитонеум от 600 мл до 4,5 литров отмечался у всех оперированных. Доминирующее повреждение при сочетанной травме выявляли путём оценки тяжести повреждений каждой области тела, с сопоставлением индексов тяжести между собой. Травма живота была доминирующим повреждением - у 179 (44,2% n=387) пострадавших. Доминирование ЧМТ встретилось у 60 (15,5% n=387) пострадавших, а травма груди - у 25 (6,45% n=387). Общая тяжесть повреждений была самой высокой при сочетании доминирующих повреждений (11,25 балла по

шкале ВПХ-МТ), особенно при доминировании ЧМТ (17,27 балла) ($p < 0,05$). Оценка тяжести повреждений и состояния пострадавших проведены нами по дополненным шкалам ВПХ-МТ и ВПХ-СП (Гуманенко Е.К.1992г., Лебедев Н.В. 2004г.) Пострадавших в состоянии шока было госпитализировано более 57%. В критическом состоянии - шок IV (балл шкалы ВПХ-СП >46 , ВПХ-МТ $>12,2$ – Гуманенко Е.К., Лебедев Н.В.) в момент поступления находились 17 (4,3%, $n=387$) пострадавших, все 17 умерли, из них 15 за первые сутки. В крайне тяжелом состоянии - шок III (балл шкалы ВПХ-СП 33-46, ВПХ-МТ $>1,2-12,2$) госпитализированы 21(5,42% $n=387$) пациентов, умерли 13(61,90%, $n=21$), из которых так же за первые сутки - 9(42,85%, $n=21$). А так же в шоке II поступило 99(25,58%, $n=387$) больных, среди которых умерли 14(14,14%, $n=99$) - 4(4,04%) за первые сутки. В состоянии шока I или без него поступило 246 (63,56%, $n=387$) пациента, среди них умер - 1(0,4%= $n=246$) пациент, без летальности в первые сутки. В период с 6 по 12 сутки смерть наступила у 15 пациентов от травматической болезни. Среди 387 пациентов летальность составила –11,62% (45) случаев, а в первые сутки-7,75%(30). В условиях повреждений тяжелой степени (балл ВПХ-МТ 1,2 –12,2) выполнялись более 98% органосохраняющих операций и 89% спленэктомий. Сопутствующая травма груди привела к развитию плевро-лёгочных осложнений у 69(17,82%, $n=387$) пациентов после операции. После спленэктомии осложнения развились у 143(62,7%) из 228 (100%). Среди них у 39(27,27% $n=143$) пациентов в ложе удалённой селезёнки выявлен абсцесс. У 55 (38,46% $n=143$) развились плевро-лёгочные осложнения слева на фоне травмы груди. Из них лишь у 3(2,09% $n=143$) - сочетались с абсцессом ложа. В 6 (4,19% $n=143$) случаях развился послеоперационный перитонит после ушивания травматического разрыва тонкой кишки. В 43 (30,06% $n=143$) случаях возникло нагноение послеоперационной раны. В группе перенёсших органосохраняющую операцию на селезенке осложнения встретились у 18 (11,3% $n=159$) пациентов. Плевро-легочные осложнения после традиционной операции в 12 (7,54% $n=159$) случаях и в 1 (0,62% $n=159$) после лапароскопической. После традиционного сохранения в 5 (3,14%) случаях отмечалось нагноение послеоперационной раны. После видеоэндохирургических вмешательств нагноений не было. Заключение: комплексная оценка тяжести состояния и травмы, пострадавших по дополненной шкале ВПХ-МТ и ВПХ-СП позволяет не только прогнозировать риски летальности и осложнений, но и рекомендовать применение органосохраняющих операций при баллах 33-46-ВПХ-СП и 6,3-12,2-ВПХ-МТ при травматических разрывах селезенки. Число летальных исходов и осложнений при сохранении травмированной селезенки снижались более чем в 5 раз. Перспективы использования органосохраняющих операций в хирургической практике представляют эффективную и безопасную альтернативу спленэктомиям.

215.Использование веерообразного лапаролифта при лапароскопической холецистэктомии

Величко Е.А., Некрасов А.Ю.

Новогорск, МО

ФГБУ ФКЦ ВМТ ФМБА России

Цель. Усовершенствование лапароскопической хирургической тактики у больных с острым деструктивным холециститом с повышенным анестезиолого-операционным риском. Актуальность. Одной из проблем использования лапароскопии у лиц пожилого возраста с тяжелой

сопутствующей патологией является влияние напряженного карбоксиперитонеума на сердечно-сосудистую и дыхательную системы, что может привести к снижению компенсаторных возможностей организма, а порой и декомпенсации сердечной деятельности, расстройству дыхания. Поиск методик, уменьшающих негативное влияние напряженного карбоксиперитонеума на сердечно-легочную систему больного, привел к появлению «лифтинговых» методов выполнения лапароскопической холецистэктомии. Многие хирурги предлагают использовать этот вид оперативного вмешательства у пациентов с тяжелой сопутствующей сердечно-легочной патологией, дабы нивелировать отрицательное действие напряженного карбоксиперитонеума. Материалы и методы. В работе обобщены результаты лечения 168 больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, находившихся на лечении в хирургических отделениях с 2008 по октябрь 2014 гг. Средний возраст пациентов составил $72,2 \pm 4,1$ года. У 81 (48,2%) больных выполнена лапароскопическая холецистэктомия с минимальным давлением в брюшной полости 6-7 мм рт.ст., у 87 (51,8%) пациентов выполнена лапароскопическая холецистэктомия с использованием веерообразного лапаролифта (рис.1). Мужчин - 43 (25,6%) больных, женщин - 125 (74,7%). Достоверных отличий по возрасту, половой принадлежности, характеру сопутствующей, а также острой и хронической патологии при поступлении между группами не выявлено. У всех больных имелись сопутствующие заболевания, в ряде случаев по тяжести клинических проявлений, конкурировавшие с основным заболеванием. Результаты и обсуждение. В основной группе (I) эмпиема желчного пузыря выявлена у 9 пациентов (10,3%), а в контрольной группе (II) – у 5 (6,2%) пациентов. Острый флегмонозный холецистит диагностирован у 72 (82,8%) пациентов основной группы, а в контрольной группе – у 70 (87,5%) пациентов. Перивезикальный инфильтрат выявлен у 35 (43,2%) пациентов, которым выполнялась лапароскопическая холецистэктомия при минимальном пневмоперитонеуме и у 38 (43,7%) пациентов, у которых во время лапароскопической холецистэктомии использовался веерообразный лапаролифт. Местный перитонит выявлен у 19 (21,8%) пациента основной группы и у 22 (27,1%) пациентов - контрольной группы. При сравнительной оценке динамики клинических показателей у больных обеих групп - более медленная их нормализация наблюдалась у пациентов контрольной группы. Длительность болевого синдрома в послеоперационном периоде после лапароскопической холецистэктомии с использованием веерообразного лапаролифта в среднем составила $3,4 \pm 0,8$ суток, а в группе, оперированных с использованием минимального давления во время лапароскопической холецистэктомии – $3,9 \pm 0,9$ суток (р

216.Обоснование органосохраняющего метода и результаты лечения разрывов селезёнки при закрытой травме живота

Хрипун А.И.(1), Алимов А.Н.(1), Саликов А.В.(3) Зубарев А.Р.(2), Прямиков А.Д.(1), Ким. Ю.Е. (2), Урванцева О.М.(3)

Москва

1. Кафедра хирургии и эндоскопии ФДПО ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова 2) Кафедра ультразвуковой диагностики ФДПО ГБОУ ВПО РГМУ им. Н.И. Пирогова

Трудности сохранения повреждённой селезёнки обусловлено не только тяжестью травмы пострадавшего, но и острой кровопотерей, шоком и «неудобством» анатомического расположения повреждённого органа. Общеизвестно, что возможности безопасного сохранения селезёнки без риска послеоперационного рецидива кровотечения - сомнительны. В то же время, применяемая в 99% случаев спленэктомия тоже не отвечает требованиям современной хирургии. Предлагаемый нами метод органосохраняющей операции способствует уменьшению интраоперационной кровопотери, предотвращению рецидива послеоперационного кровотечения, безопасного и удобного манипулирования с повреждённой селезёнкой, благодаря применению нами лигирования селезёночной артерии как основного этапа, а затем окончательного гемостаза в местах разрывов. Ранее нами изучено коллатеральное кровообращение селезёнки, тела и хвоста поджелудочной железы, как в норме, так и после перевязки селезёночной артерии на различных уровнях.:1) у чревного ствола, 2) в проксимальном отделе, 3) среднем отделе, 4) в дистальном отделе. Выполнены 102 рентгеноконтрастных селективных цилиако и мезентерикографий, на 73 патанатомических комплексах. Установлено, что лигирование селезёночной артерии у чревного ствола, в проксимальном и среднем отделе - не вызывает нарушения артериального питания тела и хвоста поджелудочной железы, и в самой селезёнке, за счёт заполнения коллатерального кровообращения. Доступ (троакарный или лапаротомный). Устранение гемоперитонеума. Визуализацию селезёночной артерии мы используем или через малый сальник у чревного ствола, или через желудочно-ободочную связку, сразу к проксимальному, среднему или дистальному отделу селезёночной артерии, с разницей мобилизации и смещения желудка для визуализации артерии. Выделяем и лигируем ствол артерии. Контролируем сохранение цвета органа, уменьшение его размера на 15-20%, снижение напряжённости капсулы, и с этого момента считаем условия благоприятными для эффективной, малотравматичной и безопасной остановки кровотечения. Селезёнку при необходимости мобилизуем благодаря рассечению селезёночно-париетальных связок, извлекаем сгустки из мест разрыва органа, проводим тщательный, окончательный гемостаз. Брюшную полость промываем физиологическим раствором и дренируем. Нами проведён анализ результатов хирургического лечения 387 больных оперированных с 1987 по 2015 гг. по поводу сочетанной (n=277) и изолированной (n=110) травмы живота с разрывом селезёнки. Произведено 228 спленэктомий и 159 органосохраняющих операций, из них 34 эндохирургических (среди которых в 29 случаях травма была сочетанной, в 5 изолированной). Средний возраст больных составил $30,7 \pm 14,8$ года. Соблюдение последовательности выполнения органосохраняющей операции позволило зафиксировать отсутствие эпизодов рецидива кровотечения. По данным УЗИ контроля в сроки первых 3-7 дней - селезёнка не меняла размера. Это позволило полностью, во всех случаях закончить основные этапы заживления в местах её разрывов, без рецидива кровотечения. Восстановление суточной амплитуды изменения размеров селезёнки, не отличимых от здоровых лиц, происходило по данным УЗИ к 3,5 неделе. По данным МСКТ – ангиографии (n=9) в сроки от 5 до 12 суток после операции имеется хорошая, очень быстрая заполняемость ретроградным кровотоком селезёночной артерии за местом лигирования без создания зон ишемии в теле и хвосте поджелудочной железы. Ультразвуковой ангиографии (УЗИ-ЗД\4Д режимах) проведённая в отдалённом периоде подтвердила, что после органосохраняющей операции вне зависимости от доступа (обычный или лапароскопический) и места лигирования селезёночной артерии, имеется обширная васкуляризация ворот селезёнки и её сегментов, за счет хорошо развитого коллатерального кровоснабжения селезёнки, не отличимого от данных ультразвуковой ангиографии здоровых лиц. Пациенты, оперированные лапароскопически - раньше активизировались, срок их пребывания на хирургической койке и в стационаре снижался, а при сочетанной травме улучшало эффективность лечения доминирующих сочетанных повреждений

(костных, лицевых и т. д.) уже в специализированных отделениях. Отмечается значительное уменьшение летальности и осложнений. Применение органосохраняющей операции (особенно эндохирургической) для травматических разрывов селезёнки при сочетанной и изолированной травме живота имеет несомненные перспективы к широкому использованию в хирургической практике. Снижение интраоперационной кровопотери и отсутствие рецидивов кровотечения позволяют предполагать, что операции с лигированием селезёночной артерии и окончательным гемостазом является эффективной и безопасной альтернативой не только спленэктомии, но других методик органосохраняющих операций травмированной селезёнки. Аннотация: Проведён анализ результатов разработанного и внедрённого альтернативного спленэктомии органосохраняющего метода при разрыве селезёнки. В 159 случаях сохранения повреждённой селезёнки при изолированной и сочетанной травме живота не было ни одного эпизода рецидива кровотечения после операции. Имеется хорошее коллатеральное кровоснабжение самой селезёнки, тела и хвоста поджелудочной железы - по данным МСКТ – ангиографии сразу после операции и в отдалённом периоде по данным ультразвуковой ангиографии (УЗИ-3Д\4Д режимах).

217.Лапароскопическая герниопластика в центре амбулаторной хирургии

Соловьев А.И.(2), Ткачев Е.И.(2), Рудой В.Г.(1-2), Собина Ю.А.(2), Назаров А.С.(2)

Воронеж

1) Кафедра госпитальной хирургии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко 2) ЦАХ Воронежской городской клинической поликлиники N 7

Лапароскопическая трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика (TAPP) широко используется хирургами как в нашей стране, так и во всем мире. Данная методика имеет ряд преимуществ: косметический эффект, ранняя активизация пациентов, низкая вероятность развития хронической боли, возможность лечения двухсторонних паховых грыж из одного доступа, а также выполнения сочетанных эндоскопических операций на органах брюшной полости. Лапароскопическую герниопластику у больных с паховыми грыжами в стационаре кратковременного круглосуточного пребывания Воронежской городской клинической поликлиники N7 (ВГКП N7) выполняют с 2009 года. За период с февраля 2009 г. по октябрь 2015 г. произведено 253 лапароскопические герниопластики методом TAPP у больных с паховыми грыжами I, II и IV(A,B) типов (по классификации Leoyd M. Nyhus). По локализации грыж пациенты распределились следующим образом: левосторонние паховые грыжи выявлены у 78 (30,8%) пациентов, у 124 (49,0%) – правосторонние и у 51 (20,2%) - грыжевые выпячивания локализовались с обеих сторон. Прямые паховые грыжи были у 113 (44,7%) пациентов и у 140 (55,3%) – косые. Рецидивные паховые грыжи после ранее выполненных герниопластик по традиционным методикам выявлены у 7 (2,8%) пациентов. В возрасте 25-40 лет выявлено 85 (33,6%) больных, 41- 60 лет – 98 (38,7%) и 70 (27,7%) пациентов были старше 60 лет. Больным моложе 25 лет лапароскопическую герниопластику не выполняли с учетом рекомендации Российского общества герниологов об ограничении использования трансплантатов у лиц мужского пола до 25 лет в связи с недостаточно изученным воздействием синтетических материалов на репродуктивную функцию. Оперативные вмешательства производили под общей

многокомпонентной анестезией эндотрахеальным способом. Установку инструментов и оптики осуществляли из стандартных точек через троакары 5.0 мм, 10.0 мм и 11.0 мм. При двусторонних грыжах использовали два троакара 11.0 мм. После ревизии брюшной полости, оценки размеров дефекта брюшной стенки производили герниопластику методом TAPP с использованием проленовых сетчатых эндопротезов размерами 8 x 12 или 10 x 15 см. Размер протеза подбирали с учетом размеров грыжевых ворот. После фиксации трансплантата производили его перитонизацию. Брюшную полость не дренировали. С учетом рекомендаций Европейского общества герниологов антибиотикопрофилактику при плановых операциях не производили. После ушивания троакарных ран производили инфильтрацию их растворами анестетиков (лидокаин, маркаин), что позволяло в послеоперационном периоде отсрочить время введения анальгетиков. Кроме того, использование мультимодальной анестезии в раннем послеоперационном периоде полностью исключало использование наркотических анальгетиков. На следующий день после операции выполняли перевязку и больных выписывали на амбулаторное лечение в хирургическое поликлиническое отделение ВГКП N7. При этом лечение в «домашнем стационаре» сопровождается более ранней реабилитацией пациентов за счет активно-го режима движения, щадящего психоэмоционального фона, т.к. сохраняется образ жизни в привычных для пациента условиях. Улучшение микроциркуляции тканей в результате раннего активного двигательного режима, а также отсутствие внутрибольничной инфекции в стационаре кратковременного круглосуточного пребывания центра амбулаторной хирургии ВГКП N7 способствует уменьшению осложнений, особенно таких, как гнойно-воспалительных. В раннем послеоперационном периоде парестезии, нарушения чувствительности чаще развивались на передней и латеральной поверхности бедра, невралгии – в области паха и мошонки. Данные беспокойства были временными и не ограничивали активность пациентов. Рецидивы грыж возникли у 6 (2,4%) больных в сроки от двух до шести месяцев. Причинами рецидивов косой паховой грыжи в одном случае стали нарушения фиксации имплантата к связке Купера, в другом – отрыв его от подвздошно-лонного тракта в результате подворота нижнего края раскрытого протеза. В 4 случаях с рецидивами прямых грыж новые ворота образовались медиальнее сетки при сохраненной ее фиксации. Причина – недостаточные размеры эндопротеза (6x11 см). В дальнейшем этим пациентам произведено устранение рецидива герниопластикой по Лихтенштейну. Средняя длительность послеоперационного пребывания пациентов в стационаре кратковременного круглосуточного пребывания ЦАХ ВГКП № 7 после лапароскопических герниопластик методом TAPP составила 1.3 дня. По нашему мнению, эндовидеохирургический метод лечения паховых грыж обоснован патогенетически. Лапароскопия обеспечивает хорошую визуализацию анатомических структур, позволяет произвести герниопластику с минимальной травматичностью и достаточной надежностью, способствует сокращению не только длительности пребывания в хирургическом стационаре, но и дней временной нетрудоспособности. Результаты оперативного лечения методом TAPP больных с паховыми грыжами в условиях центра амбулаторной хирургии ВГКП №7 позволяют сделать вывод о том, что применение этого малоинвазивного метода следует признать успешным и целесообразным у определенной категории пациентов.

218.10-летний опыт использования лапароскопической аппендэктомии в условиях городской многопрофильной больницы.

Уханов А.П., Захаров Д.В., Большаков С.В., Леонов А.Л., Соболева Л.М., Сергеев А.Л. Амбарцумян В.М.

Великий Новгород

Клиника № 1 ГОБУЗ "Центральная городская клиническая больница"

В отделении неотложной хирургии городской многопрофильной больницы за период с 2006 по 2015 годы оперировано 1617 больных острым аппендицитом, из них у 806 пациентов (49,8 %) предпринята лапароскопическая аппендэктомия и 811 больных оперированы открытым методом (50,2 %). Следует отметить, что на этапе внедрения эндовидеохирургической технологии показания к лапароскопической аппендэктомии были ограничены и ее выполняли у больных со сроком заболевания не более суток при отсутствии признаков распространенного перитонита. Доля лапароскопических операций в первые два года работы не превышала 40 %. В последующем, по мере набора опыта и совершенствования эндохирургической техники, показатель частоты использования лапароскопии повышался и в 2015 году эндовидеохирургические операции при остром аппендиците выполнялись у 85 % больных. Хирургическое лечение больных с четко установленным диагнозом острого аппендицита или вескими подозрениями на его наличие начинаем с диагностической видеолапароскопии, которая в большинстве переходит в лечебную и завершается малоинвазивным удалением червеобразного отростка. Следует отметить, что использование лапароскопии позволило значительно сократить количество случаев удаления малоизмененного червеобразного отростка. Так по нашим данным простой аппендицит отмечен лишь у 45 (5,6 %) больных из 806 больных оперированных эндовидеохирургически. Преобладали деструктивные формы воспаления, в частности флегмонозный аппендицит отмечен у 502 больных (62,2 %), гангренозный – у 222 (27,5 %) и у 82 пациентов (10,2 %) наблюдался гангренозный перфоративный аппендицит. Практически у трети оперированных (272 больных) деструктивный аппендицит было осложнен местным или диффузным перитонитом. Накопленный опыт позволяет нам успешно оперировать лапароскопическим методом больных с многосуточным аппендицитом (4-6 дней) осложненным формированием периаппендикулярного инфильтрата или абсцесса. Лапароскопическую аппендэктомию выполняли различными методами, но главными условиями считали надежную герметизацию культи червеобразного отростка, как правило, наложением интракорпорального шва, хороший гемостаз брыжеечки червеобразного отростка, для чего в ряде случаев использовали гармонический скальпель или аппарат LigaSure, тщательную санацию брюшной полости, особенно при наличии перитонита и дренирование брюшной полости при гангренозных формах аппендицита, вскрытии просвета аппендикса в процессе мобилизации или удалении его по частям, наличии периаппендикулярного абсцесса, местного или диффузного перитонита. Предпочитаем активные формы дренирования зоны операции с помощью полиэтиленовых контейнеров-гармошек. Среди 806 больных, которым предпринята лапароскопическая аппендэктомия, в 34 (4,2 %) случаях осуществлен переход на лапаротомный доступ. Осложнения в послеоперационном периоде встретились у 35 больных (4,3 %), в том числе кровотечение в брюшную полость у 1 (0,12 %), диффузный перитонит у 2 (0,25 %), абсцесс брюшной полости у 19 (2,4 %), нагноение троакарных ран – у 9 (1,1 %), спаечная кишечная непроходимость у 4 (0,5 %) больных. У 18-ти больных острым осложненным аппендицитом, когда во время выполнения лапароскопической аппендэктомии выявлены выраженные воспалительно-деструктивные

изменения в брюшной полости использовали методику программируемой релапароскопии. У 16 больных был гангренозный и у 2 больных флегмонозный аппендицит, осложненный перитонитом, периаппендикулярным инфильтратом либо абсцессом. Показанием к проведению программируемой релапароскопии является наличие неблагоприятных факторов, которые выявляются в процессе лапароскопической аппендэктомии, когда при видеоэндоскопической операции невозможно полное, одномоментное удаление инфицированного содержимого из брюшной полости, сюда относятся случаи перфоративного аппендицита с большим количеством калового содержимого, излившегося из просвета червеобразного отростка. Распространенный гнойный перитонит с большим количеством фибринозных наложений на петлях кишечника и париетальной брюшине также опасен в плане развития послеоперационных осложнений. При проведении релапароскопии производилось наложение карбоксиперитонеума через стандартный параумбиликальный доступ, который был использован при первичной операции, либо через дренажный катетер. При проведении релапароскопии обязательно осматривалась зона правой подвздошной ямки с ревизией брыжеечки отростка и культы аппендикса. Как правило, в этой области находили рыхлые фибринозные налеты на париетальной брюшине и петлях кишечника, в нескольких случаях имелись небольшие жидкостные скопления в области культы червеобразного отростка. При проведении релапароскопии старались максимально полно удалить фибринозные пленки и жидкостные скопления с помощью аспиратора-ирригатора и мягких кишечных зажимов. Последовательно осматривали и санировали все отделы брюшной полости, с особой тщательностью осматривалась область малого таза, правый боковой канал, диафрагмальная поверхность печени и петли кишечника. Среди 18 больных, которым выполнена программируемая релапароскопия в 14 случаях достаточным оказалось проведение одной повторной эндовидеохирургической санации брюшной полости. У четырех пациентов потребовалось проведение 2-х сеансов санационной релапароскопии. После проведения процедуры у больных отмечалась нормализация самочувствия в течении первых 2-х суток. 16 больных выписаны в срок до 10 суток после релапароскопии, за счет быстрого купирования воспалительной реакции со стороны брюшной полости. У 2 больных период госпитализации составил 14 и 16 дней. Таким образом, наш 10-летний опыт использования видеолапароскопии в лечении больных острым аппендицитом показывает, что эндовидеоскопическая технология должна быть приоритетным методом удаления червеобразного отростка, так как позволяет у большинства больных произвести полноценное хирургическое лечение с минимальным количеством послеоперационных осложнений.

219.10-летний период использования лапароскопической хирургии острого живота. Итоги и перспективы.

Уханов А.П., Захаров Д.В., Большаков С.В., Леонов А.Л., Соболева Л.М., Сергеев А.Л. Амбарцумян В.М., Чарчян Г.Л.

Великий Новгород

Клиника № 1 ГОБУЗ "Центральная городская клиническая больница"

Эндовидеохирургическая технология в диагностике и лечении острых хирургических заболеваний органов брюшной полости начала активно внедряться в практику отделения неотложной хирургии многопрофильной городской больницы с 2006 года и за 10 летний период было выполнено 2378 лапароскопических вмешательств по поводу заболеваний и травм живота. Наиболее часто лапароскопический метод использовали в лечении больных острым холециститом. При наличии клинических и ультразвуковых признаков холедохолитиаза, механической желтухи больным выполнялась эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХП и папиллосфинтеротомия. (ЭПСТ). После эндоскопической санации желчных протоков больным выполнялась лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Из общего количества оперированных больных острым холециститом ЛХЭ предпринята у 1375 (82,9 %), при этом у 5 больных выполнены лапароскопические вмешательства на внепеченочных желчных протоках, в частности холедохолитомия с холедохоскопией. Открытые оперативные вмешательства проводили в случаях неэффективности ЭРХПГ и ЭПСТ, а также когда предполагались трудности в лапароскопической санации желчных протоков или имелись противопоказания к эндохирургическим вмешательствам. Среди 1375 больных, которым предпринята ЛХЭ, переход на открытый доступ осуществлен у 38 (2,8 %) пациентов. Послеоперационные осложнения встретились у 52 больных (3,8 %), а показатель послеоперационной летальности составил 0,4 % (5 больных). Все умершие больные были старше 60 лет и причинами смерти явились экстраабдоминальные осложнения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Второе место по частоте использования эндохирургического метода занимают больные острым аппендицитом. Оперативное лечение больных с четко установленным диагнозом острого аппендицита или вескими подозрениями на его наличие начинаем с диагностической лапароскопии, которая в большинстве переходит в лечебную и завершается малоинвазивным удалением червеобразного отростка. Лапароскопическая аппендэктомия предпринята у 806 больных. Следует отметить, что использование лапароскопии позволило значительно сократить количество случаев удаления малоизмененного червеобразного отростка. Так по нашим данным простой аппендицит отмечен лишь у 45 (5,6 %) больных. Преобладали деструктивные формы воспаления, в частности флегмонозный аппендицит отмечен у 502 больных (62,2 %), гангренозный – у 222 (27,5 %) и у 82 пациентов (10,2 %) наблюдался гангренозный перфоративный аппендицит. Практически у трети оперированных (272 больных) деструктивный аппендицит было осложнен перитонитом, либо формированием периаппендикулярного инфильтрата или абсцесса. Лапароскопическую аппендэктомию выполняли различными методами, но главными условиями считали надежную герметизацию культи червеобразного отростка, как правило, наложением интракорпорального шва, хороший гемостаз брыжеечки червеобразного отростка, тщательную санацию брюшной полости, особенно при наличии перитонита и дренирование брюшной полости при гангренозных формах аппендицита, вскрытии просвета аппендикса в процессе мобилизации или удалении его по частям, наличии периаппендикулярного абсцесса, местного или диффузного перитонита. Среди 806 больных, которым предпринята лапароскопическая аппендэктомия в 34 (4,2 %) случаях осуществлен переход на лапаротомный доступ. Осложнения в послеоперационном периоде встретились у 35 больных (4,3 %), в том числе кровотечение в брюшную полость у 1 (0,12 %), диффузный перитонит у 2 (0,25 %), абсцесс брюшной полости у 19 (2,4 %), нагноение троакарных ран – у 9 (1,1 %), спаечная кишечная непроходимость у 4 (0,5 %) больных. Эндовидеохирургические вмешательства по поводу острого панкреатита предприняты у 84 больных. Показаниями к использованию лапароскопии явились ферментативный перитонит при подтвержденном диагнозе панкреонекроза, а также случаи, когда причина перитонита была не ясна и больным выполняли диагностическую лапароскопию с подозрением на другую острую хирургическую патологию органов брюшной полости. При выполнении лапароскопического

вмешательства у больных острым панкреатитом осуществляли аспирацию воспалительного экссудата и дренировали брюшную полость. Объем эндовидеохирургического вмешательства у больных с острой кишечной непроходимостью заключался в ревизии брюшной полости, оценке состояния кишечника, рассечении спаек и восстановлении пассажа кишечного содержимого. Среди 25 больных устранить непроходимость кишечника эндовидеохирургически удалось у 12 больных, в остальных случаях выполнена конверсия на открытый доступ. Начиная с 2013 года мы стали применять эндохирургическую технологию в лечении перфоративной язвы. Объем операции заключался в ушивании перфоративного отверстия одно- или двухрядным швом. Из 46 вмешательств полностью лапароскопическим способом выполнено 43 операции, в трех случаях потребовалась конверсия. Осложнение в виде недостаточности эндошва возникло у 1 больной, оперированной по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, осложненной пенетрацией и стенозом. Еще одной больной повторно оперирован в связи с остро развившимся пилородуоденальным стенозом, ему произведена резекция желудка в модификации Гофмейстера-Финстерера с хорошим результатом. В послеоперационном Лапароскопический метод использовали у 42 пациентов с открытыми и закрытыми повреждениями живота. С помощью эндовидеохирургического исследования у большинства больных был подтвержден проникающий или закрытый характер повреждения брюшной полости, при этом у 22 больных выявленные повреждения были устранены с помощью лапароскопического или лапароскопически ассистированного пособия. Таким образом, 10 летний опыт использования эндовидеохирургической технологии в отделении неотложной хирургии городской многопрофильной больницы показывает, что в лечении больных с острым аппендицитом и острым холециститом лапароскопия является методом выбора. Возможно и, даже необходимо, дальнейшее расширение объема ее использования в лечении прободных язв, кишечной непроходимости, острого панкреатита и травм живота, которое должно идти с обязательным анализом проведенных операций и совершенствованием эндохирургической техники.

220.Лапароскопическая диагностика и лечение синдрома непальпируемых яичек у детей

Полухов Р.Ш., Алибеков М.А.

Баку

Азербайджанский Медицинский Университет

Актуальность: Применение лапароскопии в диагностике синдрома непальпируемых яичек у детей создало переворот в диагностике и лечении абдоминального крипторхизма. До сих пор, в большинстве случаев, некоторыми методами исследования (УЗИ, КТ, МРТ) в диагностике синдрома непальпируемых яичек невозможно получить верную информацию касательно наличия яичка, его размещения и степени развития. А это приводит к выбору неадекватной тактики лечения. Применение широких паховый разрезов в лечении абдоминального крипторхизма в 20-70% приводит к различным осложнениям. С этой точки зрения в диагностике и лечении синдрома непальпируемых яичек лапароскопия не имеет альтернативы. Цель исследования: Улучшить результаты операции, применяя лапароскопию в диагностике и лечении синдрома непальпируемых яичек . Материал и методы: Из 312 детей, обратившихся в клинику с 2009 по

2015 г. с аномалией яичка, у 48 детей был определен синдром непальпируемых яичек. После комплексного обследования эти пациенты были подвергнуты диагностической лапароскопии. У 3 пациентов была установлена агенезия левого яичка, у 1 пациента - правого, у 19 пациентов был установлен односторонний крипторхизм, у 3 - двусторонний, у 22 пациентов было установлено поступление элементов семенного канатика из внутреннего отверстия пахового канала в паховый канал. Результаты и их обсуждение: 9 из 19 детей, у которых был обнаружен односторонний абдоминальный крипторхизм, была сделана одноэтапная операция Фаулер-Стефанса, а 10 из них двухэтапная операция Фаулер-Стефанса, у 2 пациентов, у которых был обнаружен двусторонний абдоминальный крипторхизм, 1 яичко было низведено одно этапно, а второе яичко - в два этапа, у 1 пациента оба яичка были низведены двух этапно. 22 пациентам, у которых в паховый канал поступали элементы яичка, была сделана открытая операция. При этом 9 пациентам, у которых яичко было выявлено в паховом канале, была сделана орхипексия, а у 13 пациентов был удален тестикулярный остаток. Продолжительность времени диагностической лапароскопии 6 ± 2 минут; одноэтапного низведения 61 ± 4 минут; операция Фаулер-Стефанса первый этап 10 ± 3 минут, второй этап 75 ± 6 минут; при двусторонний абдоминальный крипторхизме первый этап 18 минут, второй этап - 120 минут. В послеоперационный период у одного пациента, после одноэтапного низведения, отмечена атрофия яичка. Таким образом, использование лапароскопии при синдроме непальпируемых яичек у детей является незаменимым методом для определения места, состояния яичка и объема хирургического лечения.

221. Центр симуляционного обучения ФБГУ ВЦЭРМ им. А.М.Никифорова. Первый опыт работы.

Хохлов А.В., Лищенко В.В.

Санкт-Петербург

ФБГУ ВЦЭРМ им. А.М.Никифорова МЧС России, кафедра хирургии и инновационных технологий

Бурное развитие эндоскопических технологий в хирургии делает все более актуальной проблему обучения специалистов высокого уровня. Подготовка их возможна лишь в оснащенных дорогостоящим симуляционным оборудованием учебных центрах под руководством преподавателя-тренера, владеющим не только широким спектром практических навыков, но и способным привить их обучаемым. На базе Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины им. А.М.Никифорова МЧС России более года назад создан центр симуляционного обучения, имеющий 7 коробочных тренажеров, 1 лапароскопическую стойку с инсуффлируемым эндоторсом и виртуальный компьютерный симулятор. Было проведено 32 тематических занятия с хирургами центра, ординаторами и аспирантами, врачами из других лечебных учреждений. Опыт, полученный при функционировании центра, позволяет выделить основные положения, определяющие эффективность работы, в виде тезисов: 1. Наиболее эффективным является обучение в группах численностью 6-8 человек. Обязательное условие - наличие индивидуального рабочего места (тренажера или компьютерного симулятора) для каждого обучаемого. 2. Самая востребованная форма обучения - однодневные курсы продолжительностью 8 часов. 1,5 часа отводится для лекции и технического инструктажа, остальное время для работы на тренажере. Желательно теоретическую составляющую разбить на части и чередовать с практической

деятельностью. 3. Курсы, посвященные частным вопросам эндовидеохирургии, требуется сопровождать трансляцией "живой" хирургии, при невозможности трансляции – демонстрацией операций в записи с комментариями преподавателя. 4. Уровень освоения практических навыков должен быть максимально объективизирован. Для работы на тренажере - это время, затрачиваемое на выполнение того или иного упражнения, для виртуального симулятора - комплексный показатель, рассчитываемый компьютером в баллах или процентах. В начале занятия каждый из обучаемых сдает претест, в конце занятия - тест. Наглядность разницы показателей и элемент соревновательности с коллегами создает удовлетворенность достигнутыми результатами и способствует развитию мотивации для последующего обучения. 5. Курс "Основы лапароскопической хирургии" (Fundamentals of Laparoscopic Surgery, FLS) Американского общества гастроэнтерологов (SAGES) является наиболее апробированным, воспроизводимым и объективным для определения результатов. Он может использоваться для оценки практической обученности хирургов по эндовидеохирургии. 6. Коробочные тренажеры имеют преимущества перед виртуальными симуляторами, особенно в условиях малобюджетного центра. На симуляторе возможно лишь начальное обучение для овладения навыками работы с камерой, выполнения простых упражнений. Виртуальная симуляция немногочисленных типовых операций позволяет в занимательной форме изучить лишь последовательность выполнения их этапов. Визуальные и особенно тактильные ощущения по результатам многочисленных опросов курсантов радикально отличаются от реальных. Обучение навыкам интракорпорального шитья и завязывания узлов (наиболее сложным для практического освоения) возможно только на коробочном тренажере. 7. Закрепление, совершенствование и возобновление практических навыков, освоенных во время тематического симуляционного курса, требуется в условиях своего "домашнего" или установленного на рабочем месте в ординаторской тренажере, чаще всего самодельного. Инструкции по созданию тренажера в домашних условиях с низкими бюджетными затратами предлагаются на практическом занятии. 8. Работе центра симуляционного обучения может оказывать эффективную методическую помощь сотрудничество с компаниями-производителями эндоскопического оборудования, инструментария и расходных материалов. В программу цикла могут быть органично включены лекции об особенностях тех или иных продуктов компании, вместе с тем, решаются повседневные вопросы снабжения центра симуляционного обучения шовным материалом и одноразовыми инструментами. 9. Свою эффективность показала форма обучения, когда преподаватель демонстрирует отдельные наиболее сложные элементы упражнения на экране проектора, подключенного к коробочному тренажеру, а обучаемые, не покидая своего рабочего места, повторяют действия тренера по принципу «делай как я». Эндовидеохирургия в настоящее время не является отдельной врачебной специальностью, поэтому обязательный контроль уровня знаний и владения практическими навыками, сертификация по этому направлению деятельности не предусмотрены. В этой связи, актуальная проблема создания стройной национальной системы этапного обучения и тестирования эндовидеохирургов остается далека от решения. Для активного участия в системе непрерывного медицинского образования перспектива дальнейшего развития центра симуляционного обучения диктует необходимость его аккредитации со стороны Российского общества хирургов.

222. Принципы эндостазы у больных с синдромом портальной гипертензии, осложненным кровотечением из ВРВП, в хирургическом межрайцентре

Шмелев С.Н., Шапкин Ю.Г., Федоров В.Э., Урядов С.Е.

Саратов

СГМУ

Лечение больных портальной гипертензией, осложнившейся кровотечением из вен пищевода и желудка, является одной из актуальных и нерешенных проблем экстренной хирургии. Рост числа больных данной категории серьезно влияет на показатели летальности, а эффективных способов остановки кровотечений явно недостаточно. Именно поэтому на кафедре общей хирургии Саратовского государственного медицинского университета решено проанализировать опыт эндоскопического гемостаза при варикозно расширенных венах пищевода (ВРВП). Особенно важно, что накоплен опыт лечения данной патологии в хирургическом межрайонном центре, где эти пациенты концентрируются в значительном количестве. За период с 2011 по 2014 год в Городской больнице №1 г. Балаково эндоскопическое лигирование ВРВП выполнено 178 больным. С активным или состоявшимся кровотечением из ВРВП в клинику поступило 94 больных, из которых 88 (93,6%) пациентам выполнено их эндоскопическое лигирование. У 6 (6,4%) больных с декомпенсированным циррозом печени гемостаз достигнут постановкой зонда-обтуратора, им лигирование не выполнялось из-за тяжести состояния. 90 (50,6%) больным эндоскопическое лигирование ВРВП выполнялось с целью первичной профилактики кровотечения из вен. Эндоскопический контроль осуществляли через 30 дней после вмешательства. При необходимости выполняли дополнительное лигирование. Контрольные осмотры через 6, 12, 24 месяца после вмешательства проводились у 49 больных. При поступлении больного с кровотечением из ВРВП использовался алгоритм лечения, предусматривающий эндоскопическое лигирование после гемостаза с помощью зонда-обтуратора и стабилизации состояния больного. Рецидив кровотечения через 5 месяцев после лигирования отмечен у 1 (0,6%) больного с декомпенсированным циррозом класса С, а на протяжении второго года после лигирования – у 2 (1,1%) больных с циррозом класса С, завершившихся летальным исходом. Выводы: 1. Эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен пищевода целесообразно выполнять после достижения временного гемостаза зондом-обтуратором. 2. Эндоскопическое лигирование при кровотечениях из ВРВП позволяет избежать рецидива кровотечения у большинства больных.

223. Значение системы гемостаза при выполнении лапароскопических холецистэктомий

Шмелев С.Н., Шапкин Ю.Г., Федоров В.Э., Урядов С.Е.

Саратов

СГМУ

Актуальность: в настоящее время лапароскопическая холецистэктомия стала «золотым стандартом» при лечении желчнокаменной болезни. Большинство ограничений для ее

выполнения уходят в прошлое. В то же время на выполнение таких операций на фоне тяжелых сопутствующих заболеваний сопровождается риском развития осложнений со стороны системы гемостаза. Материал и методы. В клинике общей хирургии Саратовского государственного медицинского университета на базе Городской клинической больницы №2 г. Саратова в 2014 году прооперировано 106 больных с калькулезным холециститом, которым выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Возраст больных составлял 20 – 76 лет. Средний возраст – 48 лет. Женщин было 86 (81,1%), мужчин 20 (19,9%). Большинство пациентов - 104 (98,1%) имело сопутствующие заболевания, среди которых встречались заболевания сердечно-сосудистой системы (ИБС, гипертоническая болезнь, атеросклероз) - 52 (49,1%), ожирение – 27 (25,5%), сахарный диабет – 19 (17,9%), заболевания системы крови – 2 (1,9%), цирроз печени – 3 (3,8%) Помимо стандартного обследования перед оперативным вмешательством всем пациентам выполнялось исследование показателей системы свертывания крови, в которые входили показатели фибриногена, активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), протромбинового времени (ПВ) и времени свертывания крови (ВСК). У 75 (70,7%) пациентов показатели системы свертывания крови были в пределах нормы. Среди них у 50 (66,7%) не было сопутствующих болезней. У остальных 25 (33,3%) больных имелись различные заболевания желудочно-кишечного тракта, почек, щитовидной железы, гениталий у женщин. У 21 (19,8%) больных наблюдалась гиперкоагуляция. Из сопутствующих заболеваний в этой группе 17 (81%) пациентов имели заболевания сердечно-сосудистой системы и 4 (19%) пациента – ожирение 3 степени. Все пациенты данной группы находились в возрастном диапазоне 62 – 76 лет. Группа больных, у которых имелись явления гипокоагуляции составила 10 (9,4%) человек. Данная группа состояла из пациентов с циррозом печени, заболеваниями системы крови и сахарным диабетом. Вывод: Перед лапароскопической холецистэктомией состояние системы свертывания крови следует оценивать индивидуально с учетом сопутствующей патологии, так как одна патология сопровождается гиперкоагуляцией, другая - гипокоагуляцией. Назначение антикоагулянтной терапии у таких больных следует также проводить с учетом сопутствующих заболеваний, чтобы не спровоцировать интраоперационную кровоточивость или кровотечения во время операции и в раннем послеоперационном периоде.

224. Видеоэндохирургическое лечение осложненных форм грыж пищеводного отверстия диафрагмы

Черкасов Д.М., М.Ф. Черкасов, Ю.М. Старцев, С.Г. Меликова

Ростов-на-Дону

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность исследования. В настоящий момент грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) являются одной из наиболее распространенных хирургических патологий. Число больных, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), обусловленной наличием грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, неуклонно увеличивается и по распространенности занимает четвертое место среди гастроэнтерологической патологии после хронического холецистита,

хронического панкреатита и гастродуоденальных язв. По данным ряда авторов, распространенность ГЭРБ среди взрослого населения достигает 50%. Несмотря, на имеющийся опыт в проблеме лечения ГПОД, нерешенным остается определение тактики лечения осложненных ГПОД. Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных осложненными формами грыж пищеводного отверстия диафрагмы путем использования видеоэндохирургических методик. Материалы и методы. Представляем опыт 112 видеоэндохирургических вмешательств по поводу осложненных форм грыж пищеводного отверстия диафрагмы. Аксиальные грыжи отмечались у 94 пациентов, параэзофагеальные – у 18. По классификации Granderath и соавт., среди аксиальных грыж малые встречались у 37 (39,4%) пациентов, большие – у 52 (55,3%), гигантские – у 5 (5,3%), среди параэзофагеальных – у 12 (66,7%) больных имели место большие грыжи, у 6 (33,4%) – гигантские. Средний возраст больных составил $49,9 \pm 14,5$ лет. Частота заболевания как у мужчин (47,2%), как и у женщин (52,8%) была практически одинакова. При эндоскопическом исследовании рефлюкс-эзофагит легкой степени тяжести выявлен у 24 пациентов (21,4%), средней тяжести – у 67 (59,9%), тяжелая степень наблюдалась у 21 (18,7%). Результаты. В лечении ГПОД следует применять комплексный подход. Поскольку, на первый план в клинике грыж пищеводного отверстия диафрагмы выходят симптомы гастроэзофагеального рефлюкса, консервативное лечение главным образом направлено на их устранение, что достигается применением комплекса диетических мероприятий, а также медикаментозной терапии, которая должна быть направлена на снижение кислотности желудочного сока, нейтрализацию выработанной соляной кислоты и ускорение эвакуации пищи из желудка. У 112 пациентов не удалось добиться существенного положительного результата после проведения длительной медикаментозной терапии, им всем выполнена операция Ниссена или Ниссена-Розетти из лапароскопического доступа. Мы придерживались общепринятых показаний к хирургическому лечению грыж пищеводного отверстия диафрагмы: неэффективность многократных курсов консервативного лечения; наличие осложнений ГПОД (эзофагит, эрозии и язвы пищевода, анемия, кровотечения); большие размеры грыжи, ее фиксация в грыжевых воротах; параэзофагеальная грыжа; метаплазия слизистой пищевода (пищевод Барретта). Интраоперационные кровотечения отмечены у 12 (10,7%) пациентов, в связи с этим, у 6 пациентов выполнена конверсия, у 2 пациентов причиной конверсии стал выраженный спаечный процесс. В ближайшем послеоперационном периоде осложнений не отмечено. Послеоперационный койко-день у пациентов с ГПОД, оперированных из лапароскопического доступа, составил $5,2 \pm 0,6$. В отдаленные сроки у 2 больных (1,8%) возникли рецидивы заболевания, связанные с феноменом «соскальзывания манжетки». Данным пациентам произведено повторное оперативное вмешательство из лапаротомного доступа. При наличии пищевода Барретта у 16 пациентов в послеоперационном периоде проводилась аргон-плазменная коагуляция очагов метаплазии и последующая медикаментозная терапия. Выводы. Лечение больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью имеет комплексный подход, которое следует начинать с консервативной терапии. При отсутствии эффекта от неоднократной длительной медикаментозной терапии, частых рецидивах, выраженной клинической картине рефлюкс-эзофагита следует применять оперативное лечение. Видеоэндохирургические вмешательства являются операциями выбора при лечении больных осложненными формами ГПОД. При наличии пищевода Барретта в послеоперационном периоде показано применение аргон-плазменной коагуляции, а также проведение медикаментозной терапии.

225.Лечение пищевода Барретта с использованием видеоэндоскопических технологий

Черкасов Д.М. , М.Ф. Черкасов, Ю.М. Старцев, А.В. Скуратов, С.Г. Меликова

Ростов-на-Дону

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность исследования. Пищевод Барретта – это приобретенное состояние, развивающееся в результате замещения разрушенного многослойного плоского эпителия пищевода цилиндрическим эпителием. Пищевод Барретта является осложнением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), возникающей в подавляющем большинстве случаев на фоне грыж пищеводного отверстия диафрагмы. У 15% больных ГЭРБ приводит к развитию пищевода Барретта. Данное состояние является облигатным предраком и может приводить к развитию аденокарциномы пищевода. Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов с пищеводом Барретта путем использования видеоэндохирургических технологий и применения аргон-плазменной коагуляции. Материалы и методы. В хирургическом отделении клиники Ростовского государственного медицинского университета проходили лечение 16 пациентов с диагнозом пищевод Барретта, который был подтвержден данными эндоскопического и иммуногистохимического исследования биоптатов слизистой пищевода, в которых обнаруживался метаплазированный эпителий кишечного типа. Первым этапом всем пациентам выполнена операция Ниссена или Ниссена-Розетти из лапароскопического доступа, заключающаяся в восстановлении функции кардиального сфинктера, устранение гастроэзофагеального рефлюкса и клинических проявлений. А в послеоперационном периоде, через 1-2 месяца, всем пациентам применялась эндоскопическая аргон-плазменная коагуляция очагов метаплазии эпителия пищевода. АПК проводили в режиме FORCED (мощность 30 – 32 Вт с расходом аргона 2 – 2,2 л/мин). За 1 сеанс проводилась коагуляция пораженного участка площадью не более 4 см². При проведении АПК воздействие начинали с краев метапластического сегмента, что позволяет четко отграничить патологический очаг, который требует абляции. Также в послеоперационном периоде продолжала проводиться медикаментозная терапия, направленная на снижение кислотности желудочного сока, нейтрализацию выработанной соляной кислоты и ускорение эвакуации пищи из желудка. Средний возраст пациентов составил 52,6±12,7 лет. Частота заболевания у мужчин составила 53,2%, у женщин - 46,8 %. Практически все пациенты отмечали длительный анамнез симптомов ГЭРБ. Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде осложнений лечения не отмечено. Время манипуляции составляло около 5—7 мин. Всем пациентам курсы АПК проводились в амбулаторных условиях под в/в седацией. Болевой синдром после проведения АПК отмечался у 2-х пациентов, но купировался в течение 10-15 мин применением антацидных препаратов с анестетиком. После выполнения эндоскопической аргон-плазменной коагуляции все пациенты возвращались к привычной деятельности на следующий день. Непосредственные результаты лечения оценивались через 1 месяц после АПК по данным эзофагоскопии и гистологического исследования биоптатов. У каждого пациента проводился контроль за регрессией сегментов пищевода Барретта с использованием пражских критериев. При необходимости, в зависимости от длины сегмента выполнялись повторные курсы каждые 1 - 1,5 месяца. За 1 сеанс площадь коагуляции пораженного участка составляла не более 4 см². У 12 пациентов курс лечения аргон-плазменной коагуляцией полностью завершен. У данных пациентов отмечается полная регрессия

метаплазированного эпителия и замещение его типичным многослойным плоским эпителием, подтвержденная гистологическим исследованием. Еще 4 пациента продолжают лечение. Наши сроки наблюдения составили до трех лет, за которые, ни у одного пациента не отмечено рецидива метаплазии. Выводы. Всем пациентам с пищеводом Барретта показано хирургическое лечение. Видеоэндохирургические вмешательства (операция Ниссена или Ниссена-Розетти) являются операциями выбора при лечении больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, осложненных пищеводом Барретта. В послеоперационном периоде показано применение эндоскопической аргон-плазменной коагуляции, которое должно проводиться поэтапно, с интервалами 1-1,5 месяца, с эндоскопическим и гистологическим контролем, позволяющим оценить регрессию метаплазии. За 1 сеанс площадь коагуляции метаплазированного участка не должна составлять более 4 см². Также в послеоперационном периоде должна проводиться медикаментозная терапия, направленная на снижение кислотности желудочного сока, нейтрализацию выработанной соляной кислоты и ускорение эвакуации пищи из желудка.

226. Развитие лапароскопической хирургии в Липецком областном онкологическом диспансере.

Шинкарев С.А. , А.В. Ботов

Липецк

Липецкий областной онкологический диспансер

В Липецком областном онкологическом диспансере в 2012 году на уровне администрации принято решение о внедрении лапароскопических вмешательств в повседневную практику. Был разработан и реализован ряд административно-хозяйственных, организационных и кадровых решений. Основным способом обучения стал метод «из рук в руки». Хирург, владеющий лапароскопическими вмешательствами, на первом этапе освоив традиционные онкологические вмешательства, и постепенно начал выполнять малоинвазивные операции. На втором этапе в каждом отделении было выделено и обучено лапароскопическим навыкам по одному хирургу. На третьем этапе лапароскопические навыки осваиваются практически всеми хирургами онкологических отделений. Динамика лапароскопических вмешательств с 2012 года по август 2015год: экстирпация матки с 16 до 56; расширенная экстирпация матки с 0 до 15; нефрэктомия с 2 до 34; резекция почки с 0 до 14; операции на ободочной кишке с 9 до 32; операции на прямой кишке с 0 до 18; резекции желудка с 0 до 9; всего с 57 до 215. В 2015году выполнены радикальные простатэктомия, гастрэктомия, дистальная резекция поджелудочной железы. Процентное соотношение лапароскопических и открытых вмешательств на август месяц 2015года: экстирпация матки-29,9%; расширенная экстирпация матки-21,1%; удаление кист яичников и транспозиция яичников-100%; овариоэктомия при рмж, перевязка ВПА, тазовая ЛАЭ- 100%; радикальная простатэктомия – 16%; нефрэктомия -65,4%; резекция почки-34,1%; операции при раке прямой кишки-21,2%; операции при раке ободочной кишки-37,9%; резекция желудка-13,6%; гастрэктомия-3,3%; абдоминальный этап операции Льюиса- 50%; дистальная резекция поджелудочной железы-33,3%. Выводы: метод освоения лапароскопических операций «из рук в руки» показал свою практическую значимость на примере областного онкологического диспансера.

227.ПУНКЦИОННО – ДРЕНИРУЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ МОЧЕТОЧНИКОВ

Курбонов К.М., Аминов А.А., Назирбоев К.Р.

Душанбе, Таджикистан

Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино

Цель исследования – улучшение результатов комплексного лечения больных с ятрогенными повреждениями мочеточников с применением миниинвазивных вмешательств. Материал и методы: Располагаем опытом диагностики и лечения 17 больных с ятрогенными (перевязка) повреждениями мочеточников. Мужчин было 2 (11,7%), женщин – 15 (88,3%). Возраст больных составил от 20 до 76 лет. Детальный и всесторонний анализ показало, что причинами перевязка мочеточников возникло вследствие оперативных вмешательств на органах малого таза: внезапно развившейся профузное кровотечение на фоне ампутации матки и кесарево сечении (n=7), объёмные образования, существенно изменяющие анатомию – в 3 случаях опухоль колоректального отдела прямой кишки (n=2) и миома матки (n=1), тактические и технические врачебные ошибки (n=5). В 7 наблюдениях было одностороннее, а в – 8 случаях двухстороннее перевязка мочеточников. Для диагностики повреждений мочеточников наряду с клиническим проявлением заболевания и объективными данными важное значение имеют дополнительные методы исследования такие как УЗИ, видеолапароскопия, а также специальные урологические методы. Результаты. Комплексное УЗИ позволило выявить во всех случаях ультразвуковые признаки гидроуретеронефроза. При выполнении экскреторной урографии выявляли наличие обструкции, ее локализацию, характер, протяженность, степень расширения мочеточника, чашечно-лоханочной системы и количество функционирующей паренхимы, а также функцию противоположной почки. Клиническое течение послеоперационного гидронефроза обусловленное перевязкой мочеточника характеризовалось выраженным болевым синдромом в поясничной области соответствующей почки в 8 наблюдениях, а в 5 –и почечной коликой, тахикардией (n=9), повышением температуры (n=8) снижением диуреза (n=7). В 9 наблюдениях отмечали изменения в моче в виде гематурии и лейкоцитурии. Умеренный парез тонкой кишки наблюдали у 2 пациентов. В клинической картине заболевания также доминировали диспепсические явления, тошнота (n=9) и рвота (n=10). Объем оперативных вмешательств во всех случаях связи с наличием имеющего локального воспалительного и инфильтративного процесса в зоне перевязка мочеточников и окружающих тканей первично заключалось наружное выведение мочи. Под УЗ – контролем выполнено чрескожно – чреспочечную нефростомию с последующем на втором этапе после стихания воспалительного процесса и восстановления нормальной анатомической структуры мочеточника и окружающей её тканей производили восстановительные вмешательства на мочевыводящей системы. Выводы. Таким образом, применение современных миниинвазивных вмешательств является высокоинформативным и малотравматичным методом диагностики и лечения больных с ятрогенными повреждениями мочеточников.

228. Опыт применения минимальноинвазивных технологий в хирургическом лечении перфоративных гастродуоденальных язв

Тихомиров М.В., Мамакаев В.В., Набиуллин И.Р., Сатинов А.В., Тихомиров В.М.

Нижневартовск

БУ ХМАО-Югры Нижневартовская окружная клиническая больница

Количество операций при перфоративной язве на протяжении последних десятилетий держится на уровне 7,5-13,0 на 100000 человек. Важной задачей хирургии сегодня является внедрение и использование минимальноинвазивных способов оперативного лечения, в том числе в условиях оказания ургентной помощи. В БУ «Нижневартовская окружная клиническая больница» используются два миниинвазивных способа хирургического лечения перфоративной гастродуоденальной язвы. При отсутствии противопоказаний приоритетным является видеолапароскопическое ушивание перфоративной язвы. Наличие таких противопоказаний как – большой диаметр перфоративного отверстия, наличие противопоказаний к пневмоперитонеуму, а также отсутствие в дежурной бригаде хирургов владеющих навыками лапароскопических операций – является показанием к ушиванию перфоративной язвы и санации брюшной полости из минилапаротомного доступа. Операции из минидоступа проводятся с использованием комплекта «Мини-Ассистент» (М.И. Прудкова). Для определения противопоказаний применяем шкалу оценки тяжести перитонита у пациентов с перфоративной гастродуоденальной язвой (получен патент РФ на изобретение): 1. Оценка времени прошедшего с момента перфорации – каждый час + 1 балл 2. Оценка распространенности перитонита – каждые 100 мл выпота + 1 балл 3. Оценка перитонита по характеру выпота в бр. полости: Серозный выпот, либо желудочное содержимое + 0 баллов Серозно-фибринозный выпот + 5 баллов Гнойно-фибринозный выпот + 10 баллов 4. Оценка перитонита по тяжести клинических проявлений: Перитонит без явлений абдоминального сепсиса +0 баллов Перитонит с явлениями абдоминального сепсиса +10 баллов Противопоказания к операции из мини-доступа: абсолютные – Сумма более 11 баллов, подозрение на перфорацию опухоли, атипичные перфорации; относительные – вес более 80 кг, перенесенные операции на бр. полости, сроки заболевания свыше 6ч. В 2015г. в БУ «Нижневартовская окружная клиническая больница» выполнено 36 ушиваний перфоративных гастродуоденальных язв. Видеолапароскопическое ушивание перфорации выполнено у 21 пациента (58,3%), ушивание и санация брюшной полости из минилапаротомного доступа выполнено у 4 пациентов (11,1%). Из традиционного верхнесрединного доступа оперировано 11 пациентов (30,6%). Все оперированные традиционно имели противопоказания для миниинвазивных операций. В 63,6% случаев, это явления абдоминального сепсиса. При анализе историй болезни пациентов оперированных миниинвазивно получили следующие результаты: 1. Видеолапароскопическое ушивание перфоративной язвы - среднее время операции $68,3 \pm 2,1$ мин., средний срок пребывания в ОАР – $98,4 \pm 5,6$ мин., средние сроки госпитализации $8,6 \pm 0,3$ койко-дней. 2. Ушивание перфоративной язвы из минидоступа - средняя величина доступа составила $30,8 \pm 0,6$ мм, среднее время продолжительности операции $37,6 \pm 2,6$ мин., средний срок пребывания в ОАР – $88,3 \pm 5,5$ мин, Средние сроки госпитализации - 5 койко-дней. У пациентов оперированных миниинвазивно, традиционно наблюдали менее выраженный болевой синдром в послеоперационном периоде и как следствие меньшее использование анальгетиков, осложнений и летальных исходов не

наблюдала. Каждая, из используемых нами, минимальноинвазивных методик имеет свои преимущества и недостатки, показания и противопоказания. Однако, сочетанное их применение в стационаре, позволило нам в 2015г. выполнить миниинвазивные вмешательства при перфоративной гастродуоденальной язве в 69,4% случаев, без роста числа осложнений.

229. ДВУХЭТАПНЫЕ МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ

Курбонов К.М., Назирбоев К.Р., Гаюров У.Х.

Душанбе, Таджикистан

Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино

Цель исследования – улучшение результатов комплексного лечения больных с острым гнойным холангитом. Материал и методы: Основу клинического материала составили наблюдения и лечения за 120 больных с ОГХ. Из 120 пациентов 102 (85%) – составили женщины и 18 (15%) – мужчины. При детализации причин ОГХ было установлено, что основу развития составляет желчнокаменная болезнь и осложнения имеющие место у 83 (69%) больных. В 18 (15%) случаях причиной заболевания являлось стриктуры желчных протоков воспалительного характера обусловленной их повреждениями, в 12 (10%) стеноз и в 7 (6%) рестеноз БДС. Наличие ОГХ установили на основании клинико-лабораторных показателей эндотоксемии, комплекса инструментальных методов исследования УЗИ, МРТ, ЭРПХГ и ЧЧХ. Результаты. В зависимости от тяжести механической желтухи, эндогенной интоксикации и степени тяжести печеночной недостаточности и операционно-анестезиологического риска у больных с ОГХ применяли двухэтапных оперативных вмешательств. Из-за тяжести эндотоксикоза и общего состояния больных в 61 наблюдениях из 120 больных выполняли двух этапные оперативные вмешательства. На первом этапе производили декомпрессию желчных протоков с наружным отведением токсичной желчи миниинвазивными методами – ЭПСТ (n=41) и ЧЧХ (n=20). После снижения эндотоксемии, гипербилирубинемии и улучшения общего состояния больных через 3-7 суток после первичных оперативных вмешательств выполняли холецистэктомию с формированием наружного дренажа холедоха (n=9) холедоходуоденоанастомоза (n=29) и Y-образного гепатикоеюноанастомоза (n=8). При этом в 29 наблюдениях второй этап операции выполняли из минидоступа. Одноэтапные оперативные вмешательства при ОГХ выполняли 40 больным (34 %). При этом в 14 случаях операции производили из традиционного открытого доступа в 32 из минилапаротомного доступа. В 19 наблюдениях ЭПСТ с назобилиарным дренированием желчных протоков являлось первым и окончательным методом радикального лечения ОГХ. Выводы. Двухэтапные оперативные вмешательства с использованием минилапаротомного доступа при остром гнойном холангите позволяют выполнять полный объем манипуляций на желчных протоках, являются малотравматичной и сопровождаются меньшим числом осложнений.

230. ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ ЛЕЧЕНИЯ РАН ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ КАК СПОСОБА ВРЕМЕННОГО ЗАКРЫТИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ГНОЙНО-ФИБРИНОЗНЫМ КАЛОВЫМ ПЕРИТОНИТОМ.

Нишневич Е.В., Таскаев И.А., Багин В.А.

Екатеринбург.

МАУ ГКБ № 40. Кафедра Хирургических болезней ФПК и ПП, ГБОУ ВПО УГМУ МЗ РФ.

Актуальность проблемы лечения перитонита не вызывает сомнений. Развитие перитонита по-прежнему является одной из основных причин неотложной госпитализации в хирургический стационар, и составляет 10-25% экстренных хирургических больных. Оперативное лечение пациента с перитонитом нередко требует проведения повторных вмешательств, что в свою очередь поднимает перед хирургом вопрос о способах временного закрытия брюшной полости между санациями. На сегодняшний день имеется множество разных способов временного закрытия брюшной полости, но наиболее перспективным, является применение метода лечения отрицательным давлением. Методы. С декабря 2013 по ноябрь 2015г., 10 больным, применена технология лечения, с использованием системы лечения ран отрицательным давлением. Показание к использованию метода: проведения повторных санаций брюшной полости - как способ временного закрытия брюшной полости между санациями. В числе пациентов – 5 мужчин и 5 женщин. Средний возраст составил 65 лет (от 25 до 86 лет). У всех пациентов при поступлении имелась клиника септического шока, СПОН. 8 из 10 пациентов поступили в клинику в сроки более 48 часов от начала заболевания, 2 из 10 пациентов оперированы в первые 6 часов от начала заболевания. Причины перитонита в исследуемой группе: Несостоятельность десцендо-ректоанастомоза 1 пациент; Перфорация опухоли сигмовидной кишки 1 пациент; Перфорация опухоли прямой кишки 1 пациент; Перфорация сигмовидной кишки на фоне лучевого колита 1 пациент; Перфорация дивертикулов сигмовидной кишки 4 пациента; Перфорация восходящего отдела ободочной кишки 1 пациент. Исходно пациенты имели следующие средние показатели по шкале SOFA – 6 баллов (от 4 до 8), по APACHE II – 18 (от 14 до 31), по SAPS II – 50 (от 37 до 71), по Мангеймскому индексу перитонита – 37 (от 28 до 47). После ликвидации первичного источника перитонита в рамках Damage control, устанавливалась система лечения ран отрицательным давлением. Использовалась система фирмы Hartmann, состоящая из специальной микроперфорированной полиэтиленовой пленки, которая укладывается поверх петель кишечника; гидрофобной полиуретановой губки, герметизирующей пленки и вакуум-аппарата Vivano Тес, с заданным, постоянным уровнем отрицательного давления – 85 мм. рт. ст. В последующем всем пациентам выполнялись плановые этапные санации брюшной полости 1 раз в 48±12 часов. В целом протокол терапии соответствовал рекомендациям Surviving Sepsis Campaign 2012. Результаты. В исследуемой группе умерло 5 пациентов (летальность 50%), Медиана длительности госпитализации в палате РАО составила 8 суток (от 5 до 17). В среднем потребовалось выполнение 2 (от 1 до 3) санаций до появления признаков регресса воспалительного процесса, что у всех пациентов позволило закрыть брюшную полость. У всех пациентов отмечены признаки регресса перитонита, на момент последней санации Мангеймский индекс составил в среднем 22 (от 16 до 28). Также получен умеренный регресс в течении полиорганной недостаточности. К моменту закрытия брюшной полости средние баллы по шкале SOFA составили 5 баллов (от 3 до 6), по APACHE II – 20 (от 12 до 28), по SAPS II – 42 (от 20 до 64). Получено 1 осложнение – краевой некроз париетальной брюшины в зоне прилегания губки –

причина увеличение давления до -95 мм. рт. ст. Ни в одном случае не было нагноения срединной раны. Заключение 1.Методика является эффективным способом временного закрытия брюшной полости между санациями 2.Позволяет надежно контролировать течение воспалительного процесса в брюшной полости и не приводит к ухудшению тяжести состояния 3.Для получения надежных результатов об эффективности технологии требуется проведение проспективного контролируемого исследования

231.РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПОГРУЖНОГО МЕТОДА ОБРАБОТКИ КУЛЬТИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ

Манн М.Л., Нишневич Е.В., Салемянов А.З.

Екатеринбург

ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России Кафедра хирургических болезней ФПК и ПП МАУ ГКБ№ 40

Цель: изучить клинические результаты применения погружного метода обработки культи червеобразного отростка при лапароскопической аппендэктомии у больных острым аппендицитом
Материалы и методы : выполнен анализ 47 лапароскопических аппендэктомий с использованием метода погружения культи червеобразного отростка у больных острым аппендицитом. Возраст пациентов составил от 15 до 69 лет, из них 28 женщин и 19 мужчин. Лапароскопическую аппендэктомию выполняли по оригинальной методике с погружением культи червеобразного отростка. Для введения оптической системы использовали 10 мм троакар, который устанавливали на 1 см выше пупка. Второй 10 мм троакар для введения манипулятора и дальнейшего извлечения препарата устанавливали в левой подвздошной области по среднеключичной линии на уровне верхней передней подвздошной ости. Особенность операции заключалась в том, что 5мм троакар устанавливали в правом подреберье по парастеральной линии. Такое положение 5мм троакара, который использовали для введения иглодержателя, позволяло создать оптимальный угол операционного действия для последующего наложения эндоскопического шва. Формирование культи червеобразного отростка осуществляли лигатурным способом с использованием биodeградирующей нити. Погружение культи червеобразного отростка выполняли с помощью интракорпорального лапароскопического S-образного шва с использованием монофиламентной нити с длительным сроком рассасывания (90-120 дней) . В послеоперационном периоде оценивали: потребность в анальгетиках, выраженность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), темпы купирования воспалительного синдрома, длительность пребывания в стационаре. Воспалительный синдром оценивали по скорости нормализации температуры тела и показателя лейкоцитов крови. Для определения наличия воспалительных изменений в брюшной полости в зоне оперативного вмешательства всем пациентам в послеоперационном периоде выполняли УЗИ брюшной полости Для оценки клинических результатов была сформирована контрольная группа, которую составили 47 пациентов оперированных по стандартной методике лапароскопической аппендэктомии с обработкой культи червеобразного отростка лигатурным методом. Группы были сопоставимы по антропометрическим показателям, длительности заболевания, морфологическим формам аппендицита. Результаты: средняя продолжительность операции в основной группе составила 48

± 11 мин, в контрольной группе- $41 \pm 7,6$ мин. У больных с применением погружного метода обработки культи червеобразного отростка болевой синдром по ВАШ был достоверно менее выраженным. Средний койко-день в основной группе составил $2,5 \pm 0,6$, в контрольной группе $3,8 \pm 1,6$. Интраоперационных осложнений и конверсий доступа в обеих группах отмечено не было. У одной пациентки основной группы без наличия клинических и лабораторных проявлений по данным УЗИ был выявлен рыхлый инфильтрат брюшной полости, который регрессировал на фоне применения антибактериальной терапии. В контрольной группе рыхлый инфильтрат был выявлен в трех случаях, причем в одном из них сопровождался клиническими проявлениями- наличием болевого и воспалительного синдромов. Инфильтраты также регрессировали на фоне приема антибактериальной терапии. Выводы: применение погружного метода обработки культи червеобразного отростка может служить хорошей альтернативой лигатурному способу, однако требуется дальнейшее изучение результатов данного метода.

232. ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДИВЕРТИКУЛОВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Богомолов Н.И.¹, Богомолова Л.В.², Томских Н.Н.¹

Чита

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия МЗ РФ¹, ГУЗ Краевая больница № 2 МЗ Заб. Края²

Дивертикулы 12-перстной кишки стали встречаться часто, на наш взгляд, потому, что доступным стало эндоскопическое исследование верхнего отрезка пищеварительного тракта. Эта патология, в большинстве своём, не имеет патогномичной клинической симптоматики. Вместе с тем, редкие, но грозные осложнения (перфорация, кровотечение) могут угрожать жизни пациента, если своевременно их не предупредить радикальной операцией. Вторая проблема, которую они создают при парафатериальной локализации, это невозможность или опасность выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии и нарушение пассажа желчи из протоковой системы, включая дисфункцию сфинктера Одди. В отечественной литературе мало фундаментальных публикаций на эту тему. Наиболее значимая – монография Земляного А.Г., результат его докторского исследования, но она выполнена до «эры» современной фиброэндоскопии. Поэтому личный 40-летний опыт диагностики и лечения дивертикулов 12-перстной кишки может представить практический интерес для врачей многих специальностей. По материалам трёх клиник мы располагаем опытом диагностики и лечения дивертикулов 12-перстной кишки у 79 человек. Мужчин было 38, женщин-41 в возрасте от 28 до 89 лет. Одиночные дивертикулы были у 58, множественные (два и более) – у 21 пациентов. У одной пациентки дивертикул сочетался с неврилеммой (шванномой, ГИСО) 12-перстной кишки, осложнявшейся многократным кровотечением (это наблюдение ранее нами описано на страницах Забайкальского медицинского вестника), у 6 – с язвой 12-перстной кишки. Первичная диагностика осуществлена рентгеноскопией (графией) у 34 больных, в последующем подтверждена эндоскопическим исследованием, и дуоденоскопией – у всех пациентов. Парафатериальное расположение дивертикула отмечено у 29 пациентов, внутривертикалярная локализация большого дуоденального сосочка (БДС) имело место у 6 человек. У 19 пациентов имелась и

желчнокаменная болезнь, в том числе у 9 с холедохолитиазом и желтухой. У 4-х пациенток обнаружен сопутствующий дивертикулёз ободочной кишки. При анализе клинической картины патогномичных симптомов выявить не удалось. Практически во всех наблюдениях дивертикулы 12-перстной кишки оказались находкой при обследовании пациентов. Хирургическое лечение предпринято у 23 человек. В двух случаях удалось иссечь дивертикул, поскольку он располагался внутрибрюшинно (у одной из них вместе с ГИСО). Четырём пациентам сделана резекция желудка на выключение 12-перстной кишки по Бильрот – 2. Процедуру Ру использовали у 2, Бальфура – у 1 и Гофмейстер-Финстерера – у одной пациентки. Повторные операции в связи с жизнеопасными осложнениями послеоперационного периода потребовались двум больным. Во всех случаях дивертикул остался, удалить его не представлялось возможным. Ещё у трёх человек с множественными дивертикулами операция закончилась пробной лапаротомией. У одного из них (б-ной С., 62 лет) на операции обнаружена аномалия развития ободочной кишки, ранее клинически не проявлявшаяся, брыжейка у поперечноободочной кишки отсутствовала и этот отдел располагался забрюшинно, прикрывая 12-перстную кишку. В послеоперационном периоде его ещё дважды пришлось оперировать из-за ранней спаечной кишечной непроходимости, завершающим пособием была интестинопликация по Ноблю-Чайлдс-Филлипсу в модификации клиники общей хирургии. У 10 больных операция ограничилась холецистэктомией с холедохолитотомией у 5, дивертикулы выделить и резецировать не удалось, поскольку они уходили в головку поджелудочной железы. Одной пациентке сделана ЭПСТ, поскольку камень из-за его гигантских размеров извлечь не удалось, вторым этапом выполнена открытая холецистэктомия с холедохолитотомией. Трём пациентам выполнены различные варианты ваготомии. Во всех случаях применялась интраоперационная дуоденоскопия для облегчения поиска дивертикулов. Таким образом, у большинства больных дивертикулы 12-перстной кишки располагались забрюшинно, уходили в головку поджелудочной железы, вследствие чего удалять их было опасно и хирурги поступили разумно, отказавшись от этой процедуры. Как морфологическая структура дивертикул, безусловно, слабое место желудочно-кишечного тракта. «Где тонко – там и рвётся», так гласит пословица, однако жизнь показала, что не так часто встречаются жизнеопасные осложнения этой патологии. «Семь раз отмерь, один раз отрежь», и эта поговорка как нельзя кстати. Поэтому наблюдение больных с дивертикулами 12-перстной кишки – неплохое решение проблемы. Мы полагаем, что тракционные дивертикулы, уходящие в головку поджелудочной железы, сформировались в ходе фиброза – рубцевания ткани железы на месте очагового панкреонекроза. Рубцовая ткань втянула стенку двенадцатиперстной кишки и сформировала дивертикул. У 74% пациентов в анамнезе есть указание на перенесенный панкреатит. Это наша гипотеза, возможно, есть и иные причины формирования дивертикулов двенадцатиперстной кишки. Таковы наши выводы, жизнь проверит их на прочность.

233. ПОЛИПЫ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Богомолов Н.И.

Чита

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия

Желчные протоки - редчайшая локализация для железистых полипов желудочно-кишечного тракта. Цель – поделиться личным опытом диагностики и лечения полипов желчных протоков. Материал и методы. За 44 - летний опыт работы хирургом и эндоскопистом у 4 больных выявлены полипы желчных протоков при холедохоскопии (746 исследований) во время операций на внепечёночных желчных протоках. У одной пациентки с кистами внутривнутрипечёночных протоков только в левой доле печени (болезнь Кароли) было обнаружено и иссечено два железистых полипа, один из которых локализовался в левом печёночном протоке, а второй (большой) в общем печёночном. Для сравнения, за это же время количество больных, у которых диагностированы железистые полипы желудка, прямой и ободочной кишки насчитываем более четырёх тысяч. У всех больных с полипами желчных протоков была желтуха умеренной интенсивности. Диагноз установлен интраоперационно при гепатико- или холедохотомии и фиброхолангиоскопии. Через первичный доступ удалось иссечь и удалить 4 полипа, и у одной пациентки предпринята гепатикотомия, выше холедохотомного первичного доступа для радикального иссечения опухоли. Во всех случаях гистологическое заключение свидетельствовало о наличии железистых полипов, размеры которых в длину колебались от 6 до 17 мм, имелись все структурные элементы такой опухоли: тело, ножка, верхушка. В срок 4 и 12 лет обследовано 2 человека, данных за рецидив по результатам УЗИ, КТ, РХПГ нет. Следовательно, причиной желтухи могут быть и полипы желчных протоков, диагностировать их можно только с помощью фиброхолангиоскопии. Необходимо помнить, что железистый полип считается предраком и удаление его – надёжная профилактика холангиогенной карциномы.

234. ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕТЕРОТОПИИ ТКАНИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Богомолов Н.И.

Чита

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия

Гетеротопия (эктопия; добавочная, аберрантная поджелудочная железа) ткани поджелудочной железы обнаруживается в 0,25% резецированных желудков (Нагайо, 1981). В.А.Самсонов (1977, 1989) описал 2 случая в желудке и 1 – в двенадцатиперстной кишке. Гетеротопические очаги чаще бессимптомные, иногда могут стать причиной кровотечения, изъязвления и непроходимости; описаны случаи перерождения в карциному, карциноид, аденому с гиперинсулинизмом (Г.А.Берлов и соавт. 1966). Они преимущественно локализируются в желудке (90%), реже в тонкой кишке, могут находиться в дивертикуле Меккеля. В основном это одиночные образования во всех слоях стенки желудка и кишки, но преимущественно в подслизистом слое с формированием полипо- либо бляшковидного образования. Размеры узелка колеблются от 0,1-0,2 до 4-6 см в диаметре. Г.А.Берлов (1966) предлагает различать такие макроскопические формы: узловатую, полипозную, язвенную, кистозную, инфильтрирующую и комбинированную. Гетеротопический узел на разрезе серовато-желтоватого цвета, дольчатого строения. Протекая бессимптомно, почти никогда не диагностируются до гистологического исследования, при котором ткань поджелудочной железы может быть представлена всеми её компонентами: в виде типичной ацинарной ткани обычного дольчатого строения, протоков и панкреатических островков. Чаще

гетеротопический узел состоит из железистой ткани, выводных протоков и островков, из железистых тканей и выводных протоков. Мы располагаем 18 наблюдениями гетеротопии ткани поджелудочной железы (17 наблюдений на 24000 фиброгастроскопий). У 15 больных она выявлена в желудке, у 2 – в двенадцатиперстной кишке и у 1- в дивертикуле Меккеля. При эндоскопии гетеротопия выглядела в виде полиповидного образования с неизменённой слизистой оболочкой над ним. В то время как железистые полипы имеют более сочную, отличающуюся от окружающей слизистой оболочки, окраску. В желудке у 3 человек ткань поджелудочной железы располагалась вблизи пилорического канала (у одного из них в виде хронической пенетрирующей язвы и у 2 – в виде обтурирующего полипа), у 11 – в антральном отделе и у 1- в теле желудка. Размеры гетеротопии были от 0,6 см до 4 см в диаметре. В двенадцатиперстной кишке оба наблюдения имели форму полипа луковицы с неизменённой слизистой оболочкой. В дивертикуле Меккеля отмечено изъязвление с перфорацией в брюшную полость. Дооперационный диагноз при гистологическом исследовании биопсионного материала установлен у 10 из 14 пациентов, и у 4 – лишь после изучения макропрепарата. Больным выполнены следующие операции: резекция желудка по Бильрот-2 у одного, сегментарная резекция желудка с гетеротопическим узлом у одного, дуоденотомия, иссечение aberrантной поджелудочной железы у одной, резекция дивертикула Меккеля у одного. Эндоскопическая полипэктомия с извлечением образования осуществлена у 15 больных. У одной пациентки после полипэктомии частично оставленная ткань поджелудочной железы изъязвилась, что и потребовало сегментарной резекции желудка. Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений, за исключением одного случая. Таким образом, гетеротопия ткани поджелудочной железы выявляется при эндоскопии и гистологическом исследовании биопсионного или операционного материала. По нашим данным частота локализации в желудке и двенадцатиперстной кишке составила 0,07%. В большинстве случаев оптимальным вариантом лечения может быть эндоскопическая полипэктомия или мукозэктомия.

235.Холедохолитиаз в сложных и нестандартных ситуациях.

Королев М.П., Федотов Л.Е., Аванесян Р.Г., Федотов Б.Л.

Санкт-Петербург

ГБУЗ Городская Мариинская Больница

В последние 10 лет, значительно увеличилось количество больных с желчекаменной болезнью. В связи с тем, что «Золотым стандартом» в лечения больных с желчекаменной болезнью и острым холециститом является лапароскопическая холецистэктомия, количество больных с холедохолитиазом также возросло. Осложненный холедохолитиаз в структуре заболеваемости занимает от 2 до 5% пациентов (Стрельников Е.В., Куприянов С.М., Жилин О.В., Topal B., Aerts R.) Кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии занимается лечением данных групп больных на протяжении последних 25 лет. Методики комбинированных вмешательств под ультразвуковым, рентгенологическим и эндоскопическим контролем применяются для лечения пациентов с осложненным холедохолитиазом на кафедре общей хирургии с курсом эндоскопии с 2006 года. На настоящий момент мы обладаем опытом лечения 156 пациентов с диагнозом

«Холедохолитиаз», который мы расцениваем как осложненный. В эту группу вошли пациенты: - с высокими показателями билирубина в крови 500 ммоль/л – (16 больных) - с холедохолитиазом при котором удаление конкрементов невозможно по тяжести состояния пациента – (23 пациента) - с неудаляемыми корзинкой Дормиа или литотриптером конкрементами из общего желчного протока и общего печеночного протока – (39 больных) - с существующими техническими трудностями при канюляции большого дуоденального соска (наличие одного или нескольких парапапиллярных дивертикулов, аномалии развития фатерова соска) – (73 пациента) - с измененной анатомией желудка и тонкой кишки (перенесенные ранее операции), при которых доставка эндоскопа к большому дуоденальному соску невозможна – (5 больных) Всем пациентам из вышеописанных групп применялись комбинированные малоинвазивные вмешательства, которые включали в себя антеградные и ретроградные методики на желчных протоках, проводимые под ультразвуковым, рентгенологическим и эндоскопическим контролем как в несколько этапов, так и одновременно. ЧЧХлС первым этапом лечения, до литоэкстракции, выполнялась у 78 больных. Антеградно проведенный проводник при дивертикулах и аномалиях БДС (для безопасного рассечения последнего) применялся у 73 пациентов. Методика антеградно проведенного манипуляционного катетера в культю желудка или просвет отводящей кишки – у 5 больных с ранее выполненными оперативными вмешательствами на желудке и 12-перстной кишке, для последующего проведения эндоскопа к фатерову соску. При выполнении вышеописанных вмешательств осложнения встречались у 11 больных (7,4%), летальность составила 1,28% (2 пациента) Выводы: 1 – комбинированные малоинвазивные вмешательства позволяют практически в любых случаях холедохолитиаза, в том числе и осложненного, выполнить литоэкстракцию 2 – после комбинированной литоэкстракции обязательным условием является антеградная декомпрессия желчевыводящих протоков Список литературы: 1) «Endoscopic retrograde cholangiopancreatography in patients with altered anatomy: How to deal with the challenges?» Tom G Moreels, World Journal Gastrointestinal Endoscopy, 2014 August 16; 6(8): 345-351 2) «Short-type and conventional single-balloon enteroscopes for endoscopic retrograde cholangiopancreatography in patients with surgically altered anatomy: Single-center experience» Tomohisa Iwai, Mitsuhiro Kida, Hiroshi Yamauchi, Hiroshi Imaizumi and Wasaburo Koizumi, Digestive Endoscopy 2014; 26 (Suppl. 2): 156–163 3) «Эффективность эндоскопических чреспапиллярных вмешательств в условиях многопрофильного лечебного учреждения» Габриэль С.А., Дынько В.Ю., Гольфанд В.В., Цитович Ф.В., Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке» №6 2012г, (Т.14)

236. МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Соловьёв В.Ю.¹, Богомолов Н.И.², Бородин А.И.¹, Жилин И.В.¹, Синицын А.С.¹, Голякова А.С.³, Ленская Ю.Ю.³, Гончарова М.А.³

Чита

ГУЗ Краевая клиническая больница МЗ Заб. Края¹, ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия МЗ РФ², ГУЗ Забайкальское краевое патологоанатомическое бюро³

Инциденталомы надпочечников являются сложной междисциплинарной проблемой, многие вопросы которой ещё не решены. Всех ли пациентов с выявленными опухолями надпочечников следует оперировать и каким способом? Как и когда верифицировать опухоль? Протокол дооперационного обследования больного обязательно должен включать ...? – далеко не полный перечень спорных вопросов, стоящих перед хирургом и эндокринологом. В России выполнены фундаментальные исследования, решающие некоторые проблемы этой темы, но нужны национальные клинические рекомендации, которые бы ответили на животрепещущие вопросы – кого, где, когда и каким методом оперировать, каким должен быть лечебно-диагностический алгоритм. Анализ материалов с мест, РОХ и Ассоциация хирургов-эндокринологов, убеждён, дадут нам исчерпывающее руководство к действию. Диагностировать инциденталомы надпочечников стало возможным только после внедрения в широкую клиническую практику современных КТ, МСКТ, МРТ, УЗИ, ангиографии и определение необходимых биохимических и гормональных маркёров. За последние полтора десятка лет в ГУЗ ККБ по данным отчётов поликлиники, эндокринологов и хирургов вопрос о хирургическом лечении больных с опухолями надпочечников стоял примерно в отношении 236 человек. Оперировано на конец 2015 года 122 пациента, в 6 случаях в начале деятельности использовали открытые хирургические пособия, в 116 – эндовидеохирургические технологии. Применяли трансабдоминальный доступ с 4-х портовой технологией мобилизации органов и удаления новообразований надпочечников. Среди 122 пациентов мужчин было 29 (23,77%), женщин – 93 (76,23%) в возрасте от 27 до 74 лет (средний возраст - $43 \pm 11,4$ лет). Инциденталомы локализовались справа у 69, слева – у 50, с двух сторон – у 3 человек. Открытые хирургические доступы применены у 6 (4,92%), эндовидеохирургические (с 2006 года) – у 116 (95,08%) пациентов. Жизнеугрожающее осложнение – профузное кровотечение имело место у 1 пациента при открытом доступе. Гистологические формы патологии в соответствии с критериями Международной гистологической классификации опухолей эндокринных органов (ВОЗ, Лион, 2004 г.) были следующими: аденокортикальная аденома – у 16, киста надпочечника – у 7, феохромоцитомы – у 5, диффузно-узловая гиперплазия надпочечника – у 4, метастатическая опухоль – у 2, у остальных установлена иная патология, не влияющая на гормональный статус. Гормонально-активные опухоли были у 58 (47,54%) пациентов. Артериальная гипертензия имела место у 71 (58,2%) больного. Заместительная гормональная терапия потребовалась 4 (3,28%) пациентам. Диспансерное наблюдение осуществляют эндокринологи Краевой поликлиники. Таким образом, хирургия надпочечников – сравнительно молодой раздел современной хирургии. Требуется осмысление опыта, слаженная работа врачей первичного звена, целенаправленный поиск причин гормональных сдвигов и артериальной гипертензии, бригадная работа эндокринологов, хирургов, специалистов лабораторного и инструментального звеньев диагностического комплекса и патоморфологов. Необходимо приветствовать научные изыскания в этой сложной области современной медицины.

237.КИСТЫ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Богомолов Н.И.

Чита

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия

Болезнь Кароли (БК) и кисты внепечёночных желчных протоков (КВЖП) считаются редкой патологией. Оба заболевания – врождённый порок развития желчевыводящих протоков. Цель работы – поделиться опытом диагностики и лечения этих процессов по материалам двух клиник за 44 года. Материалы и методы. В Забайкальском крае проживает 1087452 человека. За весь период нами БК диагностирована у 6 человек, оперировано 3 пациентки с кистозной трансформацией внутриспечёночных желчных протоков и 4 больных с КВЖП. Ранее двух пациенток с БК и поражением двух долей уже оперировали в детском возрасте, обеим сформирован холедоходуоденоанастомоз (ХДА), третья больная с поражением только левой доли, оперирована нами впервые в возрасте 37 лет, у неё удалили два железистых полипа из протоков, извлекли камни и сформировали ХДА. Аналогичную операцию (ХДА) сделали в юном возрасте и двум из 4-х больных с КВЖП. Двум другим сделана резекция кист с формированием одному гепатикоеюноанастомоза на выключенной по Ру петле, а четвёртой пациентке сделана холецистэктомия и наружное дренирование холедоха, так как ранее ей уже выполнена нами эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Все шесть женщин с БК имели здоровых детей разного возраста, а у одной жива и здорова мать, всё это, по нашим скромным данным, не соответствует сведениям о наследственном характере заболевания. Отдалённые результаты в сроки от 1 до 24 лет оценены у 4 из десяти больных, одна пациентка с БК повторно оперирована с подозрением на холедохолитиаз, однако на операции новых камней не обнаружили. Современные средства визуализации: КТ, МСКТ, МРТ, УЗИ, РХПГ, скенирование печени и интраоперационная холангиоскопия позволяют своевременно и точно диагностировать этот порок развития, спланировать объём, метод вмешательства, предупредить жизнеопасные осложнения. Такими больными должны заниматься опытные специалисты – хирурги-гепатологи, лучше всего в специализированных гепатологических центрах, где помощь будет самая адекватная. Таким образом, болезнь Кароли и кисты внепечёночных желчных протоков встречаются редко, не всегда своевременно диагностируются, радикально устранить данный порок развития в общехирургических стационарах невозможно, паллиативные пособия выполняются в необходимых объёмах, продиктованных анатомо-морфологическими и функциональными изменениями билиарного тракта. Есть основания полагать, что до эры эндоскопии, КТ и других современных средств визуализации эти заболевания, в отдельных случаях, просто не могли диагностировать или принять их за другую патологию. Вместе с тем, наши немногочисленные наблюдения достаточно внятно демонстрируют особенности течения, диагностики и лечения врождённого кистозного расширения желчевыводящих протоков.

238.АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

Дибиров М.Д.(1), Домарев Л.В.(2), Русских А.Е(2), Ивлев В.П.(2), Шитиков Е.А.(2), Свитина К.А.(2)

Москва

1)МГМСУ им.А.И. Евдокимова МЗ РФ 2)ГБУЗ ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗ г.Москвы

Введение. Опухолевые поражения толстой кишки занимают 2-е место в структуре опухолевых заболеваний пищеварительного тракта в мире. Одним из грозных осложнений опухолевого поражения толстой кишки является развитие острой кишечной непроходимости. В настоящее время, благодаря развитию современных медицинских технологий, стало возможным разрешение и профилактика кишечной непроходимости без оперативного вмешательства и выведения колостомы. Одной из таких технологий является стентирование толстой кишки с применением RG-эндоскопической методики при наличии стеноза. Установка стента позволяет восстановить просвет толстой кишки и тем самым избежать паллиативной хирургической операции, приводящей к значительному ухудшению качества жизни и психологического состояния больного. Как и любое хирургическое вмешательство стентирование связано с риском развития осложнений. Осложнения могут возникнуть в процессе подготовки, быть связаны с анестезиологическим пособием и непосредственно самой методикой стентирования. Материалы и методы. На базе эндоскопического отделения ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого в период с сентября 2012 г. по ноябрь 2015 г. стентирование толстой кишки было произведено у 39 больных в возрасте от 35 до 88 лет. Среди них стент был установлен 17 мужчинам и 22 женщинам. Были использованы самораскрывающиеся нитиноловые непокрытые стенты преимущественно (у 31 больных) производства компании Boston Scientific (США) (Wallflex Colonic), так же использовались стенты других производителей (TaeWong, Hanarostent). Диаметр и длина стента выбирались в каждом конкретном случае в зависимости от диаметра просвета на уровне стеноза и его протяженности. По локализации опухолевого процесса стенты установлены были: в прямой кишке – 3, в ректосигмоидном отделе толстой кишки – 6, в различных отделах сигмовидной кишки - 21, в нисходящем отделе ободочной кишки – 6 в правой половине толстой кишки - 3. Под визуальным эндоскопическим контролем стенты устанавливались в 11 наблюдениях, под сочетанным RG-эндоскопическим контролем – в 28 наблюдениях. При RG-графии и/или эндоскопическом контроле через 24-72 часа у всех осмотренных больных отмечено полное раскрытие стента. Результаты. Успешная установка с дальнейшим функционированием стента отмечена у 36 больных (92,3%). Все пациенты отмечали улучшение состояния, связанное с восстановлением пассажа каловых масс и газов. Умеренно выраженный болевой синдром в раннем послеоперационном периоде купировался ненаркотическими анальгетиками. Осложнения возникли у 3 больных (7,8%). У 1(2,6%) больного в связи с миграцией стента возникла необходимость его удаления и рестентирования. Осложнение возникло на этапе освоения методики и связано с неточным позиционированием стента относительно просвета опухоли. У 1(2,6%) больного имела место перфорация толстой кишки проксимальнее уровня опухолевого стеноза. Перфорация возникла в результате выраженных супрастенотических изменений стенки кишки в процессе позиционирования стента. У 1(2,6 %) пациента перфорация непосредственно опухоли толстой кишки возникла в процессе выведения оптимальной позиции для установки стента. Данное осложнение возникло в результате фиксации кишки опухолью, что не позволило оптимально позиционировать стент в просвете опухоли и привело к перфорации стенки кишки. Обе перфорации толстой кишки были своевременно диагностированы и потребовали экстренного хирургического вмешательства. 36 пациентов (92,3%) были выписаны для амбулаторного наблюдения, 3 (7,8%) больных умерло в раннем послеоперационном периоде в связи с прогрессированием основного заболевания. Средняя продолжительность пребывания в стационаре после установки стента составила 5 суток. Выводы. Наличие такого метода как стентирование толстой кишки в практике стационара экстренной медицинской помощи дает возможность оказания пациентам полноценной квалифицированной медицинской помощи в кратчайшие сроки. Стентирование является высокотехнологичной манипуляцией и для избежания

осложнений должно выполняться опытным высококвалифицированным персоналом при наличии необходимого инструментария, RG- и эндоскопического оборудования.

239.ТОРАКОСКОПИЯ ПОД МЕСТНЫМ ОБЕЗБОЛИВАНИЕМ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ ГРУДИ

Зайцев Д.А., Лишенко В.В., Хохлов А.В., Попов В.И., Великоречин А.С.

Санкт-Петербург

ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М.Никифорова, кафедра хирургии и инновационных технологий

В настоящее время большинство стационаров оснащено современным эндовидеохирургическим оборудованием, однако оно, как правило, не используется в круглосуточном режиме, а в составе дежурной бригады, обычно не предусмотрена работа торакального хирурга. В этих случаях ответственность за оказание медицинской помощи пациентам с травмой груди возлагается на хирургов общего профиля, которые в таких случаях часто основываются сугубо на личном опыте, не используя возможности современных методов обследования и лечения больных и пострадавших. Целью исследования явилось улучшение результатов обследования и лечения пострадавших с травмой груди на основании разработки оптимального лечебно-диагностического алгоритма с использованием различных видов торакоскопий. Основой алгоритма для построения оптимальной программы лечебно-диагностических мероприятий у пострадавших с травмой груди являлась первичная торакоскопия под местной анестезией во время дренирования плевральной полости (пневмоторакс, гемоторакс, гемопневмоторакс), которая выполнялась в перевязочной или операционной, оснащенной эндовидеохирургическим комплексом. При этом для осмотра использовались приборы с инструментальным каналом, позволяющие аспирировать жидкость из плевральной полости (или собрать ее для реинфузии непосредственно при осмотре плевральной полости). При отсутствии возможности использовать эндовидеокомплекс, осмотр плевральной полости производился через окуляр жесткого эндоскопа с использованием осветителя. Первичная торакоскопия позволяла выявить: продолжающееся кровотечение в плевральную полость и его источник, повреждение диафрагмы, свернувшийся гемоторакс и его объем. Кроме того, торакоскопия также является этапом лечения (аспирация жидкой части содержимого плевральной полости, электрокоагуляция поверхностных ран легкого и мягких тканей грудной стенки). Полученные данные определяют дальнейшее построение лечебно-диагностической программы, в том числе очередность оперативных вмешательств при тяжелой сочетанной травме. Мы располагаем опытом применения описанной системы лечебно-диагностических мероприятий с применением первичной торакоскопии у 67 пострадавших с различными видами травм груди, находившихся на лечении в хирургических отделениях ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М.Никифорова МЧС России в 2013-2015 гг. У 57 из них диагностирована закрытая травма груди, у 10 - ножевые ранения. У 54 (80%) пациентов первичная торакоскопия под местной анестезией во время дренирования плевральной полости оказалась окончательным способом лечения – выполнялась эвакуация жидкости (лизированной крови), электрокоагуляция сосудов мягких тканей и поверхностных ран легкого. В 11 случаях ликвидация свернувшегося гемоторакса с полной санацией плевральной полости выполнена с применением

протеолитических ферментов (террилитин). У 13 (20%) пострадавших, после осмотра плевральной полости потребовалось более обширное оперативное вмешательство выполнялась видеоторакоскопия под наркозом с отдельной интубацией главных бронхов у 11 пострадавших. В этой группе пострадавших проводилось ушивание ран легкого и диафрагмы (5 случаев), клипирование межреберных артерий и вен (8 случаев). Торакотомия после первичной торакоскопии осуществлена по поводу продолжающегося кровотечения из раны легкого и диафрагмы у 1-го пострадавшего и у 1-го пациента с закрытой травмой груди при разрыве левого купола диафрагмы. Применение предложенной схемы диагностики и лечения является оправданным, так как ее использование возможно в разных по степени оснащенности стационарах, оказывающих неотложную помощь пострадавшим с травмой груди.

240.Лапароскопическое и открытое лечение паховых грыж у детей.

Лабузов Д.С.(1), Савченков А.Л.(2), Степанов В.Н.(2), Киселев И.Г.(2)

Смоленск

1)ГБОУ ВПО Смоленский государственный медицинский университет Минздрава России, 2)ОГБУЗ Смоленская областная клиническая больница

В настоящий момент лапароскопические вмешательства при паховых грыжах у детей являются эффективной и доступной методикой. Основные преимущества лапароскопии перед открытыми методиками это отсутствие травмы элементов семенного канатика у мальчиков и возможности обнаружения контралатерального необлитерированного влагалищного отростка. Цель исследования. Оценка результатов и совершенствование методик хирургического лечения паховых грыж у детей. Материалы и методы. В период с декабря 2014 г по декабрь 2015 г в клинике выполнено 21 лапароскопических герниорафий у 16 пациентов (1 группа) с неосложненными паховыми грыжами. Возраст пациентов от 2 до 14 лет, из них 11 мальчиков и 5 девочек. Вмешательства выполнялись под эндотрахеальным наркозом с применением трехтракарной методики и интракорпоральным наложением Z-образного или кисетного шва на глубокое паховое кольцо. 20 детей аналогичного возрастного состава составили 2 группу, из них 14 мальчиков и 6 девочек, которым выполнено открытое вмешательство, с применением масочной и внутривенной общей анестезии, с наложением интрадермального шва. У девочек применялась методика герниопластики с сохранением круглой связки матки. Результаты. Продолжительность вмешательства составила в 1 группе 20-40 мин, во 2 группе от 15 до 40 минут. При сравнении времени групп значимых отличий не обнаружено. Можно отметить сокращение времени вмешательства при двусторонней лапароскопической герниорафии и у девочек 2 группы при односторонней операции. В 1 группе контралатеральная грыжа обнаружена у 5 пациентов. Осложнений во время и после вмешательств не отмечено. В послеоперационном периоде наибольший болевой синдром, потребовавший дополнительной анальгезии, отмечен у мальчиков 2 группы с двусторонней грыжей. В обеих группах можно говорить о хороших косметических результатах. Рецидив отмечен в 1 группе у девочки 14 лет. Заключение. Лапароскопическая герниорафия у мальчиков имеет преимущества перед открытой операцией с учетом возможности выявить контралатеральную грыжу, интактности элементов семенного

канатика, сокращения вмешательства и менее выраженном болевом синдроме при двустороннем вмешательстве. У девочек считаем более показанной методику открытой операции с сохранением круглой связки матки, с учетом редкости двустороннего процесса, более быстрого и технически несложного выполнения и простоты анестезиологического пособия. Перспективной методикой можно считать подкожное эндоскопически-ассистированное ушивание глубокого пахового кольца.

241.СИНДРОМ КОМПРЕССИИ ЧРЕВНОГО СТВОЛА: РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ДЕКОМПРЕССИИ И ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Джантуханова С.В., Глаголева Н.Ю., Харазов А.Ф., проф.Старков Ю.Г.

Москва

Институт хирургии им. А.В. Вишневского

Введение. Синдром компрессии чревного ствола является неоднозначным разделом в абдоминальной и сосудистой хирургии. Многие годы при выявлении нарушений кровотока по чревному стволу прибегали к выполнению коррекции данного состояния путем открытого рассечения срединной дугообразной связки диафрагмы с использованием торакофренолюмботомии или верхнесрединной лапаротомии, что сопровождалось большим числом послеоперационных осложнений, связанных с травматичностью доступа. Внедрение лапароскопических технологий позволило улучшить результаты лечения пациентов с синдромом компрессии чревного ствола. Целью нашего исследования было совершенствование техники операции и определение значения интраоперационного лапароскопического ультразвукового исследования на этапах операции, а также оценка ближайших и отдаленных результатов лапароскопической декомпрессии чревного ствола на основании собственного опыта. Материалы и методы. Исследование проводилось в период с 2005 по 2015 гг, в него были включены 15 пациентов (9 женщин, 6 мужчин, средний возраст 43,8 + 16,2 от 28 до 72 лет), которым выполнялась лапароскопическая декомпрессия чревного ствола. В анамнезе у всех пациентов были выявлены характерные жалобы на наличие болей в эпигастрии после приема пищи и потерю веса, превышающую 10% от первоначального. При тщательном обследовании, включавшем УЗИ органов брюшной полости, эндоскопические исследования (ЭГДС, колоноскопия, в ряде случаев - капсульная эндоскопия, интестиноскопия) – значимой патологии выявлено не было. В плане дооперационного обследования также обязательным этапом являлась консультация невропатолога/психиатра с целью исключения психических нарушений, как причины клинической симптоматики. У всех пациентов КТ-ангиография и дуплексное сканирование сосудов брюшной полости на дооперационном этапе позволили выявить гемодинамически значимый стеноз чревного ствола, составляющий более 70% (от 55 до 90%, среднее значение 77,5%+ 13,2). План операции заключался в следующем: пациенты располагались на столе с разведёнными ногами в положении Фовлера. Устанавливались 5 троакаров (5 и 10мм): 10мм (оптический) на середине расстояния между мечевидным отростком и пупком по средней линии, 10мм в правом и левом подреберьях по среднеключичным линиям для печёночного ретрактора и рабочего инструмента соответственно, 5мм под мечевидным

отростком по срединной линии и 5 мм по передней подмышечной линии слева. Использовались два типа доступа к срединной дугообразной связке диафрагмы: антеградный или ретроградный, при этом решение о выборе доступа принималось интраоперационно в зависимости от конкретной анатомической ситуации и типу расположения анатомических структур относительно друг друга. Антеградная диссекция заключалась в рассечении малого сальника в аваскулярной зоне с целью создания доступа к правой ножке диафрагмы, от которой диссекция продолжалась в дистальном направлении. Для идентификации мышечных волокон перекреста ножек диафрагмы проводилась диссекция в ретроэзофагеальном пространстве. Мышечные волокна перекреста диафрагмальных ножек рассекались крючком с использованием монополярной коагуляции для обнажения передней поверхности аорты. Важным моментом, при использовании как антеградного, так и ретроградного доступа являлось протяженное рассечение мышечного перекреста диафрагмальных ножек над аортой до 3-4 см с целью избежания рестеноза в послеоперационном периоде вследствие рубцевания рассеченных волокон. Топическая диагностика чревного ствола выполнялась с использованием лапароскопического ультразвукового исследования, с помощью которого также определяли протяженность, степень сужения и деформации чревного ствола, а также характерное постстенотическое расширение. С целью лучшей визуализации срединной дугообразной связки производилась легкая каудальная тракция желудка посредством оттягивания его угла книзу и влево. Пересечение волокон связки выполнялось крючком с использованием монополярной коагуляции. Оттягивание волокон связки от сосудистой стенки с помощью крючка позволяло избежать электротравмы аорты и чревного ствола. Особое значение уделялось полноценной диссекции и рассечению всех лимфатических и нервных волокон, а также нервных ганглиев, окружающих устье чревного ствола для достижения максимального эффекта от выполненной декомпрессии. Процедура считалась оконченной, когда чревной ствол был освобожден от любых внешних стенозирующих структур вплоть до его устья, что обязательно подтверждалось данными интраоперационного ультразвукового исследования. Ретроградная диссекция проводилась отлично от предыдущего доступа тем, что доступ к дугообразной связке осуществлялся с помощью диссекции основных стволов ветвления чревного ствола в ретроградном направлении до устья чревного ствола, при этом чаще всего производилась идентификация и диссекция левой желудочной или общей печеночной артерии. Деликатная тракция выделенных стволов с использованием сосудистых держалок позволяла получить адекватную экспозицию устья чревного ствола и последующую декомпрессию. Важно отметить, что с целью оценки адекватности выполненного вмешательства всем пациентам выполнялось интраоперационное лапароскопическое УЗИ. Вмешательство считали эффективным, при расправлении чревного ствола на 50% и более от первоначального диаметра в области сужения и улучшения скоростных показателей кровотока при доплеровском сканировании. Результаты. Средняя продолжительность операции составляла 102 ± 20 мин. Интраоперационная кровопотеря варьировала от 0 до 50 мл и в среднем составила $45,4 \pm 6,6$ мл. Техническая выполнимость была достигнута во всех случаях, в независимости от выбранного варианта диссекции. Осложнений в послеоперационном периоде выявлено не было. Длительность пребывания в стационаре после операции составила $5,8 \pm 0,6$ дней. Эффективность выполненного вмешательства оценивалась клинически и по данным послеоперационного инструментального обследования. В раннем послеоперационном периоде у 6 пациентов отмечалось полное купирование болевого синдрома, 8 пациентов отмечали значительное снижение интенсивности болей и только один пациент предъявлял жалобы на боли в верхних отделах живота в прежнем объеме. По данным дуплексного сканирования сосудов брюшной полости, выполненном в раннем послеоперационном периоде, расправление диаметра чревного ствола более чем на 50%, сопровождающееся улучшением скоростных показателей кровотока, было отмечено у 13

пациентов. Следует отметить, что полного расправления сужения не следует ожидать в раннем послеоперационном периоде вследствие длительного сдавления и фиброзных изменений сосудистой стенки чревного ствола и этот факт необходимо обязательно учитывать в послеоперационной оценке выполненного вмешательства. Отсутствие гемодинамических изменений кровотока отмечалось у 2 пациентов, у одного из них после выполнения оперативного вмешательства интенсивность болей осталась на прежнем уровне. В отдаленном послеоперационном периоде исследованы 13 пациентов: при дуплексном сканировании сосудов брюшной полости и КТ-ангиографии полное расправление ЧС отмечено у 5 пациентов, гемодинамически незначимое сужение – у 7 пациентов, и только у одного пациента выявлен стеноз чревного ствола, который составлял более 70%. Последнему, в связи с рецидивирующими симптомами заболевания, была выполнена открытая декомпрессия чревного ствола с положительным эффектом. Выводы. Исходя из нашего опыта, лапароскопическая декомпрессия чревного ствола является эффективным, безопасным и перспективным методом лечения синдрома компрессии чревного ствола, а выполнение лапароскопического ультразвукового исследования является неотъемлемой частью операции.

242.К вопросу оценки тяжести механической желтухи в неотложной хирургии

В.М. Унгурян, А.Е. Демко, Д.А. Суров, О.В. Бабков, А.В. Святненко, А.В. Осипов, А.И. Сафоев

Санкт-Петербург

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», г. Санкт-Петербург, ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург

Определение тяжести состояния пациентов с механической желтухой (МЖ) и стратификация риска являются одними из наиболее важных вопросов неотложной хирургии, от решения которых почти во многом зависит снижение летальности и частоты осложнений в послеоперационном периоде (Wynn J.L., Wong H.R., 2010). Предложено большое количество шкал, объединяющие те, или иные тесты с целью улучшения диагностики и прогнозирования осложнений при МЖ. Однако до настоящего времени оптимальная шкала тяжести МЖ, отвечающая всем требованиям выбора хирургической тактики, не определена (Гальперин Э.И., 2011; Li Zh. et al., 2009). Проанализирован опыт диагностики и лечения 272 пациентов с МЖ, поступивших в Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в период с 2012 – 2015 гг. В выборку вошли как доброкачественные - 96 (71,3%), так и злокачественные желтухи - 76 (28,7%). Средний возраст пациентов составил – 67,7±1,7 лет, среди них 177 (34,4%) женщин и 95 (65,6%) мужчин. В 146 (54,5%) наблюдений МЖ сопровождалась явлениями холангита, в 126 (45,5%) случаев - без воспаления желчных протоков. В 194 (71,%) наблюдений имел место благоприятный исход. Частота осложнений и летальных исходов составила – 57 (20,8%) и 21 (7,8%) соответственно. Все пациенты с МЖ оценивались по следующим шкалам: ASA, APACHE II, SIRS, SOFA, по П.Н. Напалкову и соавт. (1973), по А.М. Шулутко (1990), по В.Д. Федорову и соавт. (2000), по Э.И. Гальперину (2012), а также по Tokyo Guideliness TG13 (2013). После вычисления значений проводился корреляционный анализ и построение древ решений между вышеизложенными шкалами и

исходом заболевания на базе программного обеспечения IBM SPSS Statistics 20.0., Rapid Miner 5. Сравнительный корреляционный анализ прогностических шкал показал, что статистически значимыми системами прогноза при МЖ без холангита являются: ASA, оценка по П.Н. Напалкову (р

243. “ДОБАВОЧНЫЙ” ЖЕЛЧНЫЙ ПРОТОК – РЕДКАЯ ПРИЧИНА АБДОМИНАЛЬНОЙ “КАТАСТРОФЫ” ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Рустамов Э.Г., Рустамов Г.А., Алиев М.С.

Баку

Центральная больница моряков Каспийского Морского Пароходства

Несмотря на применение лапароскопической холецистэктомии на протяжении более 25 лет, частота возникновения осложнений после этой операции остается высокой в сравнении с другими мини-инвазивными хирургическими вмешательствами. Это обусловлено следующими обстоятельствами: а) лапароскопическая холецистэктомия является одним из наиболее распространенным вмешательством среди мини-инвазивных хирургических вмешательств; б) лапароскопическая холецистэктомия является наиболее часто выполняемой операцией резидентами и молодыми хирургами, имеющие небольшой опыт в этой области эндоскопической хирургии. Однако анализ литературных данных позволяет нам сделать вывод о том, что в настоящее время отсутствуют точные данные о частоте развития этих осложнений после хирургических вмешательств. Целью этого исследования явилось разработки критериев выявления и лечения последствия добавочного протока при лапароскопическом холецистэктомии. Материал и методы: нами обобщен материал более 10000 лапароскопических холецистэктомий выполненных с 1994 года. Процент конверсии составлял 11%. У 31 (0,3%) больных был выявлен добавочный желчный проток на участке удаленного желчного пузыря имеющей связь со стенкой пузыря. Результаты. В 29 случаях добавочный желчный проток наблюдался у больных с острым процессом и вколоченным конкрементом в области шейки желчного пузыря («отключенный желчный пузырь»). 21 больным были проведены электрокоагуляция добавочного протока. В 8 случаях дополнительный проток был клипирован лапароскопически. В двух случаях наличие добавочного протока в области ложи желчного пузыря во время операции не было диагностировано. Оба пациента были повторно оперированы в связи с накоплением желчи в брюшной полости с удовлетворительными отдаленными результатами. Заключение. При заблокированном желчном пузыре (эмпиема, водянка) и при гипертензии внутри печеночных желчных протоков всегда надо помнить о возможности аномалии – наличии дополнительного желчного протока в области желчного пузыря. Адекватная интраоперационная тактика позволяет избежать послеоперационных осложнений.

244.Обучение врачей хирургических специальностей эндовидеохирургии без вреда для здоровья пациента

Григорьев Н.А., Харчилава Р.Р.

Москва

Учебный центр врачебной практики "Praxi Medica" ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Основой повышения медико-социальной и экономической эффективности здравоохранения и качества оказания медицинской помощи населению является поиск, разработка, внедрение и правильное применение новых медицинских технологий (МТ), которые позволяют значительно повысить эффективность медицинской помощи населению. Однако темпы внедрения МТ опережают темпы подготовки кадров необходимой квалификации, что ведет к осложнениям в процессе оказания медицинской помощи. Вместе с тем инвестирование средств в новые МТ является приоритетной задачей здравоохранения. Минздравсоцразвития России выделяет огромные ресурсы на обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи. Поэтому использование МТ в здравоохранении должно быть эффективным и экономически целесообразным. Однако, подготовленных кадров достаточной квалификации, умеющих эффективно и безопасно применять новые МТ недостаточно. Большинство специалистов «обучаются» методом проб и ошибок. Безопасность, эффективность и экономическая целесообразность правильного применения новых МТ возможно только при условии, что их применяют обученные специалисты. В ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова открыт Учебный центр врачебной практики (УЦВП) «Praxi Medica», цель которого - подготовка высококвалифицированных специалистов в области эндохирургии. В центре проводятся внебюджетные циклы по лапароскопии для врачей следующих специальностей: хирургия, урология, гинекология, колопроктология. Алгоритм подготовки врачей основан на поэтапном обучении от теории к реальной хирургии на животных. Лекции проводятся в конференц-зале на 50 мест с возможностью on-line трансляции из собственной операционной и операционных университетских клиник Первого МГМУ с модерацией опытными хирургами. Освоение практических навыков проводится в зале Dry Lab на современных тренажерах, симуляторах и био-блоках (12 рабочих мест). Закрепление полученных навыков и приобретение ценного опыта работы с «живой тканью» осуществляется в операционной Wet Lab во время реальной хирургии на «мини-пигах» под наркозом в составе полноценной операционной бригады. Wet Lab оснащен 4 лапароскопическими стойками. В УЦВП «Praxi Medica» существует 2 варианта обучения врачей навыкам эндохирургии: базовые (5 дней) и углубленные (3 дня) циклы в рамках программы дополнительного профессионального образования с выдачей удостоверения установленного образца 36-72 часа. Приведем пример одной из программ обучения: "Базовый курс лапароскопии на "живой ткани" (Wet Lab)".

- Продолжительность программы: 72 часа. (Практические навыки - 40 часов (5 дней), ДОТ - 32 часа).
- Количество операций на «мини-пиге» для одного слушателя: 3 операции по 3,5 часа (10,5 часов).
- Количество обучающихся: 4-16 человек (за одну лапароскопическую стойку в операционной становится 2 курсанта).
- Контингент обучающихся: врачи - урологи, хирурги, колопроктологи, гинекологи, торакальные хирурги, кардиохирурги.
- Количество преподавателей: 2 эксперта (профессор, доцент кафедры).

За академический год учебный центр обучил 160 врачей хирургических специальностей по циклу лапароскопии, включающему операции на «мини-пиге» и 80 врачей по циклу лапароскопии, включающему тренинг на тренажерах и симуляторах. Так как бесценный хирургический опыт можно получить только в операционной, кроме Wet Lab, в обучающие модули включено посещение операционных

Университетских клиник с возможностью ассистирования преподавателю. Мы предлагаем максимальную реальность в освоении эндохирургии!

245.ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ БАЛЛОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Валиулов И.М. (1), Рудакова Э.А. (2), Антонов Д.В. (1), Евсеенкова Т.Г. (1), Кулинич Р.А. (1)

Пермь

ГДКБ № 15 ДЗ г. Перми (1), ГБОУ ВПО ПГМУ им акад. Е.А. Вагнера (2)

Цель: Баллонная дилатация (БД) давно является методом выбора в лечении взрослых больных со стенозирующими поражениями пищевода различной этиологии. Представляет интерес определение показаний, уточнение особенностей техники и оценка эффективности эндоскопической БД пищевода у детей разных возрастных групп со стенозами пищевода различной этиологии. Материалы и методы: В клинике детской хирургии Пермского государственного медицинского университета им. ак. Е.А. Вагнера за последние 10 лет эндоскопическая БД пищевода была применена при лечении 139 детей. По возрасту больные распределились следующим образом: до 1 года – 55, от 1 до 5 лет – 65, от 5 до 15 лет – 19. Мальчиков было 78, девочек – 61. Все больные были разделены на 3 группы: 1) послеожоговые стенозы пищевода (n=54); 2) пептические стенозы пищевода вследствие гастроэзофагеального рефлюкса (n=9); 3) стенозы анастомозов после наложения эзофагоэзофагоанастомоза по поводу атрезии пищевода (n=66), гастроэзофагопластики (n=6) или колоэзофагопластики (n=4); Локализацию и протяженность стеноза пищевода, расположение входного отверстия и выраженность супрастенотического расширения уточняли в ходе диагностической фиброэзофагоскопии. По показаниям использовали рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка. БД пищевода у детей выполняли под общим обезболиванием. После установления эндоскопа над областью сужения через рабочий канал аппарата и зону стриктуры пищевода в желудок проводили струну-проводник с гибким концом. Извлекали эндоскоп и по струне вводили баллонный катетер диаметром от 5 до 20 мм (в зависимости от выраженности стриктуры и возраста больного), который устанавливали в зоне стеноза пищевода или пищеводного анастомоза. Положение баллона контролировали визуально, повторно вводя эндоскоп рядом с катетером. Нагнетая воду в баллон, создавали в нем давление в 2 атм. и проводили гидродилатацию стенозированного участка. После окончания дилатации баллонный катетер извлекали и выполняли контрольную эзофагоскопию. Сеансы БД проводили через 2–3 дня. Поддерживающие курсы повторяли через 2–3 недели. Результаты: Всего 139 больным была выполнена 1356 лечебная процедура и проведено 560 повторных курса БД. В 1 группе одному больному в среднем было выполнено 15,7 сеансов дилатаций и потребовалось 5,7 поддерживающих курса. Во 2 группе число дилатаций было 5,4 и потребовалось в среднем 2,7 поддерживающих курса. В этой группе БД выполняли как до, так и после проведения антирефлюксной операции. В 3 группе среднее количество процедур равнялось 10,6 а количество курсов поддерживающего лечения в среднем 4,7. В ходе выполнения БД перфорация пищевода возникла у 3 детей. Во всех случаях осложнения были купированы консервативными мероприятиями. Проведение этапной БД на протяжении 15–18 месяцев оказалось

неэффективным у 4 детей с послеожоговыми стенозами пищевода, что потребовало выполнения эзофагопластики. Выводы: Таким образом, эндоскопическая БД пищевода у детей может быть выполнена в разных возрастных группах с низким процентом осложнений. БД является эффективным методом лечения послеожоговых и пептических стенозов пищевода, а также стенозов пищеводных анастомозов. Наиболее эффективна ЭБД у детей с пептическими стенозами пищевода.

246. ОПЫТ ВИДЕОРЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ

Гумеров А.А., Алянгин В.Г., Сатаев В.У., Садретдинов М.М., Цырьяк А.Г.

Уфа

Кафедра детской хирургии с курсом ИДПО БГМУ

В детской урологической практике, внедряются доступы с использованием эндовидеохирургической техники. Одним из таких доступов является видеоретроперитонеоскопический (ВРПС). В клиниках детской хирургии БГМУ на базах ГДКБ № 17 и РДКБ с 2005 г. методом ВРПС оперированы 98 детей с патологией мочевыводящих путей. Возраст пациентов составил от 4 до 14 лет. Из данного доступа проведены следующие виды вмешательств: нефрэктомия – 5, иссечение кист почек – 52, уретеролиз-3, эхинококкэктомия-1, клипирование левой яичковой вены при рецидиве варикоцеле -12, пиелолитотомия-1, пластика лоханочно-мочеточникового сегмента при гидронефрозе – 12, гемостаз паренхимы почки при травматическом повреждении- 10, геминефрэктомия-2. Всем детям оперативные вмешательства выполнялись под интубационным наркозом. Положение ребенка было на «здоровом» боку. Создание искусственного «рабочего пространства» вокруг почки создавали по разработанной нами оригинальной методике с помощью устройства для расслоения забрюшинной клетчатки, остальной используемый эндохирургический инструментарий был стандартным. В зависимости от патологии использовали от 3-х до 5-ти портов от 3-х до 10-ти миллиметров в диаметре. В сравнении с традиционным доступом по Федорову для выполнения ВРПС доступа приходилось на 34,5% времени меньше. Общая продолжительность операций была сопоставима по времени с использованием традиционного люмботомического доступа. Отмечалась меньшая суммарная кровопотеря при ВРПС, более ранняя активизация больных в послеоперационном периоде и значительно меньший болевой синдром. Сроки лечения в реанимационном отделении у пациентов с ВРПС доступом были меньше более чем на 45%. Конверсия выполнена в 6-ти случаях, чаще всего это происходило при травматических поражениях и гидронефрозе. Таким образом, ВРПС доступ у детей, может быть рекомендован к использованию урологами, имеющими эндохирургический опыт оперативных вмешательств на органах мочевыделительной системы. Применение данного доступа считаем наиболее физиологичным, позволяющим в большинстве случаев выявить и малотравматично устранить патологию органов мочевыводящей системы, исключая контакт с брюшной полостью.

247.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПО ПОВОДУ КРУПНОЙ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ СТРОМАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ (Клиническое наблюдение)

Барышев А.В., Джантуханова С.В., Солодина Е.Н., Старков Ю.Г.

Москва

ФГБУ институт хирургии имени А.В. Вишневского МЗ РФ

Актуальность:Гастроинтестинальные стромальные опухоли двенадцатиперстной кишки встречаются крайне редко и составляют не более 0,1 % от всех опухолей желудочно-кишечного тракта. Учитывая редкость патологии и сложную локализацию, лечение таких опухолей может представлять непростые тактические и технические задачи. В литературе описаны единичные наблюдения, в качестве лечения демонстрирующие в основном выполнение резекции двенадцатиперстной кишки открытым доступом. Цель:представить результат лапароскопической операции у больной с гастроинтестинальной стромальной опухолью двенадцатиперстной кишки с использованием комбинированного лапаро-эндоскопического доступа. Материалы и методы:Пациентка Т., женщина 64 лет. Самостоятельно обратилась в клинику с жалобами на периодические боли и тяжесть в верхних отделах живота после приема пищи.В анамнезе – желудочно-кишечное кровотечение из невыявленного источника. Пациентка обследована. При КТ органов брюшной полости свнутривенозным контрастированием в проекции двенадцатиперстной кишки определяется узловое образование, неправильной, овальной формы, с неоднородной структурой, представленное двумя узлами, общие размеры образования: 6х7 см. По данным эндо-УЗИ визуализируется образование, с неровным, четким контуром, неоднородной структуры, состоящее из двух порций: меньшая, размером до 2 см, расположенная в просвете двенадцатиперстной кишки в области верхней горизонтальной ветви и доступная визуализации и большая, размерами до 4см, расположенная экстраорганно. Описанное образование исходит из мышечного слоя двенадцатиперстной кишки - 4 эхо-слой, ультразвуковые признаки в большей степени соответствуют гастроинтестинальной стромальной опухоли. Принято решение о выполнении операции с использованием комбинированного лапаро-эндоскопического доступа. Ход операции:При лапароскопической ревизии новообразование не визуализируется. В связи с чем выполнено лапароскопическое УЗИ, при котором в проекции двенадцатиперстной кишки визуализировано новообразование округлой формы с четким ровным контуром диаметром до 6 см, структура новообразование неоднородная с наличием анэхогенных полостей. Регионарной лимфаденопатии нет. Отмечается выраженный кровоток в структуре опухоли. К опухоли прилегали гастродуоденальная и передняя верхняя панкреато-дуоденальная артерии. С помощью ультразвуковых ножниц выполнена мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру. Использование этапного лапароскопического УЗИ с целью определения проекции диссекции и профилактики кровотечения из крупных питающих сосудов. В процессе мобилизации опухоли выполнена диссекция, клипирование и пересечение верхней передней панкреатодуоденальной артерии и гастродуоденальной артерии, имеющих интимный контакт с поверхностью опухоли. После полного выделения экстраорганного компонента опухоли с использованием эндоскопической внутрипросветной навигации определено расположение внутриорганного компонента опухоли в верхней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки. После чего под эндоскопическим контролем выполнено вскрытие просвета двенадцатиперстной кишки рядом с

опухолью без нарушения капсулы новообразования. Через дуоденотомический разрез визуализирована внутриспросветная часть опухоли с последующей резекцией стенки двенадцатиперстной кишки, несущей опухоль. Дуоденотомический разрез ушит отдельными узловыми швами в поперечном направлении (двурядный шов). При контрольном эндоскопическом исследовании: просвет двенадцатиперстной кишки в зоне резекции не деформирован, свободно проходим аппаратом, шов без признаков кровотечения, при выполнении воздушной пробы в водной среде - герметичен. Результат: Течение послеоперационного периода без осложнений, активизация в день операции. Болевой синдром был не выражен, использование ненаркотических анальгетиков. При рентгенологическом исследовании с водорастворимым контрастом: нарушения проходимости контраста по двенадцатиперстной кишке нет, данных за выход контрастного препарата за пределы исследуемой области не получено. Дренажи удалены на 5-е сутки после операции, пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 7-е сутки. При гистологическом и иммуногистохимическом исследовании: гастроинтестинальная стромальная опухоль. При контрольной ЭГДС через 3 месяца – просвет двенадцатиперстной кишки в зоне резекции не сужен, резидуальных фрагментов опухоли не выявлено. При контрольном КТ через 6 месяцев – признаков местного рецидива в зоне операции и метастатического поражения нет. Заключение: Данное клиническое наблюдение с редким расположением крупной опухоли двенадцатиперстной кишки демонстрирует технические возможности и эффективность использования лапароскопического доступа с использованием ультразвуковой и эндоскопической внутриспросветной навигации на этапах операции.

248.ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Алянгин В.Г. Сатаев В.У., Мамлеев И.А., Гумеров А.А., Садретдинов М.М.

Уфа

Кафедра детской хирургии с курсом ИДПО БГМУ

При сочетанных травмах часто возникают трудности с выбором лечебной тактики и последовательности оказания медицинской помощи пострадавшему ребёнку. Для определения прогнозирования выполнения видеолапароскопии (ВЛС) при сочетанных травмах живота у детей мы провели ретроспективную оценку гемодинамических показателей, выраженных в величинах шокового индекса Альговера (SIA)- коэффициента, получаемого в результате деления частоты сердечных сокращений на показатель систолического артериального давления. Анализ проводился у детей имевших находившихся на лечении с 1995 по 2011 гг. в клиниках детской хирургии БГМУ на базах РДКБ и ГДКБ №17. За данный период с сочетанной травмой брюшной полости было прооперировано 59 пациентов. По видам сочетанных травм было следующее распределение: брюшная полость (БП) + грудная клетка (ГК)+ черепно-мозговая травма (ЧМТ) -6, БП + ЧМТ -19 пациентов, БП + травмы конечностей (ТК)-16, БП + ЧМТ + ТК-12, БП + ЧМТ + ТК + позвоночник + кости таза – 6 пострадавших. При оценке тяжести состояния и повреждения мы использовали анатомический критерий ISS, физиологический критерий RTS, прогностический

показатель TRISS, коэффициент прогноза вероятности выживания BBTRISS. На основании этих данных определяли потенциальную возможность применения лечебной ВЛС у пострадавших, оперированных лапаротомным способом. SIA < 1,0 (легкая степень шока) был определен у 31 пациента (52%) с сочетанной травмой. Дальнейшее увеличение значения SIA связано с повышением индекса ISS и снижением показателя индекса RTS, что говорит об увеличении тяжести анатомических повреждений. Таким образом, использование SIA позволяет прогнозировать возможность выполнения лечебной ВЛС у детей с сочетанной травмой брюшной полости. Он напрямую взаимосвязан с вероятностью выживаемости BBTRISS, степенью шока и имеющимися травмами у пациента. Лечебную ВЛС целесообразно выполнять пострадавшим с SIA 1,5 так как при данном состоянии, как правило, имеются грубые объемные травмы в брюшной полости не позволяющие выполнить операцию ВЛС способом и время для оказания адекватной хирургической помощи будет упущено.

249. Малоинвазивное дренирование постнекротических кист поджелудочной железы

Лубянский В.Г., Насонов В.В., Жариков А.Н., Алиев А.Р., Арутюнян Г.А., Дробот Р.Е.

Барнаул

ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России

Проведен анализ хирургического лечения 96 больных панкреонекрозом в возрасте от 23 до 73 лет. 41 (42,7%) больной поступил в ранние сроки с момента начала заболевания (3-5 суток), а 55 (57,3%) через 2-3 недели от начала заболевания. В комплекс обследования входила МСКТ брюшной полости и ультразвуковое исследование. В процессе видеолапароскопии осуществлялась аспирация ферментативного выпота с установкой дренажей в брюшную полость. Программа консервативного лечения включала антисекреторную, дезинтоксикационную, антибактериальную терапию, а также локальную инфузию дезагрегантов в гастродуоденальную артерию для раскрытия сосудистого русла поджелудочной железы. Этим удалось добиться отграничения воспалительного процесса в поджелудочной железе с формированием ложных кист. Процесс их формирования контролировался с помощью ЭндоУЗИ. При наличии капсулы и прилегании кисты к задней стенке желудка у 34 (35,4%) больных было предпринято эндоскопическое трансжелудочное дренирование под контролем ЭУС. Из них, у 12 (35,3%) выполнена трансгастральная пункция кисты, у остальных 22 больных – наложен цистогастроанастомоз с дренированием пластиковыми стентами (Pigtail). Во второй группе у 12 (12,5%) больных произведено чрезкожное (трансабдоминальное) дренирование кист под контролем УЗИ с установкой дренажа. У 11 больных - путем малого доступа при забрюшинной локализации (в левом подреберье, либо в подвздошных областях). К малому доступу прибегали в случаях наличия в просвете кисты секвестров или ее инфицирования. Доступы и пункция проводились под контролем КТ и УЗИ. При эндоскопическом трансжелудочном дренировании кист, в двух случаях возникло кровотечение, которое было обусловлено применением электрокоагуляционного рассечения желудка без использования баллонной дилатации. У 5 больных при выполнении ЭФГДС была произведена секвестрэктомия через эндоскопически сформированный цистогастро-анастомоз. Все они выписаны, в среднем на 14±1,6 сутки,

летальных исходов не было. Рецидив кисты возник у одного больного. Среди больных второй группы после дренирование кист из малого доступа повторные операции и расширение доступы потребовалось у 5 (9,1%). Среди них летальных исходов также не было. Таким образом, применение малоинвазивных способов дренирования ложных кист поджелудочной железы, в том числе путем трансгастрального дренирования, должно проводиться после их формирования на фоне полноценного курса консервативной терапии. Выбор метода дренирования определяется локализацией кисты и толщиной ее стенки. Трансгастральное дренирование под контролем эндоУЗИ следует проводить в сочетании с баллонной дилатацией, либо с установкой стента через сформированный цистогастроанастомоз. Использование предложенных методов при ложных кистах, локализованных в забрюшинной клетчатке, позволяет в большинстве случаев добиться хороших результатов и избежать травматичных, широких дренирующих операций, удлиняющих сроки пребывания в стационаре.

250. ПЕРВЫЙ ОПЫТ МИНИЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ С САМОФИКСИРУЮЩИМ ПРОТЕЗОМ

Матвеев Н.Л., Богданов Д.Ю., Курганов И.А.

Москва

ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, кафедра эндоскопической хирургии ФДПО

Актуальность. Дальнейшее снижение уровня травматичности оперативного доступа и улучшение косметического результата операции продолжают оставаться актуальными задачами современной хирургии. Одним из вариантов решения данных задач является применение минилапароскопического инструментария. В качестве преимуществ минилапароскопической методики декларируются улучшения показателей качества жизни пациентов в послеоперационном периоде, которые могут быть связаны со снижением интенсивности болевого синдрома, с уменьшением продолжительности госпитализации, лучшим косметическим эффектом. По нашему мнению, лапароскопическая паховая герниопластика, в свою очередь, является такой операцией, при выполнении которой достоинства минилапароскопической методики могут быть продемонстрированы достаточно четко. Цель исследования. Сравнить результаты минилапароскопической и «стандартной» лапароскопической паховой герниопластики. Материалы и методы. Нами были изучены результаты лапароскопических паховых герниопластик, проведенных у 49 пациентов. Основную группу составили 12 больных, которым была выполнена минилапароскопическая операция, контрольную – 37 пациентов, которым операция проводилась из стандартного лапароскопического доступа (в обоих случаях использовалась методика TAPP). В основной группе оперативное вмешательство выполнялось при помощи комплекта минилапароскопических инструментов (Aescular или Karl Storz) с диаметром рабочей части 3 мм. В контрольной группе использовались 5-мм лапароскопические инструменты. Для обзора применялась 10-мм HD видеосистема. Для закрытия грыжевого дефекта применялся комбинированный (монофиламентный полиэстер и полимолочная кислота) самофиксирующийся сетчатый имплантат Parietex ProGrip™ (Medtronic) размером 15x15 см с индивидуальным

раскроем. В двух хронологически последних случаях в основной группе была применена новая модификация данного имплантата (лапароскопическая самофиксирующаяся сетка ProGrip™), у которой находящиеся на париетальной стороне фиксирующие крючки закрыты быстро рассасывающейся пленкой, облегчающей манипуляции с сеткой в брюшной полости. Результаты. Среднее время оперативного вмешательства составило 42 ± 19 мин. в основной группе и 37 ± 15 мин. – в контрольной ($p=0,41$). На этап размещения имплантата в основной и контрольной группе было затрачено также статистически не отличающееся время (7 и 8 мин. соответственно). В 2 случаях применения протеза Lap ProGrip, его размещение в ложе заняло не более 1 мин. 5-мм и 10-мм кожные раны ушивались узловыми швами. 3-мм раны закрывались пластырной фиксацией. Случаев интра- и послеоперационных осложнений не было зафиксировано ни в одном из наблюдений в обеих группах. Отмечалось уменьшение болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде в основной группе (по визуальной аналоговой шкале). Длительность потребности в парентеральном обезболивании ненаркотическими анальгетиками составила в среднем 18 ± 3 ч. в основной группе и 26 ± 6 ч. – в контрольной (p

251. СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ ФИКСАЦИИ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТОВ ПРИ ТАПП (ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ).

Сенько В.В.(1), Кащенко В.А.(1,2), Тоидзе В.В.(1)

Санкт-Петербург

1)ФГБУЗ КБ№122 им. Л.Г.Соколова ФМБА России 2)СПбГУ

Введение. Развитие герниологии в последние два десятилетия претерпело ряд изменений. Если раньше, основной критерий эффективности оперативного лечения был связан с оценкой рецидива, то сегодня сейчас на первое место выходит анализ послеоперационной боли, как острая, так и хроническая. Цель работы. Сравнение результатов использования при трансабдоминальной преперитонеальной пластике паховых грыж (ТАПП) степлерной (механической) и клеевой фиксации сетки. Оптимизация выбора сетки и методов фиксации. Материалы и методы. Исследование проводилось в период с января 2013 года по декабрь 2015 года в ФГБУЗ «Клиническая больница №122 им. Л.Г.Соколова ФМБА России», г. Санкт-Петербург. В исследовании приняло участие 45 пациентов мужского пола, средний возраст $35,3\pm 13$. 25-и из них выполнена лапароскопическая герниопластика (ТАПП) с использованием лёгкой полиэфирной сетки Parietex с фиксацией цианакриловым клеем фирмы. 20 пациентам выполнена фиксация сетки герниостеплером. Разработана оригинальная методика доставки клея. Размеры применяемой сетки - 10,0 X 15,0 см. Нанесение клея осуществлялось капельным способом по периферии сетчатого трансплантата. Восстановление брюшины проводилось ушиванием викрилом 2\0 или нитью V-lock. При использовании герниостеплера фиксация сетки проводилась по периферии сетки, но обязательно к надкостнице верхней лонной кости и исключая нижне-латеральную сторону («зона боли»). Восстановление брюшины проводилось скрепками герниостеплера. В послеоперационном периоде все пациенты оценивались по визуальной аналоговой шкале интенсивности боли (ВАШИБ). Результаты. Время операции в обеих группах составило $45\pm 10,5$ мин. В группе с клеевой фиксацией - болевой синдром на 2-е сутки был

незначителен (ВАШИБ= 2-3) или отсутствовал, пациентам не требовалось применение наркотических анальгетиков. Пациенты выписывались из стационара на 2-3 сутки. В группе с фиксацией герниостеплером - болевой синдром по шкале ВАШИБ = 4-6. Пациенты выписывались – на 3-4 сутки. После операции достоверно чаще назначались наркотические анальгетики. Заключение. Первые результаты использования клеевой фиксации и лёгкой сетки при лапароскопической герниопластике (ТАПП) свидетельствуют, что данная технология перспективна для внедрения с целью уменьшения болевого синдрома в послеоперационном периоде.

252. Причины рецидивов после лапароскопической герниопластики

Некрасов А.Ю.(1), Гурченкова Е.Ю.(1), Сергеев А.В.(2)

Москва, Смоленск

1) ФГБУ ФКЦ ВМТ ФМБА России, 2) ОГБУЗ «КБСМП»,

Актуальность. За последнее десятилетие эндовидеохирургическое лечение паховых грыж прочно вошло в арсенал практических хирургов. В развитых странах более 50% операций проводятся лапароскопическим доступом. Частота рецидива грыжи составляет 4-6%. Материалы и методы. В работе обобщены результаты лечения 516 больных с паховыми грыжами, всем пациентам выполнена трансперитонеальная предбрюшинная герниопластика с 1998 по 2015 гг. Возраст пациентов составил $41,2 \pm 4,3$ года. Фиксация протеза осуществлялась Endo Hernia (до 2005г) и Protack (после 2005г). Мужчин - 438 (84,9%) больных, женщин — 78 (15,1%). Результаты. Продолжительность лапароскопической герниопластики составила в среднем $32 \pm 10,2$ мин. Рецидивы после операции выявлены у 12(2,3%) пациентов. При анализе данных больных, выявлены 3 причины, вызвавших рецидив грыжи: недостаточный размер эндопротеза 8*10 см (в период до 2008г) – 5 (41,6%) пациентов, отрыв от надкостницы при фиксации Endo Hernia (до 2005г) – 4(33,3%) больных и подворачивание нижнего края протеза, вследствие недостаточной мобилизации тканей предбрюшинного пространства – 3(25,1%). Всем больным с рецидивом паховой грыжи была выполнена лапароскопическая ТАПП герниопластика без удаления старого протеза, новая сетка накладывалась поверх предыдущей. Заключение: при лапароскопической ТАПП необходимо использовать сетку размерами не менее 10*15 см, широкую мобилизацию тканей предбрюшинного пространства, чтобы исключить подворачивание нижнего края протеза, фиксацию к надкостнице лучше осуществлять герниостеплером Protack.

253. Возможности лапароскопических операций на желудке

Некрасов А.Ю., Агапов В.К.

Москва

ФГБУ ФКЦ ВМТ ФМБА России

Актуальность. Лапароскопическая дистальная субтотальная резекция желудка впервые была выполнена в 1991 году S. Kitano. Лапароскопическая дистальная субтотальная резекция стала одним из наиболее часто выполняемых хирургических вмешательств при раке желудка, а количество этих операций ежегодно увеличивается. В России лапароскопическая субтотальная резекция желудка и гастрэктомия выполняются в немногочисленных специализированных центрах. Материалы и методы. В работе обобщены результаты лечения 16 больных с различными видами опухолей желудка: GIST — 3 пациента, 11 — рак желудка, липома больших размеров (более 10 см) - 2, находившихся на лечении в хирургическом отделении в 2014-15гг. Стадии рака желудка: T2N1M0 – 5 пациента, T3N1M0 – 4 больных, T3N1M1 – 2 пациента. Возраст пациентов составил $71,2 \pm 4,3$ года. Лапароскопическая гастрэктомия выполнена 3 пациентам, лапароскопическая субтотальная резекция желудка - 6 пациентам, лапароскопическая парциальная резекция желудка выполнена 5 пациентам, формирование обходного гастроэнтероанастомоза - 2. Мужчин -10 (66,7%) больных, женщин — 6 (43,3%). Результаты и обсуждение. Операция выполнялись под общей анестезией в положении больного лежа на спине с разведенными ногами и приподнятым на 20° головным концом хирургического стола. Хирург располагался между ногами пациента, а ассистент с камерой – справа от пациента. В брюшной стенке устанавливался веером пять лапаропортов – в околопупочной области для камеры, в левой и правой боковых и подреберных областях для заведения инструментов. При гастрэктомии и резекции желудка большой сальник отсекался от поперечной ободочной кишки на всем протяжении. При лапароскопической гастрэктомии эзофагоэноанастомоз выполняли аппаратом EEAOrvil 25 на выделенной по Ру петли кишки (в 50-60 см от связки Трейца). Пересечение двенадцатиперстной кишки и пищевода проводилось линейным сшивающим аппаратом EndoGia 60 mm. При лапароскопической резекции желудка гастроэнтероанастомоз проводили линейным сшивающим аппаратом EndoGia 45 mm по типу «бок-в-бок» на выделенной по Ру петли кишки. Больным с раком желудка выполнена лимфодиссекция D2. При лапароскопической парциальной резекции желудка по поводу GIST, после мобилизации большой кривизны, выполнено прошивание линейным аппаратом EndoGia 60 mm. У 2 больных с липомами выполнена гастротомия, прошивание ножки липомы и закрытие гастротомического отверстия ручным швом. При гистологических исследованиях срезов пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки опухолевого роста не выявлено. Длительность операции: гастрэктомия — 200-260 мин., субтотальная резекция желудка - 180-240 мин., парциальная резекция желудка - 70-90 мин. Гистологическое заключение удаленных опухолей были следующие: 6 - низкодифференцированная аденокарцинома, 5 - недифференцированная аденокарцинома, GIST - шванома. Послеоперационные осложнения выявлены у одного пациента, после гастрэктомии, в виде панкреатита, который купирован консервативно. Вывод: Лапароскопические операции на желудке имеют свои преимущества перед традиционными вмешательствами, таких как незначительно выраженный болевой синдром, малая травматичность, сокращение сроков пребывания пациента в клинике, быстрое восстановление трудоспособности, хороший косметический эффект.

254.АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ 254 МАЛОТРАВМАТИЧНЫХ ОПЕРАЦИЙ ВОССТАНОВЛЕНИЯ УГЛА ГИСА И СКЛАДКИ ГУБАРЕВА

Баулин В.А., Стародубцев В.А., Баулина О.А., Перетрухин А.И., Баулин А.А., Куприянов М.П.

Пенза

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ГИУВ

Казалось бы, с появлением способа Ниссена в мировой хирургии появилась методика устраивающая многих хирургов своей эффективностью. Однако со временем выявились её недостатки и появилось много модификаций (Розетти, Дор, Тупе, Каншин-Черноусов, Шалимов, Жерлов, Оскрётков магнитный клапан и др.). Пути совершенствования шли по следующим направлениям: уменьшения травматичности во время диссекции и снижение вероятности повреждений плевры, селезёнки, веточек блуждающих нервов; поиск путей уменьшения пищеводного отверстия, когда швами сузить его невозможно - применение имплантатов привело к инфекционным осложнениям и миграции в просвет; модификации создания муфты связаны целой группой осложнений, объяснения которым бывают не совсем простые, так же как и возможности их исправить. К сожалению, анализ отдалённых результатов не всегда объективный. По мнению одного из пионеров эндохирургического метода оперативного лечения рефлюксной болезни профессора Долемана на современном этапе актуальным являются: замена классических операций на эндохирургический или эндоскопический, выработка единых стандартных контролируемых методик, поиск новых идей и концепций диагностики и оперативного лечения. Наша клиника занимается проблемами ГПОД более 30 лет, а ГПОД и ГЭРБ более 15. За это время оперировано более 500 больных с ГПОД, а последнее время и с ГЭРБ. Консультировано гастроэнтерологами и хирургами, обследовано эндоскопически и рентгенологически более 6000 пациентов. Подавляющая часть лечится консервативно с осуществлением регулярного эндоскопического контроля, который несравненно качественно изменился в связи с внедрением видеоэндоскопических установок. В этой связи стало возможным более чётко рассмотреть слизистую оболочку нижней трети пищевода и выявить даже начальные воспалительные изменения, что более чем в 3 раза увеличило выявляемость эзофагита. Второе – мы пересмотрели описательную оценку кардии и пришли к заключению, что картина несмыкания складки Губарева может быть объективной оценкой недостаточности кардии. Для выбора оперативного лечения мы используем разработанную схему показаний (патент РФ) включающую 11 пунктов и оценивающую многие важные факторы, кроме классических, известных из научной литературы. С 2006 года мы применили новый способ операции (патент РФ), преимуществами которого являются: возможность выполнения классическим и эндоскопическим способами; малая травматичность; отсутствие необходимости диссекции вокруг пищеводно-желудочного перехода, ножек диафрагмы и сшивания их позади пищевода, формирования антирефлюксной муфты; быстрое выполнение; восстановление острого угла Гиса и складки Губарева; короткий послеоперационный период; высокий процент отличных и хороших клинических, эндоскопических и рентгенологических результатов; быстрое восстановление трудоспособности; регресс воспалительных изменений в пищеводе, в том числе исчезновение метаплазии, сто признано находкой исследования. Оценивая ближайшие у 254 пациентов и отдалённые у 220, мы отметили следующее. Одно из отрицательных последствий антирефлюксных операций - дисфагия – совершенно не характерна для новой методики. Локальные болевые ощущения в местах фиксации легко купируются блокадами. Самым значимым осложнением является имплантат ассоциированное в виде миграции в просвет пищеводно-желудочного перехода и гнойное

воспаление вокруг, что отмечали предшественники, кто применял сетку для пластики отверстия или магнитный браслет для восстановления замыкательной функции нижнего пищеводного сфинктера. Получив данные осложнения при применении полипропиленовой сетки у 4,3% из 164-х оперированных, мы заменили её на ленту из ксеноперикарда и оперировали 90 больных в надежде или не получить подобное осложнение, или при миграции лента могла бы быть подвержена воздействию пищеварительных соков и переварена. Однако у трёх (3,3%) больных также возникла миграция ленты из ксеноперикарда и у 2 (2,2%) изолированное нагноение в местах крепления. Интересные наблюдения в этой связи: полипропилен мигрирует в сроки 3-5 месяцев, воспаление чаще возникает локальное в месте миграции, выступающая в просвет часть сетки может быть без особых проблем рассечена аргоноплазменным коагулятором, аррозия закрывается самостоятельно, у 2 из 7 больных произошли отрывы прикреплённых концов к передней брюшной стенке, и они также мигрировали в просвет желудка, рецидив болезни не возник ни у кого; ксеноперикард при контакте с подкожной клетчаткой может быть причиной локального инфекционного осложнения, поэтому мы в последнее время применяем комбинированную ленту, часть около пищевода - из ксеноперикарда, а концы – из полипропилена, при миграции ленты из ксеноперикарда в течение 1.5-2 месяца в месте контакта с желудочным соком происходит его разрушение, ксеноперикард вне органа увеличивается в объёме, лента не срастается с брюшиной и отторгается, вокруг развивается грануляционная ткань, обе части ксеноперикарда могут быть легко извлечены из точек крепления, рецидив болезни не возникает. Мы полагаем, что успевают сформироваться фиксирующая структура из собственных тканей. Следующая проблема – это сопутствующая патология, которую некоторые больные с ГПОД и ГЭРБ или не воспринимают, или не хотят верить в неё, или находятся под влиянием другого мнения, поэтому их трудно переубедить, и они находятся или в поиске универсальной операции решающей все их проблемы, или нового доктора, который все эти проблемы решит. Наш опыт, пусть небольшой, единичных больных, убеждает, что мы должны вести более строгий отбор и не идти на поводу у пациентов. Результаты новой операции нас приводят к выводу, что при находке материала, который мог бы не вызывать миграционные осложнения методика может быть универсальной. Однако и наблюдаемые осложнения не приводят к потере трудоспособности, и результаты операций сравнительные в целом с другими методиками также выглядят предпочтительнее. Что касается психосоматических наслоений и сопутствующей патологии – с подобными больными нужна обстоятельная работа, в том числе смежных специалистов.

255.Видеоэндоскопические операции при нервно-мышечных заболеваниях пищевода

Черкасов М.Ф. , Ю.М. Старцев, Д.М. Черкасов, С.В. Перескоков

Ростов-на-Дону

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Ахалазия пищевода занимает второе место среди всех доброкачественных заболеваний пищевода. Распространенность нервно-мышечных заболеваний составляет 0,5 – 0,8

Тезисы XIX Съезда Общества эндоскопических хирургов России, г. Москва, 16-18 февраля 2016 г.

на 100000 населения. Цель работы. Улучшение результатов лечения больных ахалазией и диффузным спазмом пищевода путем разработки и клинического использования видеоэндохирургической методики. Материалы и методы. В хирургических отделениях клиники Ростовского государственного медицинского университета выполнено 92 видеоэндохирургических вмешательств по поводу нервно-мышечных заболеваний пищевода: у 88 пациентов имела место ахалазия (в 81 наблюдении применялся лапароскопический доступ, в 7 – левосторонний торакоскопический), у 4 показанием к операции являлся диффузный спазм пищевода. Произведена оценка интраоперационных осложнений, а также сравнительная оценка отдаленных результатов лечения больных, оперированных видеоэндоскопически и традиционным методом. Результаты. Выполнение эзофагокардиомиотомии при ахалазии возможно как из лапароскопического, так и из торакоскопического подходов. В последние годы все операции производятся из лапароскопического доступа в связи с меньшей его травматичностью. Мы рассекаем продольные и циркулярные мышечные волокна, что является профилактикой рецидива заболевания, по передне-левой стенке пищевода на протяжении 6 – 7 см, разрез на 1,5 – 2 см продлеваем на кардиальный отдел желудка. Использование передней фундопликации по Дору позволяет не выполнять мобилизацию желудка в области его дна. Во время видеоэндоскопических вмешательств у 12 пациентов (13,6%) интраоперационно возникли повреждения слизистой оболочки пищевода, которые в 4 наблюдениях потребовали выполнения конверсии (4,5%), у остальных 8 больных дефекты слизистой оболочки пищевода были ушиты видеоэндоскопически. Других причин для выполнения конверсии не было, осложнений, связанных с выполнением конверсии, также не отмечалось. В отдаленные сроки у 1 оперированного нами больного (1,1%) отмечен рецидив заболевания. Нами были оперированы также 2 пациента с рецидивами ахалазии пищевода после лапароскопических операций, выполненных в хирургических отделениях других клиник. Сроки возникновения рецидива заболевания составили от 8 до 10 лет. Следует отметить, что при рецидивах ахалазии пищевода после выполнения лапароскопии и ревизии во всех случаях произведена конверсия, продолжение операции лапароскопически в наших наблюдениях не представилось возможным в связи с выраженными рубцовыми изменениями в зоне пищеводно-желудочного перехода и отсутствием мышечного слоя. У 2 больных произведено наложение V-образного эзофагогастроанастомоза (операция Грендаля) с фундопликацией по Дору из лапаротомного доступа, в одном наблюдении для наложения анастомоза использовались линейные сшивающие аппараты. У 1 пациента выполнена резекция нижней трети пищевода и кардиального отдела желудка с наложением эзофагогастроанастомоза циркулярным сшивающим аппаратом. В послеоперационном периоде у пациентов с рецидивами ахалазии пищевода осложнений отмечено не было, симптомы дисфагии купировались, при контрастном рентгенологическом исследовании отмечено уменьшение диаметра пищевода. Операции при диффузном спазме пищевода (экстрамукозная эзофагомиотомия на протяжении от дуги непарной вены до уровня пищеводно-желудочного перехода – операция Биокка) выполняется из правостороннего торакоскопического доступа. Конверсий при выполнении операций у больных диффузным спазмом пищевода не было. Выводы. Таким образом, видеоэндохирургические вмешательства являются операциями выбора при лечении больных нервно-мышечными заболеваниями пищевода, лапароскопические вмешательства при ахалазии пищевода являются более предпочтительными, чем торакоскопические. Операции при диффузном спазме пищевода целесообразно выполнять из правостороннего торакоскопического доступа. При рецидивах ахалазии пищевода предпочтение необходимо отдавать открытым оперативным вмешательствам. При рецидивах ахалазии пищевода показанным является наложение V-образного эзофагогастроанастомоза (операция

Грендаля) с фундопликацией по Дору или резекция нижней трети пищевода и кардиального отдела желудка с наложением эзофагогастроанастомоза с применением сшивающих аппаратов.

256.Видеоэндоскопические оперативные вмешательства при заболеваниях пищевода

Черкасов М.Ф., Ю.М. Старцев, Д.М. Черкасов, С.В. Перескоков

Ростов-на-Дону

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность исследования. Видеоэндохирургические технологии в лечении заболеваний пищевода широко развиваются, особенно в последние десятилетия. Однако широкий диапазон вопросов, касающихся выбора доступа, объема оперативного вмешательства, применения тех или иных технических приемов остаются дискуссионными. Цель работы. Улучшение результатов лечения больных заболеваниями пищевода путем разработки и научного обоснования новых способов вмешательств с использованием видеоэндохирургической методики. Материалы и методы. В хирургических отделениях клиники Ростовского государственного медицинского университета выполнены 292 видеолaparоскопические и видеоторакоскопические операции на пищеводе. Произведено 112 оперативных вмешательств при осложненных формах грыж пищеводного отверстия диафрагмы, 92 операций по поводу нервно-мышечных заболеваний пищевода (88 – ахалазия пищевода III – IV стадии, 4 – диффузный спазм пищевода), 28 – по поводу дивертикулов (16 – наддиафрагмальных и 12 – бифуркационных), 20 – доброкачественных новообразований, произведено также 25 видеоторакоскопически ассистированных экстирпаций пищевода в связи с раком и 15 – в связи с рубцовыми стриктурами пищевода. Кроме того у 18 пациентов произведена внутрипросветная реконструкция анастомоза при помощи видеоэндохирургической техники при рубцовой стриктуре пищеводно-желудочного или пищеводно-кишечного анастомоза на шее, у 19 пациентов при выполнении шунтирующей загрудинной пластики формирование ретростерального тоннеля и наложение внутрипросветного анастомоза выполнялись с помощью видеоэндохирургической техники. Произведена оценка интра- и послеоперационных осложнений, а также сравнительная оценка отдаленных результатов лечения больных, оперированных видеоэндоскопически и традиционным методом. Результаты. Проведенные анатомические исследования позволили установить, что при правостороннем торакоскопическом доступе визуализация пищевода и манипуляции на нем возможна на всем протяжении его грудного отдела, при левостороннем торакоскопическом подходе пищевод доступен на уровне нижней и средней его трети, при необходимости (после выполнения диафрагмотомии) возможны манипуляции на абдоминальном отделе пищевода и желудке. Лапароскопический доступ позволяет выполнять операции не только на брюшном его отделе, но и на грудной части вплоть до средней трети, дает возможность производить вмешательства не только при ахалазиях и грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, но и при эпифренальных дивертикулах и доброкачественных новообразованиях пищевода, располагающихся выше диафрагмы. Видеоэндоскопические операции позволяют снизить число интра- и послеоперационных осложнений, величину кровопотери, количество

применяемых препаратов, в том числе анальгетиков и антибиотиков, способствуют более быстрой нормализации показателей анализов крови, уменьшению сроков реабилитации больных, пребывания пациентов в стационаре. Лапароскопические операции на пищеводе переносятся легче торакоскопических. Выводы. Таким образом, в настоящее время практически при всех патологических процессах пищевода, требующих хирургического вмешательства, операция может быть выполнена видеоэндоскопически. Лапароскопические и торакоскопические операции на пищеводе должны выполняться по строгим показаниям и с учетом противопоказаний. Выпор доступа к патологическому процессу на пищеводе должен осуществляться индивидуально с учетом его характера и локализации, а также типа телосложения и анатомических особенностей пациента. Возникновение интраоперационных осложнений не всегда является показанием к конверсии и в большинстве случаев могут быть устранены без перехода на «открытую» операцию. Несмотря на все преимущества видеоэндохирургических вмешательств, возможность применения этого способа при раке пищевода ограничивается I – II стадиями процесса.

257. Комбинированное лечение гидатидного эхинококкоза печени.

Кучин Ю.В., Одишелашвили Г.Д., Пахнов Д.В.

Астрахань

ГБОУ ВПО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России

По данным управления федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по АО в 2014 году на территории Астраханской области выявлено 19 случаев эхинококкоза, что имеет крайне неблагоприятную оценку. В условиях клиники госпитальной хирургии «Астраханского ГМУ» и ГБУЗ АО «Александро-Мариинская областная клиническая больница» в период с 2010 по 2015 гг. пролечено 42 человека, страдающих эхинококкозом печени, из которых 36 подверглись хирургическому вмешательству и 6 человек пролечены только консервативно. Всем больным назначали три курса химиотерапии препаратом альбендазол, оперированные больные получали два курса до операции и один после. При хирургических вмешательствах производили: открытую эхинококкэктомия – 18, в данную группу входили больные с внутриорганным расположением кисты и больные оперированные до 2012 года, лапароскопически-ассистированным способом оперированы – 18 человек, больные оперированные после 2012 года с подкапсульным, поддиафрагмальным и периферическим расположением эхинококковой кисты. 6 человек с эхинококковой кистой печени размером до 2-х см в качестве основного лечения получали три курса химиотерапии. Доза лекарственного препарата определялась по стандартной схеме, пациентам с массой тела >60 кг назначали в суточной дозе 800 мг в 2 приема по 400 мг на протяжении всего лечения, пациентам с массой тела

258.Выбор доступа в зависимости от размеров и результаты герниопластики неосложненных пупочных грыж

Алибегов Р.А., Мелконян С.С.

Смоленск

Алибегов Р.А. (1, 2), Мелконян С.С (2). Смоленский государственный медицинский университет ОГБУЗ «Клиническая больница №1», г. Смоленск

Введение Неудовлетворительные результаты операций с пластикой грыжевого дефекта собственными тканями наряду с появлением прочных биологически инертных материалов привели к радикальному пересмотру основных положений хирургии грыж живота в пользу аллогерниопластики. В большинстве исследований, в которых оценивалась эффективность лечения небольших вентральных грыж, рекомендуется герниопластика при помощи сетки, поскольку герниорафия сопровождается неоправданно высокой частотой рецидивов. Цель исследования Оценить результаты герниопластики больных с пупочными грыжами, оперированных открытым чреспупочным и лапароскопическим доступом. Материалы и методы Проведен анализ хирургического лечения 57 пациентов с неосложненными пупочными грыжами. Все пациенты поступали в хирургическое отделение на оперативное лечение в плановом порядке. Возрастной интервал составил от 29 до 74 лет. Все операции выполнялись только с применением сетчатых эндопротезов. 1-ю группу составили больные, оперированные открытым чреспупочным доступом (n=37). Выполнялся вертикальный разрез с сохранением пупка. Чреспупочный доступ отличается хорошим косметическим эффектом, щадящим отношением к тканям, поскольку не травмируются мышцы, сосуды и нервы околопупочной области. 2-ю группу составили больные, оперированные из лапароскопического доступа (n=21). Лапароскопическая герниопластика выполнялась по методике IPOM и IPOM-плюс с применением трансабдоминальных или интракорпоральных швов. По размерам грыжевых ворот в 1-й группе преобладали больные с малыми (≤ 2 см) и средними (2-4см) пупочными грыжами. Во 2-й группе все пациенты имели большие пупочные грыжи (>4см) (European Hernia Society, 2009). Результаты исследования Срок наблюдения 2 года. Рецидивов ни в одной из групп не выявлено. Случаев конверсии во 2-й группе не наблюдалось. Средний срок госпитализации составил 7 суток, однако, необходимо отметить, что пациенты уже на 2 день не нуждались в сильных анальгетиках и могли быть выписаны. Выраженность послеоперационного болевого синдрома в 1-е сутки после операции по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в обеих группах составила 2-3 балла. Из местных воспалительных осложнений в 1-й группе отмечалось 2 случая образования сером (5%). Во 2-й группе местных осложнений не наблюдалось. Достоверного снижения качества жизни больных по комбинации опросников SF-36 и GIQLI не выявлено. Выводы 1. Применение сетчатых эндопротезов в лечении пупочных грыж любых размеров обеспечивает низкую частоту рецидивов. 2. В лечении пупочных грыж малых и средних размеров предпочтителен чреспупочный доступ, т. к. он является малотравматичным, косметически выгодным, обеспечивает хорошие результаты в ближайшем и отдаленном периодах. 3. В лечении неосложненных пупочных грыж больших размеров предпочтительна лапароскопическая пластика IPOM и IPOM-плюс, отличающаяся низкой частотой рецидивов и местных воспалительных осложнений.

259.Лапароскопическое лечение параэзофагеальных ГПОД.

Ефремов А.П.(1), Шестопалов С.С.(2), Базанов А.В.(1), Бондаревский И.Я.(1), Лаврентьев О.В.(1), Тарасов А.Н.(2).

Челябинск

Челябинская Областная Клиническая больница, Южно-Уральский Государственный Медицинский университет.

Актуальность проблемы ГПОД и ГЭРБ остается высокой, что связано с большим количеством дисплазий соединительной ткани, хорошим уровнем диагностики данной патологии. Больные зачастую требуют индивидуального подхода в лечении, а также нередко отягощены сопутствующей патологией. В нашей клинике за последние 4 года (2012-2015) оперированы 293 человека с установленным диагнозом ГПОД различной степени. Среди них было 71 (24%) мужчин, 222 (76%) женщины, средний возраст больных составил 47 лет. Все больные проходили стандартную диагностику: лабораторную, ЭГДС с биопсией пищевода (при подозрении пищевода Баретта) и желудка (Нр), рентгеноскопию с водорастворимым сернокислым барием. Из всей группы больных, выявлено 11 (3,8%) пациентов с гигантскими параэзофагеальными грыжами ПОД. Данная группа больных характеризовалась посттравматическим характером грыж ПОД (8 человек), связанных с хроническими заболеваниями легких (2 – бронхиальная астма), у 1 пациентки ГПОД развилась после беременности двойней. По данным рентгеноскопии у данных больных выявлено: 1) смещение $\frac{1}{2}$ желудка в заднее средостение (6), 2) смещение желудка вплоть до антрального отдела (3), 3) смещение желудка и толстой кишки в 1 случае, 4) смещение желудка и большого сальника (уточнено во время оперативного лечения) в 1 случае. У одной пациентки ГПОД манифестировала с клиники ущемления, которое купировано консервативно. В случаях наличия сопутствующей патологии, больные проходили лечение у профильных специалистов до компенсации процесса. При ЭГДС признаков укорочения пищевода выявлено не было. Все пациенты оперированы в плановом порядке, лапароскопически. Интраоперационно проводилась мобилизация и низведение желудка в брюшную полость, мобилизация нижней трети пищевода, крурорафия. Поскольку в процессе мобилизации, а также из-за длительного существования ГПОД связочный аппарат желудка был не функционален, проводилась фундопликация по Ниссену, даже при отсутствии клиники ГЭРБ до операции. Как правило, ножки диафрагмы были истончены, с целью их укрепления проводилась пластика проленовым сетчатым протезом, с укрытием каждой ножки в отдельности, и фиксацией сетки швами задней крурорафии. Только в одном случае, нами применена сетка Просид, для круговой пластики ПОД. В 3 случаях были удалены грыжевые мешки из заднего средостения, остаточная полость дренирована, дренаж выведен через ПОД, затем в левое подреберье. Интраоперационно, при выделении самой грыжи и грыжевых мешков, получено 2 пневмоторокса справа, с вскрытием плевральной полости. Плевра была ушита, плевральная полость дренирована через пищеводное отверстие диафрагмы, на активную аспирацию, до расправления легкого, затем по Бюлау, и на 2 сутки дренажи были удалены. Средний койко день составил 7, через ОРИТ прошли 5 пациентов в течении суток, ввиду наличия пневмоторакса и сопутствующей патологии. Все больные начали энтеральную гидротацию через 4 часа после операции, дисфагия 1 степени отмечена у 2 больных, купировалась к 4 суткам. В послеоперационном периоде больные получали профилактику язвенной болезни Омепразолом по 20 мг, в связи с травматичным выделением желудка во время операции. В послеоперационном периоде выполнялась контрольная рентгеноскопия, для

исключения раннего рецидива грыжи, наличия гастроэзофагеального рефлюкса, оценки моторной функции пищевода и желудка. При исследовании у всех 11 оперированных больных кардиальный отдел желудка и манжета находились ниже диафрагмы, ГЭР не было, эвакуация своевременна. При контрольных осмотрах через 3 месяца при ЭГДС функция кардии сохранена, признаков эзофагита не было. При наблюдении в сроке до 3 лет в этой группе больных рецидивов не было. У больных бронхиальной астмой отмечено улучшение состояния, что привело к уменьшению частоты использования кортикостероидных препаратов, и уменьшению частоты обострений БА. Таким образом лечение гигантских параэзофагеальных ГПОД может проводиться лапароскопически, что уменьшает травму, и позволяет выполнить адекватный объем операции. Пневмоторакс, полученный в ходе оперативного лечения должен быть дренирован, для уменьшения травмы, возможно дренирование через пищеводное отверстие диафрагмы. Укрепление ножек диафрагмы сетчатыми протезами не дает рецидивов грыж, и позволяет восстановить правильную анатомию в этой зоне, а проведение фундопликации предотвращает либо корригирует наличие гастроэзофагеального рефлюкса.

260. Неуточненные желудочно-кишечные кровотечения: состояние проблемы и возможности диагностики.

Кащенко В.А. (1, 2), Солоницын Е.Г. (1, 2), Распереза Д.В. (2), Бескровный Е.Г. (1), Шацлло И.О. (1, 2), Глузман М.И. (1, 2), Лебедева Н.Н (1, 2).

Санкт-Петербург

1) Санкт-Петербургский государственный университет, Медицинский факультет, Кафедра факультетской хирургии. 2) Клиническая больница № 122 имени Л.Г.Соколова ФМБА России.

Не смотря значительный прогресс в диагностике и лечении желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК), достигнутый за последние десятилетия (в частности, развитие эндоскопической техники), остается немалая часть пациентов (по некоторым данным, а также в разных возрастных группах — не менее 5% и до 25-30%), у которых источник кровотечения (при наличии клинической и/или лабораторной картины) не выявляется по результатам фиброгастродуодено- (ФГДС) и фиброколоноскопии (ФКС). В начале 2000-х г. Американская гастроэнтерологическая ассоциация (AGA) и Американское общество гастроинтестинальной эндоскопии (ASGE) ввели понятие «obscure gastrointestinal bleeding», что в отечественной периодике интерпретировано как «неуточненное ЖКК». Под этим понимается ситуация наличия клинических и/или лабораторных признаков продолжающегося, рецидивирующего или перенесенного ЖКК при отрицательных данных ФГДС и ФКС (в т.ч. при повторном исследовании). В свою очередь, различают: 1) явное неуточненное кровотечение (overt GI-bleeding), когда имеется соответствующая клиническая картина (гематомезис, гематошизис или мелена), 2) скрытое неуточненное кровотечение (occult GI-bleeding), выявляемое только лабораторными методами (стабильно положительный гемокульттест (FOBT) и/или железо-дефицитная анемия без явной причины). Источники неуточненных ЖКК, в основном, располагаются между связкой Трейца и илеоцекальной заслонкой, т.е. относятся к заболеваниям тонкой кишки. Среди этих нозологий различают: сосудистые аномалии слизистого/подслизистого слоя (ангиодисплазии, флeбэктазии,

артериовенозные мальформации), опухоли (доброкачественные, первично злокачественные, метастатического характера), эрозивно-язвенное поражение различного происхождения, хронические воспалительные заболевания кишечника (чаще, болезнь Крона), дивертикулез тонкой кишки (в том числе дивертикул Меккеля), гемобилия и вирсунгоррагия различного генеза. Изучение просвета тонкой кишки долгое время ограничивалось пределами досягаемости традиционной эндоскопии. Rg-логические исследования с пассажем контраста обладали низкой информативностью. Зондовая энтероскопия являлась технически сложным и длительным методом. Интраоперационная энтероскопия, при высокой чувствительности, является достаточно агрессивной, нередко, требующей мануальной или лапароскопической ассистенции, а также с существенным риском послеоперационных осложнений. Появление на рубеже столетий новых методов эндоскопической диагностики — видеокапсульной и баллон-ассистированной энтероскопии — впервые открыло мир тонкой кишки «изнутри» в анатомически целом состоянии и в режиме реального времени. Стало возможным визуально и топографически оценить внутрипросветные процессы в ней прижизненно и дооперационно. Диагностическая ценность видеокапсульной эндоскопии (ВКЭ) в настоящее время оценивается около 50%. Однако, последовательное использование видеокапсульной и баллон-ассистированной энтероскопии (трансорально и трансанально) позволяет выявить патологию в 90-95% случаев. Таким образом, данные о состоянии тонкой кишки, получаемые с помощью новых эндоскопических методик, принципиально меняют диагностический алгоритм, выводя его на качественно новый уровень. Использование данных исследований у пациентов с клиническими и/или лабораторными признаками ЖКК, а также с анемией неясного генеза должно быть рекомендовано в качестве третьего шага при отрицательной диагностической информации со стороны «стандартной» эндоскопии. Последовательное использование видеокапсульной и баллон-ассистированной энтероскопии позволяет нивелировать существенные недостатки первой: трудности в точной топографии патологического очага, а также в определении его размеров, феномен пропуска изображения, невозможность выполнения биопсии и лечебных мероприятий. Данная лечебно-диагностическая «связка» представляется выигрышной у относительно новой клинической группы пациентов — с «неуточненными» желудочно-кишечными кровотечениями.

261. Опыт применения видеокапсульной энтероскопии при неуточненных желудочно-кишечных кровотечениях.

Кащенко В.А. (1, 2), Солоницын Е.Г. (1, 2), Распереза Д.В. (2), Бескровный Е.Г. (1), Шаццлло И.О. (1, 2), Глузман М.И. (1, 2), Лебедева Н.Н (1, 2).

Санкт-Петербург

1) Санкт-Петербургский государственный университет, Медицинский факультет, Кафедра факультетской хирургии. 2) Клиническая больница № 122 имени Л.Г.Соколова ФМБА России.

Материалы и методы. Был проведен анализ видеокапсульных эндоскопических исследований, выполненный в Клинической больнице № 122 за период 2007 — 2014 г.г. у пациентов, относящихся к группе неуточненных желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК). Незадолго до этого им выполнялись фиброгастродуодено- и фиброколоноскопия (как в нашем стационаре, так и

других учреждениях города) с отрицательным, либо неспецифическим результатом. Всего отобрано 26 пациентов (17 мужчин и 9 женщин). Разброс по возрасту составлял от 21 до 79 лет ($m=58,2$ года, $Me 59,5\pm 0,5$ лет). В стационарных условиях выполнено 14 исследований, амбулаторно — 11. По экстренным показаниям 10 исследований, плановых — 16. Среди пациентов 9 — с клиническими признаками ЖКК (т.е. относились к «явным» неуточненным ЖКК), у 15 имелась хроническая анемия без явной причины и с умеренным эффектом на фоне терапии препаратами железа («скрытые» неуточненные ЖКК). Исследование проводилось с помощью эндокапсулы EC type I (“Olympus”, Япония). Последняя размерами 26×11 мм, масса 3,7 грамм, частота съемки 2 кадра/секунду, время работы — до 8 часов. Подготовка к исследованию стандартная: бесшлаковая диета с течение 2-3 предшествующих дней, пероральный лаваж кишечника раствором полиэтиленгликоля (3-4 литра) накануне, голод за 12 часов до процедуры. За полчаса до проглатывания капсулы внутрь Эспумизан 50 мл + премедикация прокинетики (метоклопрамид). Через 2 часа после начала исследования разрешался прием прозрачных неокрашенных жидкостей, через 4 часа - «легкая» пища. Оценка полученных эндоскопических изображений проводилась на следующий день. Результаты. У всех пациентов выполнено полное исследование тонкой кишки, у некоторых удалась оценка изображений желудка и начальных отделов толстой кишки. Дефектов вследствие некачественной подготовки не было. Продолжительность пассажа по тонкой кишке составила от 4 до 7,5 часов (в среднем 5,9 часов). Осложнений выявлено не было. Капсула покинула ЖКТ естественным путем во всех случаях. Выявлены следующие патологические изменения тонкой кишки: ангиодисплазии — 12 (в т.ч. у 1 флэбэктазии тонкой кишки по типу эктопических вариксов), болезнь Крона — 1, язвы и афты — 1, эрозивное поражение — 2 (в т.ч. 1 случай геморрагического энтерита), очаговые геморрагии — 1, подслизистое новообразование — 1, злокачественная опухоль — 2. В случае эрозивно-язвенного поражения тонкой кишки оно носило неспецифический (по всей видимости, НПВС-ассоциированный) характер. Двум пациентам с ангиодисплазиями дистальных отделов подвздошной кишки выполнен эндоскопический гемостаз посредством фиброколоноскопа. Пациент с выявленным подслизистым образованием от предложенного оперативного лечения отказался. У одного из пациентов с онкологическим заболеванием тощей кишки диагноз (аденокарцинома) был установлен, основываясь на данных эндоскопической картинки, у второго (лейомиосаркома) заподозрен по косвенным признакам, а окончательно верифицирован интраоперационно и на основании гистологического исследования. Обоим выполнено успешное оперативное вмешательство (резекция тонкой кишки). У двух пациентов причина кровотечения локализовалась в антральном отделе желудка (острые геморрагические эрозии и эпителиальное новообразование). В 4 случаях источник кровотечения обнаружить не удалось. Кроме того, у 4 человек была выявлена сочетанная патология (ангиодисплазии и эрозивно-язвенное поражение тонкой кишки). В 14 случаях факт продолжающегося кровотечения (неинтенсивного характера) зафиксирован при анализе эндоскопических изображений. Выводы. Полученные результаты внушают оптимизм в вопросе дальнейшей диагностики у пациентов группы «неуточненных ЖКК» и позволяют рекомендовать ВКЭ в качестве «третьего шага» в поисках нозологий, вызывающих данное состояние.

Аболмасов А.В., Мамошин А.В., Аболмасов Ан.В.

Орел

ООКБ. Плещеевская ЦРБ.

EMILOS - Endoscopic Mini\Less invasive open sublay. Метод был разработан R.Bittner. Представляет собой комбинированное вмешательство по коррекции послеоперационных вентральных грыж. Метод состоит из двух этапов - открытого выделения грыжевого мешка и вскрытия ретромускулярного пространства из небольшого доступа 5-6 см. Второй этап выполняется видеоскопически через 3 троакара. Выполняется мобилизация ретромускулярного пространства прямой мышцы живота до мечевидного отростка краниально и при необходимости до лонной кости каудально. Сетчатый протез располагается в sublay слое. Фиксация при необходимости либо транскутанно иглой типа эндоклоуз в 4 точках, либо степлером. Нами выполнено два вмешательства по данному принципу. Из первых впечатлений - обращает на себя внимание легкость и полный визуальный контроль выделения, а так же минимально выраженный болевой синдром в раннем послеоперационном периоде в сравнении с лапароскопической ИПОМ или традиционной пластикой sublay.

263.Результаты лечения больных с ущемленной послеоперационной вентральной грыжей.

Таиров Т.Р.(1), Бронштейн П.Г.(2), Шляхова М.А.(2), Садыкова Н.У.(2), Семенчева О.В.(2)

Тула

1) ТулГУ, медицинский институт 2) ТГКБСМП им.Д.Я.Ваныкина

В России производится ежегодно 200000 грыжесечений, из них по поводу ущемления - более 29000. В исследовании изучены непосредственные результаты лечения двух групп пациентов оперированных по поводу ущемленной послеоперационной вентральной грыжи, первая группа оперированы открытым способом выполнена безнатяжная пластика, вторая группа оперированы лапароскопически выполнена пластика по методике ИПОМ. Внедрение методики ненатяжной пластики с использованием сетки явилось результатом попытки уменьшить уровень послеоперационных болей, снизить число осложнений и рецидивов. Материалы и методы: в период с мая 2010г. по август 2015г. на базе хирургического отделения №1 ТГКБСМП г. Тулы, было прооперировано 120 пациентов с диагнозом п\о вентральная грыжа, из них 75 человек (62,5%) открытым способом и 45 человек (37,5%) лапароскопическим способом. Противопоказаниями для выполнения безнатяжной герниопластики являлись инфекции брюшной полости, не корригируемые коагулопатии и невозможность общей анестезии. Результаты оперативного лечения 75 пациентов оперированных открытым способом. Время выполнения операций варьировало от 50 минут до 139 минут и составило в среднем 93минуты. До 2010 года использовался полипропиленовый стандартный протез, а последние 5лет применяем облегченный «Эсфил-Линтекс». Чаще всего используется сетка размером 15x15см. Перед выпиской пациентам выполняли УЗИ контроль зоны оперативного вмешательства для определения наличия серозной жидкости в парапротезном пространстве. Осложнения в

ближайшем послеоперационном периоде, серомы в области установки сетки развились у 18 больных все они излечены пункционным методом. У 5 больных инфильтрат п\о рубца лечились консервативно, гематома у 3 больных, нагноение имело место в 2 случаях. Средняя длительность стационарного лечения составила 9,2к\д. 45 пациентам выполнена лапароскопическая герниопластика по методике IPOM. Во всех случаях использовались протезы ПВДФ. Трансплантант заступал за край грыжевых ворот не менее чем на 4см. Грыжевые ворота были ушиты у 33 больных, а у 12 не ушивались. Диаметр грыжевых ворот; менее 5см – у 21 больного, от 5см – до 10см у 19 больных, 10см -15см у 5 больных, пациенты с диаметром грыжевых ворот более 15см лапароскопически не оперировались. Болевой синдром в послеоперационном периоде был невыраженный и корригировался назначением НПВС в первые сутки после операции. Использовалась стандартная установка трех троакаров (10мм и два по 5мм) В этом случае боковые троакары устанавливались по латеральным краям прямых мышц живота. Операция начиналась с обзорной лапароскопии с целью ревизии органов брюшной полости. Рассечение ущемляющего кольца потребовалось у 31 (69%) больного у остальных 14 (31%) грыжа вправилась самостоятельно на фоне общего обезболивания и пневмоперитонеума. В случае симультанных операций устанавливались необходимые порты. Фиксация осуществлялась в 6-12 точках либо транскутанными швами, либо Z – образными скобками. Дренирование зоны операции не осуществляем. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде отмечены у 5(11,1%) пациентов. Из них у -3 пациентов инфильтрат п\о раны у -2 больных гематома п\о раны (лечение во всех случаях консервативное). Средняя длительность стационарного лечения составила 4,5к\д. Время выполнения операций варьировало от 32 минут до 107 минут и составило в среднем 98мин. Заключение: Метод лапароскопической герниопластики IPOM представляет собой эффективный и надежный способ лечения ущемленных послеоперационных вентральных грыж, обеспечивает оптимальную визуализацию анатомических структур, позволяет выполнить ревизию органов брюшной полости с коррекцией найденных патологических процессов, а также позволяет более быстро реабилитировать пациентов. Использование лапароскопической методики позволило снизить число п/о осложнений с 37,3% до 11,1 % и сократить среднюю продолжительность стационарного лечения на 4,7к\д при этом средняя продолжительность операции осталась практически такой же как при открытом вмешательстве.

264.Лапароскопическая атипичная резекция 5-6 сегментов печени по поводу цистаденомы с использованием водоструйного деструктора-аспиратора (клиническое наблюдение)

Аллаберганов Б.К., Джантуханова С.В., Старков Ю.Г.

Москва

ФГБУ Институт хирургии им. А.В.Вишневского Минздрава РФ

Актуальность: дифференциальная диагностика кистозных новообразований печени, несмотря на различные современные методы визуализации порой представляет сложную задачу. В ряде случаев установить генез кистозного образования печени на дооперационном этапе не представляется возможным. При подозрении на опухолевый характер кисты (цистаденома, цистаденокарцинома) рекомендуется выполнение резекции печени с целью радикального

удаления новообразования. Цель: продемонстрировать возможность минимально инвазивного метода лечения цистаденомы печени краевого расположения с использованием лапароскопического доступа и применением водоструйного деструктора-аспиратора. Материалы и методы: пациентка К., женщина 55 лет. Обратилась с жалобами на периодические тяжесть и боли в правом подреберье. Из анамнеза известно, что впервые 2012 году по данным КТ и МРТ выявлено кистозное образование 5-6 сегментов печени размерами 2х3 см. При динамическом наблюдении и обследовании в 2015 г по данным КТ и МРТ отмечен рост новообразования до 5 см, появление внутрисветных перегородок, что не позволяло в полной мере исключить опухолевый характер кистозного новообразования. В связи с чем, принято решение о выполнении атипичной резекции 5-6 сегментов печени с использованием лапароскопического доступа, учитывая краевое расположение новообразования в передних сегментах печени. Ход операции: при лапароскопической ревизии правая доля деформирована за счет наличия в проекции 5 и 6 сегментов кистозного образования. Выполнено лапароскопическое ультразвуковое исследование, при котором в правой доле в проекции 5 и 6 сегментов визуализируется кистозное образование неправильной округлой формы с четкими полициклическими контурами, диаметром до 5 см, с единичными внутрисветными перегородками. Интраоперационные данные не позволяют исключить кистозную опухоль, в связи с чем принято решение выполнить атипичную резекцию печени. Под контролем лапароскопического УЗИ с помощью монополярной коагуляции намечена линия резекции по диафрагмальной и висцеральной поверхностям печени. Ультразвуковыми ножницами вскрыта капсула печени. Рассечение паренхимы печени выполнялось с использованием водоструйного деструктора-аспиратора (ERBE), что позволяло безопасно выделить сосудистые структуры в паренхиме с последующим их клипированием и пересечением. Использование деструктора-аспиратора чередовалось с периодической обработкой поверхности резекции гидротермокоагуляцией, позволяющей выполнить адекватный гемостаз при возникающем диффузном паренхиматозном кровотечении. Необходимо отметить важность использования лапароскопического ультразвукового исследования на этапах резекции с целью правильного определения линии резекции, благодаря чему было возможно избежать вскрытия просвета новообразования и выявить крупные сосудистые структуры в процессе диссекции паренхимы. Препарат удален из брюшной полости в пластиковом контейнере после расширения одного из троакарных проколов в брюшной стенке. Поверхность среза печени дополнительно обработана аргоноплазменной коагуляцией в режиме Spray (ERBE). Результаты: послеоперационный период протекал гладко. Дренаж удален на 3-и сутки после операции. Больная выписана на 5-е сутки в удовлетворительном состоянии. При гистологическом исследовании морфологическая картина соответствует цистаденоме печени. При осмотре через 3 месяца пациентка жалоб не отмечает. При контрольном УЗИ брюшной полости – патологических изменений в зоне резекции печени нет. Заключение: данное клиническое наблюдение демонстрирует возможности выполнения органосохраняющих вмешательств с использованием лапароскопического доступа при новообразованиях печени краевого расположения.

265. Анализ осложнений лапароскопических операций в хирургии язвенного колита

Ибатуллин А.А., Тимербулатов М.В., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р., Валиева Э.К., Суфияров Р.С.

Тезисы XIX Съезда Общества эндоскопических хирургов России, г. Москва, 16-18 февраля 2016 г.

Уфа

Башкирский государственный медицинский университет Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии Отделение колопроктологии ГКБ №21 г. Уфы

Актуальность. Пациенты с язвенным колитом являются одними из наиболее тяжелых категорий больных в колоректальной хирургии. Неэффективное консервативное лечение с применением больших доз глюкокортикостероидов и малодоступность биологической терапии приводит к выраженным изменениям во всем организме с декомпенсацией всех видов обмена. Процент осложнений при выполнении хирургического лечения при язвенном колите остается высоким. Преимущества лапароскопической хирургии перед лапаротомными вмешательствами в настоящее время не оспариваются. Однако, малочисленность лапароскопических операций при язвенном колите требует накопления необходимого опыта в этой области с проведением анализа результатов этих вмешательств. Цель. Провести анализ осложнений лапароскопических операций в хирургии язвенного колита. Материалы и методы. В отделении колопроктологии ГКБ №21 г. Уфы за последние 3,5 года оперировано 18 больных язвенным колитом с применением лапароскопической техники. Среди больных было 6 мужчин (33,3%) и 12 женщин (66,7%). У всех пациентов отмечена тяжелая гормонозависимая форма язвенного колита с тотальным поражением толстой кишки. 1 этап хирургического лечения язвенного колита выполнялся в объеме лапароскопической колэктомии с выведением 1-ствольной илеостомы по Бруку. После стабилизации состояния выполнялся 2 этап хирургического лечения в объеме лапароскопической брюшно-анальной резекции с формированием J-образного тонкокишечного резервуара с резервуаро-анальным анастомозом и превентивной илеостомой по Торнболлу (11 больных – 61,1%). 3-им пациентам второй этап выполнен лапаротомным доступом. 3-им больным 2 этап хирургического лечения выполнен с сохранением мезоректума лапароскопически. Одной пациентке выполнена одномоментная лапароскопическая колпроктэктомия с формированием J-образного тонкокишечного резервуара с резервуаро-анальным анастомозом и превентивной илеостомой по Торнболлу. 14 больным (77,8%) выполнены восстановительные операции. 3-е больных (16,7%) ожидают 2 этапа хирургического лечения, 1-а больная ликвидации илеостомы. Результаты и их обсуждение. При анализе результатов лапароскопических операций при язвенном колите отмечено 4 осложнения (22,2%), все осложнения после 1 этапа. 3 осложнения развились у больных первых 5-и лапароскопических операций. В двух случаях (11%) были гнойно-воспалительные осложнения. В одном случае вследствие нагноения парастомальной раны развилась ретракция стомы с перитонитом, что потребовало лапаротомии, санации дренирования брюшной полости, реилеостомии. У одного больного вследствие негерметичности аппаратного шва из-за выраженных воспалительных изменений в области ректосигмоидного отдела толстой кишки в послеоперационном периоде развился абсцесс культи прямой кишки потребовавший выполнения вскрытия и санации гнойника из местного доступа. У одной больной развился заворот пряди сохраненного большого сальника с некрозом, потребовавший релапароскопии, лапароскопической резекции сальника. В одном случае развился заворот тонкой кишки вокруг одноствольной илеостомы с кишечной непроходимостью. Устранить заворот лапароскопически не представлялось возможным, непроходимость устранена при лапаротомии. Летальных исходов не было. Выводы. 1. Показания к хирургическому лечению при язвенном колите должны выставляться своевременно при строгом соблюдении протокола клинических рекомендаций. 2. Оптимальным методом хирургического лечения язвенного колита должны быть лапароскопические вмешательства. 3. Послеоперационные осложнения отмечены у 4 больных (22,2%) после первого этапа хирургического лечения язвенного колита. 4. Техника выполнения

лапароскопических операций при язвенном колите имеет свои особенности требующая накопления необходимого опыта.

266. Прогностический критерий SAPSII в выборе способа оперативного лечения острого деструктивного холецистита у пациентов с повышенным операционным риском.

Величко Е.А., Некрасов А.Ю., Сергеев А.В.

Величко Е.А. (1), Некрасов А.Ю.(1), Сергеев А.В (2) 1) Москва 2) Смоленск

1) ФГБУ ФКЦ ВМТ ФМБА России 2) ОГБУЗ "КБСМП"

Цель. Повысить эффективность оперативного лечения острого деструктивного холецистита у пациентов пожилого и старческого возраста путем использования на дооперационном этапе прогностического критерия по шкале SAPS II. Актуальность. В настоящее время лапароскопические технологии широко используются хирургами всего мира, ввиду имеющегося большого количества преимуществ перед «открытыми» операциями. Однако у пациентов с тяжелой сопутствующей сердечно-легочной патологией, то есть с повышенным операционным риском, влияние напряженного карбоксиперитонеума опасно, вследствие снижения компенсаторных возможностей организма и развития негативных последствий и осложнений, нередко приводящих к летальному исходу. Одним из вариантов решения данной проблемы является использование лифтинговой технологии, позволяющей создать оперативное пространство в брюшной полости путем подъема передней брюшной стенки без использования пневмоперитонеума. Многие хирурги предлагают использовать лапаролифтинг при операциях по поводу острого деструктивного холецистита у пациентов пожилого и старческого возраста с целью улучшения результатов лечения и снижения послеоперационной летальности данной категории пациентов. Материалы и методы. В работе обобщены результаты лечения 168 пациентов пожилого и старческого возраста с острым холециститом, находившихся на лечении в хирургических отделениях с 2007 по 2014 г. В основную группу включено 87 (51,8%) пациентов в возрасте от 40 до 87 лет, которым лапароскопическая операция производилась в условиях лифтинговой методики вмешательства. Контрольную группу составили 81 (48,2%) пациент в возрасте от 43 до 80 лет, которым лапароскопическое вмешательство осуществлялось в условиях карбоксиперитонеума при давлении газа 6-8 мм рт.ст. Женщины составили большинство от прооперированных больных - 125 (74,4%); мужчины – 43 (25,6%). Средний возраст больных обеих групп составил 65,8 лет, причём в контрольной группе – 64,5 года, а в основной – 67 лет. Достоверных отличий по возрасту и половой принадлежности не выявлено. С целью объективизации оценки тяжести общего состояния и прогнозирования исходов лечения использована шкала Simplified Acute Physiology Score – SAPS II. По характеру сопутствующей, а также острой и хронической патологии и степени их компенсации все пациенты были распределены следующим образом: сумма баллов у которых при поступлении составила более 31 балла (87 пациентов), и сумма баллов у которых при поступлении составила менее 31 (81 пациентов). Результаты и обсуждение. Все больные оперированы в экстренном порядке, после предоперационной подготовки, которая включала в себя дезинтоксикационную, противовоспалительную, инфузионную, противоязвенную, антибактериальную терапию,

компенсацию или стабилизацию тяжелой сопутствующей патологии и определение балльного показателя по шкале SAPS II. Средний показатель SAPS II у больных, оперированных с использованием лапаролифта (n=87), составил $31,9 \pm 1,6$ балла, у пациентов оперированных лапароскопически с минимальным давлением в брюшной полости (n=81) – $29,8 \pm 1,4$ балла. Предположительный риск смерти у пациентов контрольной группы составил – $9,5 \pm 0,6\%$ (p

267. ОБЪЕКТИВНЫЕ КРИТЕРИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ЦЕННОСТИ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

Царьков П.В. (1), Коссович М.А. (1,2).

Москва

1) ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ, 2) ГБУЗ ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова ДЗМ.

Большое значение в вопросе передачи опыта и освоения новых технологий в малоинвазивной хирургии отводится участию в работе различных хирургических форумов – съездов, конференций, симпозиумов, школ, фестивалей, тренингов, мастер-классов и заседаний профессиональных обществ. Кредитно-балльная система, введенная в структуру непрерывного профессионального образования, дает возможность объективно оценивать количество и качество информации, полученной на подобных мероприятиях, и стимулировать процесс обучения хирургов. Желательно и целесообразно, чтобы посещение научно-практических мероприятий сопровождалось выступлением с докладом, лекцией или презентацией. Возможно также участие в дискуссии. Однако в большинстве случаев такое посещение ограничивается лишь пассивным прослушиванием докладов без какого-либо их глубокого осмысления и критического анализа. В тоже время необходимо признать, что некоторые доклады, представленные на таких мероприятиях, на самом деле не несут никакой серьезной смысловой нагрузки, бездоказательны и являются своего рода пиар-акцией авторов, то есть представляются абсолютно бесполезными в плане обучения и профессионального роста слушателей. При этом часть сообщений содержат непроверенную и даже ошибочную информацию. Приглашение для участия в научно-практических мероприятиях зарубежных специалистов до конца не спасает ситуацию. Один тот факт, что какой-либо доктор приехал к нам из-за границы еще не означает, что он является специалистом экспертного уровня, у которого можно и нужно учиться. Однако для придания особого статуса проводимому мероприятию подобная ситуация встречается довольно часто. В настоящее время назрела проблема разработки и внедрения объективных критериев кредитно-балльной системы оценки образовательной ценности научно-практических мероприятий, проводимых под эгидой различных профессиональных обществ. Попытки связать образовательный уровень мероприятий с продолжительностью его проведения не всегда логичны и корректны, так как полученные зачетные единицы должны отражать не время, потраченное на посещение мероприятия, а достижение специалистами определенного уровня профессиональной компетенции в пределах пройденного материала или объема учебной программы. Комиссия по непрерывному медицинскому образованию РОХ в апреле 2015 года разработала и опубликовала Положение об Образовательных баллах РОХ, в котором указано количество начисляемых баллов за участие в мероприятиях различного уровня и статуса.

Предлагаем для расчета количества предоставляемых за мероприятие баллов учитывать также число лекций, докладов, операций в режиме «on-line», сделанных на проводимом мероприятии специалистами экспертного уровня, обладающими необходимым уровнем компетентности. Некоторые сложности связаны с вопросом определения уровня компетентности специалиста, предоставляющего участникам мероприятия определенную информацию. Необходимо, чтобы критерии такой оценки были максимально четкими, прозрачными и главное – объективными. По всей видимости, обязательным характеристиками специалиста экспертного уровня должна быть его ученая степень, желательно – докторская. Кроме того, необходимо принимать во внимание количество имеющихся публикаций, например – более 100 или 200, и индекс цитирования, возможно – более 4–5. Целесообразно учитывать принадлежность специалиста к ВУЗу, главному научному или лечебному учреждению. Для специалистов хирургического профиля желательно принимать во внимание уровень, технику и результаты выполняемых операций, готовность к проведению хирургических вмешательств в режиме «on-line». В последнюю очередь следует обращать внимание на стаж и возраст претендента. По всей видимости, необходима интегральная формула с введением коэффициентов весового значения каждого параметра. Крайне желательна обратная связь между участниками научно-практических мероприятий и их организаторами, при которой целесообразны учет мнений и проведение оценки «выживаемости знаний» слушателей путем элементарного тестирования. Только после этого каждому участнику целесообразно начислять определенное количество баллов. При этом необходимо отметить, что уровень образовательной ценности того или иного научно-практического мероприятия должна оценивать какая-либо независимая от организаторов мероприятия профессиональная или общественная организация или структура. Возможно, что предлагаемая система оценки образовательной ценности научно-практических мероприятий, проводимых под эгидой различных профессиональных обществ, далеко не идеальна, требует проведения анализа и дополнения, но она всегда должна быть открыта для широкой дискуссии заинтересованных специалистов.

268. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ (Totally extraperitoneal endoscopic inguinal hernia repair (TEP)) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ.

Тарасов Е.Е., Нишневич Е.В., Багин В.А.

Екатеринбург

МАУ ГКБ N40

В работе представлен опыт применения экстраперитонеальной герниопластики (Totally extraperitoneal endoscopic inguinal hernia repair (TEP)) у 64 пациентов с диагнозом паховая грыжа за период май - ноябрь 2015 гг. Произведена оценка результатов использования и определение места экстраперитонеальной герниопластики в лечении паховых грыж. Цель исследования: • оценка результатов использования и определение места герниопластики в лечении паховых грыж. Материалы и методы: Все результаты представлены в виде медианы, верхнего и нижнего квартилей. Экстараперитонеальная герниопластика (Totally extraperitoneal endoscopic inguinal hernia repair (TEP)) использована за период май - ноябрь 2015 гг. у 64 больных. В своей работе мы руководствовались рекомендациями и классификацией паховых грыж, предложенными

Европейским герниологическим обществом (EHS). У всех пациентов включенных в исследование были первичные паховые грыжи, односторонние 62(95,38)из них правосторонние грыжи – 39. левосторонние – 23.; двусторонние 2(4,62): PM1-3, PL1-34, PM2-4, PL2-11. Гендерная структура: мужчин 58(90.62%), женщин – 6(9.38%). Средний возраст пациентов составил 49 (42;57.25) лет. Медиана индекса массы тела пациентов составил ИМТ 25.35(24.45; 27.1) Операция проводилась под общей анестезией, выполнялся доступ в предбрюшинное пространство, выделение грыжевого мешка, идентификация куперовой связки и апоневротических структур передней брюшной стенки, выделение элементов семенного канатика. Сетчатый протез размером 10x15 см. устанавливали предбрюшинно без выкраивания окна для элементов семенного канатика. Фиксация сетчатого эндопротеза не проводилась. Критерием оценки результатов оперативного вмешательства являлись частота и структура наблюдаемых осложнений и степень выраженности болевого синдрома. Результаты: Медиана периода наблюдения составила 3 месяца (диапазон 6- 1 месяца). Средняя продолжительность операции составила 62.5(55;70) мин. Средний срок госпитализации составил 3(3;4.75) дня. Период временной нетрудоспособности в среднем не превышал 10 дней. Средний уровень болевого синдрома (оценивали по визуальной аналоговой шкале от 0-отсутствие боли до 10-нестерпимая боль) составил 3(2;4,25) в 1-й день после операции, с его регрессом до 1(1;2,25) на 7-й день после операции. Интраоперационно были отмечены кровотечения из нижних надчревных сосудов и предпузырного клетчаточного пространства в 2-х случаях, все они были устранены из эндоскопического доступа. Конверсия доступа выполнена у одного пациента в связи с продолжающимся кровотечением. Из послеоперационных осложнений были отмечены 3 случая образования сером в предбрюшинном пространстве в ложе бывшего грыжевого мешка. Серомы были устранены при помощи чрескожной пункции. Рецидивов не было. Выводы: Экстраперитонеальная герниопластика (Totally extraperitoneal endoscopic inguinal hernia repair (TEP)) может представлять альтернативу традиционным методам герниопластики. К достоинствам этого метода следует отнести минимальный болевой синдром, короткий период нетрудоспособности, хороший косметический эффект.

269.Применение самофиксирующихся хирургических нитей при лапароскопической миомэктомии.

Гаврилов В.В., Прохоров В.А., Гаврилов М.В.

Тула, Москва

1)Тульская ОКБ 2)МЕДСИ

Оценены результаты лапароскопической миомэктомии с использованием самофиксирующихся швов . Проанализированы результаты лапароскопической миомэктомии у 132 больных. Было 79 пациентки (I группа), которым матка зашивалась рассасывающейся самофиксирующейся нитью без узлов. Во II группе была 53 пациентка с зашиванием матки интракорпоральным непрерывным швом. Бесплодие в I группе было у 18 (22,8%), во II- 10(18,7%). Не имели беременностей 34(43,1%) и 24(45,2%) больных соответственно. Анализировался уровень гемоглобина, количество эритроцитов до и после операции, время ушивания миометрия и объём кровопотери. В I группе среднее время зашивания матки было $21,8 \pm 8,3$ мин, во II - $33,4 \pm 11,7$ мин (р

270. Коралловидный нефролитиаз у больных ожирением. Как лечить?

Кочкин А.Д. (1), Севрюков Ф.А. (1), Галлямов Э.А. (2), Кнутов А.В. (1), Семёнычев Д.В. (1), Сергеев В.П. (3), Новиков А.Б. (4), Преснов К.С. (4), Санжаров А.Е. (5), Орлов И.Н. (6), Мещанкин И.В. (7), Михайликов Т.Г. (8)

Нижний Новгород, Москва, Екатеринбург, Санкт Петербург

1) НУЗ «ДКБ на ст. Горький ОАО «РЖД», 2) МГМСУ, 3) ФМБЦ им. Бурназяна ФМБА России, 4) ММЦ Банка России, 5) МАУ ГКБ № 40, 6) ГКБ «Святителя Луки», 7) ЛРЦ МЗ РФ, 8) ЦКБ ГА

Введение и обзор. Мочекаменная болезнь (МКБ) является одним из наиболее распространённых заболеваний в урологии. Так, с 2002 по 2012 г. г., абсолютное число зарегистрированных больных МКБ увеличилось в России на четверть и составило 787 555 человек. Перкутанная контактная нефролитотрипсия (ПНЛ) является методом выбора в оперативном лечении крупных почечных камней. Однако при коралловидном нефролитиазе, во время ПНЛ в подавляющем большинстве случаев возникает необходимость в формировании дополнительных чрескожных доступов, выполнении этапных операций или в комбинации ПНЛ с ДУВЛТ (сэндвич-метод). Последнее сопряжено с повышенным риском осложнений и резидуального нефролитиаза, особенно при сочетании подобных камней с ожирением пациента. Продолжающиеся дискуссии об оптимальном методе удаления крупных коралловидных камней не позволяют рекомендовать какой-либо определённый способ и полностью отказаться от «открытых» операций. Несмотря на достижения в борьбе с МКБ, удаление крупных коралловидных камней, особенно у пациентов страдающих ожирением, представляет собой проблему. Роль лапароскопического доступа в оперативном лечении подобных больных не определена. В настоящей работе приведены первые результаты лапароскопической пиелолитотомии (ЛП) при коралловидных К4 камнях у больных ожирением. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 100 пациентов, подвергнутых лапароскопическим вмешательствам по поводу МКБ за последние 10 лет. Критерии включения: больные коралловидным нефролитиазом К4, чей ИМТ превышал 30 кг/м². Критерии исключения: пациенты с вторичным нефролитиазом на фоне стриктуры лоханочно-мочеточникового соустья и больные, оперированные внебрюшинно. Критериям включения соответствовали 17 больных, чей возраст варьировал от 43 до 75 лет. Мужчин оперировано пятеро (29,41%). Доля женщин – 70,59%. По поводу конкремента левой почки оперированы пятеро из семнадцати больных. Техника операции. Все операции выполнены из лапароскопического доступа, в положении больного «на спине». Оптический троакар устанавливался в области пупочного кольца по стандартной методике. После ревизии брюшной полости операционный стол переводили в положение Фовлера и поворачивали на «здоровую» сторону (300). Рабочие троакары устанавливали в эпигастрии, подвздошной области и по краю прямой мышцы живота, между оптическим и латеральным рабочим портом. В подавляющем большинстве случаев, ободочная кишка мобилизовалась медиально. Дважды пиелолитотомия слева выполнялась трансмезентериально. Осуществляли доступ к мочеточнику, а затем и к лоханке. Последнюю мобилизовали со всех сторон. Сосуды почки выделялись на протяжении для профилактики их повреждения. «V»-образная пиелотомия. Большая часть камней удалялась

целиком. В случаях, когда размер чашечных отрогов превышал диаметр шеек, конкремент раскалывали так, что бы удалить сначала лоханочный его компонент. По эвакуации последнего, выполняли механическую литотрипсию чашечных фрагментов, очищая полостную систему до конца. Применяли только стандартные лапароскопические инструменты, без использования каких-либо литотриптеров. Дважды пиелолитотомия дополнялась локальной нефролитотомией, выполнявшейся над камнями передней группы чашечек, недоступными извлечению через пиелотомный доступ. Шов лоханки выполнялся отдельными узловыми швами после предварительной нефростомии и антеградного внутреннего стентирования. Страховой дренаж к зоне вмешательства устанавливался через рану троакара в подвздошной области. Камень удаляли в контейнере либо через расширенную рану троакара, либо через отдельный разрез по старому послеоперационному рубцу. В послеоперационном периоде проводились профилактика тромбоэмболических и инфекционных осложнений, посиндромная терапия. Уретральный катетер удаляли в первые сутки; нефростомический дренаж - не ранее, чем на пятые сутки и после антеградной пиелографии; внутренний стент - через три недели после операции. Результаты. Конверсий доступа не было. Средняя продолжительность операции составила 123 ± 15 мин. Интраоперационных осложнений не было. Необходимости в гемотрансфузии не возникло. Обострений пиелонефрита, сепсиса и летальных исходов удалось избежать. Послеоперационное осложнение возникло у одной пациентки (5,88%): на вторые сутки, на фоне миграции импровизированного нефростомического дренажа, отмечено формирование мочевого затёка. Что потребовало перкутанной пункционной ренефростомии. Проводилась антибактериальная и противовоспалительная терапия; пациентка выписана с выздоровлением через 17 дней после операции. Медиана продолжительности послеоперационного стационарного пребывания больных в группе составила 7 [7; 8] дней. Полная элиминации камней в нашем исследовании достигнута у 15 (88,2 %) пациентов. Резидуальный вторичный рентгеннегативный камень (7мм) нижней чашечки почки выявлен у одной пациентки, перенесшей без осложнений лапароскопическую пиелолитотомию по поводу коралловидного рентгенконтрастного конкремента. У второго больного, мелкий конкремент (4мм) затерялся в одной из чашечек почки после удаления из них 63 вторичных камней. Заключение. Первый собственный опыт лапароскопической пиелолитотомии продемонстрировал перспективность метода, а так же его эффективность и безопасность. В некоторых случаях, ЛП может рассматриваться в качестве альтернативного способа лечения больных коралловидным нефролитиазом.

271. ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Мугатасимов И.Г., Фаев А.А., Ревецкий А.В., Алексеев А.М.

Новокузнецк

ГОУ ДПО НГИУВ

Актуальность. Лапароскопическая хирургия является приемлемой стратегией лечения заболеваний ободочной кишки. Применение лапароскопического доступа в неотложной хирургии заболеваний ободочной кишки является предметом дискуссии. Лапароскопическое закрытие колостом - относительно новая техника с небольшим количеством ретроспективных

исследований. Материал и методы. Проанализированы 75 случаев заболеваний ободочной кишки различной этиологии у пациентов, которым были применены малоинвазивные резекционные и реконструктивно-восстановительные методики операций. В ретроспективное исследование включены 74 пациента от 23 до 76 лет (Me 58 лет). Мужчин было 29 (39,2%), женщин 45 (60,8%). В 62 случаях выполнены плановые вмешательства, в 12 случаях – экстренные. Этиология: опухоли – 43, дивертикулярная болезнь – 4, долихомегаколон – 4, болезнь Крона – 2, восстановительные операции при одноствольных колостомах – 18 больных. В 16 случаях колостома сформирована после обструктивной резекции сигмовидной кишки и операции Гартмана, у двух больных после обструктивной левосторонней гемиколэктомии. В морфологии опухолей преобладали аденокарциномы ободочной кишки. I стадия диагностирована у 2 больных, IIA стадия – 18, IIB – 13, IIIA – 5, IIIB – 4, IIIC – 1 больных. Количество исследуемых лимфоузлов при лапароскопической резекции варьировало от 4 до 19 (Me 12,6). В плановом порядке выполнены следующие лапароскопические операции: гемиколэктомия справа – 14, гемиколэктомия слева – 10, резекция сигмовидной кишки – 20, восстановительные операции при одноствольных колостомах – 18. Выполнены следующие неотложные лапароскопические вмешательства: обструктивная резекция сигмовидной кишки – 2, резекция сигмовидной кишки с первичным анастомозом – 2, гемиколэктомия справа – 4, обструктивная левосторонняя гемиколэктомия – 3, левосторонняя гемиколэктомия с первичным анастомозом – 1. При правосторонней гемиколэктомии во всех случаях анастомоз формировался экстракорпорально из минидоступа. Восстановительные операции при колостомах выполнены с применением циркулярных и линейных сшивающих аппаратов. Анастомозирование при резекции сигмовидной кишки в 10 случаях выполнено циркулярным сшивающим аппаратом, в 12 случаях экстракорпорально из минидоступа. При гемиколэктомии слева экстракорпоральный анастомоз выполнен у 4 больных, с помощью циркулярного сшивающего аппарата у 6 больных. Результаты: средняя продолжительность плановых операций составила $196 \pm 65,2$ (Me 180) минут, экстренных операций $193 \pm 61,8$ (Me 190) минут, $p > 0,05$. Конверсии возникли в 3 (4,1%) случаях: резекция поперечно-ободочной кишки – 1 (трудности мобилизации), резекция сигмовидной кишки – 1 (неподвижная опухоль), закрытие колостомы – 1 (выраженный спаечный процесс). Осложнения были у 8 больных (10,8%). Несостоятельность анастомоза после правосторонней гемиколэктомии – 1, левосторонней гемиколэктомии – 1, резекции сигмовидной кишки – 1. Во всех случаях анастомоз был сформирован экстракорпорально. Внутрибрюшное кровотечение у 2-х больных, выполнена релапароскопия, остановка кровотечения. Стеноз колоректального анастомоза – 1, стриктура левого мочеточника после резекции сигмовидной кишки – 1, нагноение раны минидоступа после экстренной операции – 1. Летальных случаев не было. Послеоперационное ведение соответствовало принципам «fast track surgery». Течение послеоперационного периода сопровождалось минимальным болевым синдромом, ранней активизацией, хорошим косметическим результатом. Заключение: отбор пациентов, этапное освоение и адекватное техническое обеспечение лапароскопических операций на толстой кишке являются необходимыми условиями для данного раздела хирургии. Применение лапароскопических резекционных методик в неотложной хирургии требует дополнительного изучения.

272. ПУНКЦИОННО – ДРЕНИРУЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ МОЧЕТОЧНИКОВ

Курбонов К.М., Аминов А.А., Назирбоев К.Р.

Душанбе, Таджикистан

Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино

Цель исследования – улучшение результатов комплексного лечения больных с ятрогенными повреждениями мочеточников с применением миниинвазивных вмешательств. Материал и методы: Располагаем опытом диагностики и лечения 17 больных с ятрогенными (перевязка) повреждениями мочеточников. Мужчин было 2 (11,7%), женщин – 15 (88,3%). Возраст больных составил от 20 до 76 лет. Детальный и всесторонний анализ показал, что причинами перевязки мочеточников возникло вследствие оперативных вмешательств на органах малого таза: внезапно развившейся профузное кровотечение на фоне ампутации матки и кесарево сечении (n=7), объёмные образования, существенно изменяющие анатомию – в 3 случаях опухоль колоректального отдела прямой кишки (n=2) и миома матки (n=1), тактические и технические врачебные ошибки (n=5). В 7 наблюдениях было одностороннее, а в – 8 случаях двухстороннее перевязка мочеточников. Для диагностики повреждений мочеточников наряду с клиническим проявлением заболевания и объективными данными важное значение имеют дополнительные методы исследования такие как УЗИ, видеолапароскопия, а также специальные урологические методы. Результаты. Комплексное УЗИ позволило выявить во всех случаях ультразвуковые признаки гидроуретеронефроза. При выполнении экскреторной урографии выявляли наличие обструкции, ее локализацию, характер, протяженность, степень расширения мочеточника, чашечно-лоханочной системы и количество функционирующей паренхимы, а также функцию противоположной почки. Клиническое течение послеоперационного гидронефроза обусловленное перевязкой мочеточника характеризовалось выраженным болевым синдромом в поясничной области соответствующей почки в 8 наблюдениях, а в 5 – почечной коликой, тахикардией (n=9), повышением температуры (n=8) снижением диуреза (n=7). В 9 наблюдениях отмечали изменения в моче в виде гематурии и лейкоцитурии. Умеренный парез тонкой кишки наблюдали у 2 пациентов. В клинической картине заболевания также доминировали диспепсические явления, тошнота (n=9) и рвота (n=10). Объем оперативных вмешательств во всех случаях связи с наличием имеющего локального воспалительного и инфильтративного процесса в зоне перевязки мочеточников и окружающих тканей первично заключалось наружное выведение мочи. Под УЗ – контролем выполнено чрескожно – чреспочечную нефростомию с последующем на втором этапе после стихания воспалительного процесса и восстановления нормальной анатомической структуры мочеточника и окружающей её тканей производили восстановительные вмешательства на мочевыводящей системе. Выводы. Таким образом, применение современных миниинвазивных вмешательств является высокоинформативным и малотравматичным методом диагностики и лечения больных с ятрогенными повреждениями мочеточников.

273. Применение малоинвазивных методик в лечении острого некротизирующего панкреатита.

Михайлова С.А., Гамза В.Н., Мурасов М.Ф., Нусратов М.И., Котельников О.А.

Челябинск

ГБУЗ ОКБ №2

Актуальность: Острый панкреатит является одним из наиболее тяжелых хирургических заболеваний органов брюшной полости, занимающий третье место в структуре острой хирургической патологии. В 15-25% случаев развитие острого панкреатита имеет деструктивный характер. Неудовлетворенность результатами «открытых» операций в лечении острого некротизирующего панкреатита обусловило применение малоинвазивных методик. Цель исследования. Оценить эффективность поэтапного применения малоинвазивных методик при лечении острого панкреатита. Использование малоинвазивных технологий в лечении больных острым некротизирующим панкреатитом. Материалы и методы. Представлены результаты лечения 108 больных острым панкреатитом за период 2013-2014гг. По степени выраженности процесса с отечным панкреатитом было 79 больных (73,2%), с некротизирующим панкреатитом 29 пациентов (26,8%). Мужчины страдали чаще женщин. Возрастные границы пациентов от 28 до 78 лет. В диагностике острого панкреатита использовали клинические данные, результаты биохимических и общеклинических анализов крови, УЗИ, ФЭГДС, КТ, диагностическую лапароскопию. Клинико-морфологическую форму панкреатита оценивали по классификации, принятой в Атланте в 1992г и её модификаций, тяжесть состояния по шкалам Ranson, APACHE-II. Результаты и обсуждение. На начальном этапе при поступлении в стационар, всем пациентам проводилось консервативное лечение. При прогрессировании заболевания и появлении острых жидкостных скоплений выполнялось хирургическое лечение, начиная с поэтапных малоинвазивных вмешательств. Были выделены для наблюдения 2 группы пациентов с некротизирующим панкреатитом: 1 группа - 16(14,8%) пациентов с асептическим панкреонекрозом и коллекциями жидкости в сальниковой сумки либо забрюшинном пространстве; 2 группа - 13 (12,0%) пациентов с инфицированным панкреонекрозом и абсцедированием. В 1 группе выполнялись: лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости -7 (43,7 %), лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости + дренирование сальниковой сумки - 5 (31,2%). Во 2 группе выполнялись: лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости + вскрытие и дренирование абсцессов сальниковой сумки - 2(15,3 %), минилапаротомная оментобуростомия с некрсеквестрэктомией - 6(46,2%), ретроперитонеоскопия, дренирование забрюшинной клетчатки - 5 (38,5 %) пациентов. При использовании малоинвазивных операций в лечении острого некротизирующего панкреатита сократилась летальность с 36% в 2012г. (при преимущественном выполнении «открытых» операций) до 25% в 2014г. Выводы. Применение миниинвазивных вмешательств при поэтапном лечении острого некротизирующего панкреатита улучшает результаты лечения больных с данной патологией. Раннее применение малоинвазивных методов лечения сокращает сроки лечения и реабилитации больных.

274. Возможности лапароскопической герниопластики в экстренной хирургии

Беркинов У.Б., Хакимов М.Ш., Холматов Ш.Т., Саттаров О.Т.

Ташкент

Ташкентская медицинская академия

Целью исследования явилось определить эффективность эндовидеохирургии в лечении ущемленных паховых грыж. Материал и методы. В отделении экстренной хирургии 2 клиники ТМА с 2010 по 2015 г. накоплен опыт 152 лапароскопических герниопластик у 108 пациентов как в плановом порядке, так и при ущемлении грыж. Лапароскопические герниопластики выполнены 59 пациентам (38 мужчин и 19 женщин) с ущемленными паховыми грыжами. Возраст пациентов составил от 18 до 62 лет. При выборе пациентов имелись определенные критерии. Так, время от начала ущемления более 3х часов; наличие сопутствующих заболеваний являющихся противопоказанием для общего обезболивания; наличие рубцов в нижнем этаже живота были противопоказаниями для выполнения лапароскопической герниопластики. Первым вводили троакар для оптики в над пупочной области, через который в брюшную полость инсуффлировали углекислый газ, осматривали брюшную полость. После этого вводили два троакара в правой и левой подвздошных областях по среднеключичным линиям. После вправление грыжевого содержимого тщательно осматривали и оценивали их жизнеспособность. Кроме того, обязательно проводили осмотр грыжевых ворот. При этом у всех пациентов определялся отек тканей в области глубокого пахового кольца и расширение яичковых вен вследствие их сдавления в грыжевых воротах. Герниопластику выполняли по общепринятой методике – трансабдоминальная предбрюшинная (TAPP) герниопластика с использованием полипропиленовой сетки, которая фиксировалась эндогерниостеплером. Результаты и обсуждение: Среднее время лапароскопической операции при ущемленной паховой грыже составило $58,2 \pm 4,5$ мин. При выявлении грыжевого дефекта с противоположной стороны после вправления ущемленного органа выполняли двустороннюю эндоскопическую герниопластику, средняя продолжительность которой составила $35,3 \pm 4,7$ мин. В большинстве случаев ($n=33$) происходило спонтанное вправление ущемленного органа на вводимом наркозе, в остальных ($n=26$) визуально определяли ущемленный орган и возможность его эндоскопического вправления. После этого атравматическими зажимами осуществляли «мягкую» тракцию и качательными движениями ущемленный орган извлекали из грыжевого мешка под визуальным контролем. При ущемлении относительно длинного сегмента кишки или пряди большого сальника осуществляли попеременный захват и тракцию грыжевого содержимого по направлению из пахового канала в сторону брюшной полости. При затруднении вправления ассистент осуществлял «поддавливание» содержимого грыжевого мешка со стороны мошонки. Лапароскопия у всех пациентов позволила определить ущемленные органы, включая случаи со спонтанным их вправлением. Извлеченные из ущемляющего кольца органы были отечны, темно-вишневого цвета, часто с петехиальными кровоизлияниями. Содержимым грыжевого мешка в 37 (62,7%) случаях являлись петли и стенки тонкой кишки, прядь большого сальника (32,3%). В 17 (28,8%) наблюдениях в паховом канале одновременно ущемились большой сальник и петля кишки. Для ускорения восстановления функций петель кишечника в 7 (11,8%) случаях через один из троакаров была выполнена новокаиновая блокада корня брыжейки эндоскопической иглой. Во всех наблюдениях ущемление органы признаны жизнеспособными. В 9 наблюдениях при осмотре передней брюшной стенки изнутри выявлены необлитерированные паховые кольца с контралатеральной стороны, ранее не дававшие клинических проявлений. Во всех случаях выполнена TAPP. Интраоперационных и послеоперационных осложнений не было. В одном наблюдении вправление ущемленной грыжи оказалось технически невозможным, в связи с чем прибегли к конверсии. После операции пациентов выписывали домой из стационара на 4-е сутки. Рецидивов паховых грыж не наблюдались. Таким образом, лапароскопия, обладая всеми

преимуществами малоинвазивной хирургии, выполняема и оправдана при лечении ущемленных паховых грыж, так как обеспечивает хорошую визуализацию внутренних органов и паховых областей, в большинстве случаев позволяет провести вправление ущемившихся органов, оценить их жизнеспособность, а также выявить и устранить дефект зарращения глубокого пахового кольца с контралатеральной стороны.

275. РОЛЬ МУЛЬТИСЛАЙСНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ВЫБОРЕ РАЦИОНАЛЬНОГО ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ПАТОЛОГИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Беркинов У.Б., Сахибоев Д.П.

Ташкент

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: изучить возможности мультислайсной компьютерной томографии (МСКТ) в топической диагностике опухолей надпочечников и обосновании рационального эндовидеохирургического доступа для выполнения адреналэктомии. Проведен анализ отдаленных результатов 200 оперативных вмешательств у больных с хирургическими заболеваниями надпочечников, из них 96 пациентам произведены операции эндовидеохирургическим способом. Анализ клинико-лабораторных и инструментальных данных больных, оперированных эндовидеохирургическим способом, позволил установить диагноз заболевания: аденома смешанного строения – 42, альдостерома – 15, феохромоцитома – 10, узелковая гиперплазия коры надпочечника – 9, киста надпочечника – 16, параганглиома – 2, аденокортикальный рак – 1 и аденома коры надпочечника с малигнизацией выявлено у одного пациента. Для оптимизации тактических и технических подходов к выполнению адреналэктомии лапароскопическим и ретроперитонеоскопическим доступами всем больным проведены МСКТ исследования. Установлено, что современные возможности МСКТ позволяют на дооперационном этапе оценить топографию и синтопию опухоли надпочечника и смоделировать рациональный вариант операции. При низкой локализации опухоли правого надпочечника, как правило, у лиц брахиморфного телосложения или необходимости выполнения симультанных операций в брюшной полости целесообразно выполнение адреналэктомии лапароскопическим способом. Обычная или высокая локализация правого надпочечника с опухолью, преимущественно у лиц долихоморфного телосложения или его ретрокавальном расположении либо впадении центральной надпочечниковой вены в заднюю стенку нижней полой вены определяют оптимальным вариантом выполнения правосторонней адреналэктомии ретроперитонеоскопическим доступом. При левосторонней локализации опухоли надпочечника у лиц с брахи-, мезо- и долихоморфным телосложением рациональным эндовидеохирургическим доступом является лапароскопический. Топическая МСКТ-диагностика опухоли диаметром более 9 см представляет целесообразным выполнение адреналэктомии путем открытых оперативных вмешательств (торакофренолюмботомии) с удалением забрюшинной клетчатки верхнего паранефрия с регионарными лимфатическими узлами. Анализ результатов МСКТ до операции позволяет сформировать пространственное представление о топографии и синтопии надпочечника с опухолью, осуществить навигацию и выбор оптимального варианта

эндовидеохирургического доступа для выполнения адреналэктомии и уменьшить риск развития интра- и послеоперационных осложнений. Таким образом, современные возможности МСКТ позволяют обосновать рациональное применение эндовидеохирургических технологий наряду с открытыми операциями, которые дают возможность выполнить адекватный объем оперативного вмешательства, обеспечивают малую травматичность выделения опухоли надпочечника и его сосудов, а при злокачественных опухолях без признаков прорастания в соседние органы дают возможность осуществить забрюшинную лимфодиссекцию.

276. Миниинвазивные вмешательства в лечении перфоративных язв двенадцатиперстной кишки

Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Холматов Ш.Т., Ашуров Ш.Э.

Ташкент

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения больных с перфоративными язвами двенадцатиперстной кишки путем использования миниинвазивных методов. Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 98 пациентов с прободными язвами двенадцатиперстной кишки. Среди них мужчин было 81 (82,6%), женщин – 17 (17,4%). Возраст пациентов колебался от 16 до 79 лет, составляя в среднем $36,0 \pm 4,3$ года. Наименьшая частота перфораций выявлена у больных старше 60 лет (13 наблюдений). 69 (69,9%) больных поступили в первые 12 часов с момента перфорации, 23 (23,7%) – от 12 до 24 часов, а 6 (6,4%) – позднее 24 часов. На выбор метода хирургического вмешательства влияло эндоскопическая и лапароскопическая картина язвенного субстрата и перфоративного отверстия, характер и распространенность перитонита. Также нами было исследовано наличие клеток Панета-Давыдова в периульцерозной области и уровень кислотности желудка. Эти показатели определяли интраоперационно предложенными нами экспресс-методами. Интраоперационно зоны перфоративной язвы брали мазок и проводили экспресс-морфологическое исследование для определения клеток Панета-Давыдова. Интраоперационно уровень кислотности определяли путем использования тест-полосок. На основании этих критериев были выполнены следующие варианты оперативных вмешательств: 1) Лапароскопическое ушивание перфоративной язвы у 31 (31,6%) больных; 2) Лапароскопическое ушивание через минидоступ – в 48 (48,9%) случаях; 3) Стволовая ваготомия с пилоропластикой по Джаду и иссечением язвы – у 10 (10,2%); 4) Резекция желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера-Финстерера – в 5 (5,1%) наблюдениях; 5) Ушивание открытым методом – у 4 (4,1%) пациента. Полученные результаты: Во время оперативных вмешательств осложнений не отмечено. Послеоперационные осложнения выявлены у 7 (7,1%) больных. У 1 пациента развился ранняя послеоперационная спаечная кишечная непроходимость, что потребовало выполнения повторного хирургического вмешательства. В 1 наблюдении после ушивания перфоративной язвы по поводу разлитого гнойного перитонита, развился поддиафрагмальный абсцесс, что было ликвидировано путем чрескожного дренирования. В 3-х наблюдениях развились раневые осложнения. У одного из них в отдаленном периоде развилась послеоперационная вентральная грыжа. Среди неспецифических осложнений, у 2-х пациентов наблюдалась послеоперационная пневмония. Случаев несостоятельности швов не

было. В двух наблюдениях летальность наступило вследствие декомпенсации функций жизненно важных органов, эндотоксемии. В одном случае причиной смерти явился инфаркт миокарда, развившийся на 2-сутки после пилоропластики по Джаду со стволовой ваготомией у больного 63 лет. После малоинвазивных оперативных вмешательств летальных исходов не наблюдалось. Таким образом, результаты проведенного нами клинического исследования свидетельствуют, что выбор рационального варианта оперативного лечения таких больных способствует уменьшению послеоперационных осложнений и частоты летальности.

277. Результаты видеоэндоскопической адреналэктомии у больных с доброкачественными опухолями надпочечников

Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Сахибоев Д.П., Ирназаров А.А., Таджикиев С.З.

Ташкент

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: проанализировать результаты видеоэндоскопической адреналэктомии у больных с доброкачественными опухолями надпочечников. Материалы и методы. Наш семилетний опыт видеоэндоскопической адреналэктомии при доброкачественных опухолях надпочечников (с июня 2009 года по декабрь 2014 года составляет) 96 оперативных вмешательств. Из них 91,7% операций, были выполнены посредством бокового трансабдоминального доступа, 4 операции – с помощью переднего трансабдоминального доступа и 4 операции – через боковой ретроперитонеальный доступ. Из 96 операций у 52 (54,2%) больных выполнены левосторонняя адреналэктомия, у 38 (39,6%) – правосторонняя адреналэктомия, у 2 (2%) – лапароскопическая резекция правого надпочечника с удалением кисты, у 3 (3,1%) – видеоассистированная левосторонняя адреналэктомия и у одного больного (1,5%) – лапароскопическая электрокоагуляция левого надпочечника из-за выраженного спаечного процесса. Среди больных было 43 (44,8%) мужчин в возрасте от 16 до 70 лет и 53 (55,2%) женщин в возрасте от 18 до 70 лет. По морфологическому характеру опухоли больные были распределены следующим образом: аденома смешанного строения – 42, альдостерома – 15, феохромоцитома – 10, узелковая гиперплазия коры надпочечника – 9, киста надпочечника – 16, параганглиома – 2, аденокортикальный рак – 1, и аденома коры надпочечника с малигнизацией выявлено у одного больного. Результаты. Размеры образований варьировали от 18 мм до 92 мм, в среднем составил 39 ± 13 мм. Средняя длительность операций при правосторонней адреналэктомии составила 95 ± 16 минут, а при левосторонней адреналэктомии составила 93 ± 12 минут. Средняя кровопотеря во время операции была 117 ± 23 мл. Среди наших пациентов не было летальных исходов. Частота осложнений составила 3,1% (у 3 больных). В одном случае во время правосторонней адреналэктомии наблюдалось кровотечение из центральной вены надпочечника в связи с чем, потребовалась конверсия и успешно произведена адреналэктомия. В другом случае в конце вмешательства отмечено ранение селезенки, остановить кровотечение лапароскопически не удалось, в связи с чем была произведена лапароскопическая спленэктомия. У одного пациента после левосторонней адреналэктомии развилась картина реактивного панкреатита, которая успешно излечена консервативно. Средняя продолжительность послеоперационного периода

составило 5,3 дней. Активизация больных, энтеральное питание, пациенты начинали на следующей день после операции. Применение наркотических анальгетиков не требовалось. Выводы: Таким образом, видеоэндоскопическая адреналэктомия при доброкачественных опухолях надпочечников размером от 20 до 70 мм выполнима, эффективна и достаточно безопасна. Естественно, чем больше размеры опухоли, тем больше технических сложностей выполнения адреналэктомии. Поэтому при размерах опухолей превышающих 7 см мы отдавали предпочтение традиционному вмешательству. Однако, всё же учитывая преимущества малоинвазивной адреналэктомии, в последний год мы успешно выполнили лапароскопическую адреналэктомию с использованием технологии «hand-assist» при размерах опухоли от 7 до 10 см. Также необходимо обоснованно подходить к выбору операционного доступа и для успешного осуществления операции требуется высокий уровень опыта хирурга, соответствующий уровень технического обеспечения и высокое качество предоперационной топической диагностики.

278. Роль и место эндоклиппирования при профузных кровотечениях из верхних отделов ЖКТ

Маткулиев У.И., Асраров А.А., Ашуров Ш.Э., Имамов А.А.

Ташкент

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: Оценить клиническую эффективность эндоскопического клиппирования у больных с гастродуоденальными кровотечениями. Материал и методы. Нами проанализированы результаты обследования и лечения 50 больных в возрасте от 18 до 70 лет с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, поступившие в хирургический стационар II клиники Ташкентской Медицинской Академии за период с 2013 по 2015 годы. У 35 (70%) пациентов причиной кровотечения была язва желудка и двенадцатиперстной кишки, у 7 (14%) – пептическая язва гастроэнтероанастомоза, а у остальных 8 (16%) – синдром Меллори-Вейса. Среди них интенсивность кровотечения была оценена по классификации Форреста следующим образом: F IA – 10 (20%), F IB – 23 (46%), F IIA – 9 (18%) и остальные 8 больных (16%) с трещиной нижней трети пищевода по FIB и FIIA. Всем пациентам были использованы эндоскопические клипсы фирмы «СООК» (до 9 мм). Количество установленных клипс зависело от характера и интенсивности источника кровотечения, в основном расходовали 2-3 клипсы. Результаты: Окончательный эндоскопический гемостаз был достигнут в 88% случаях. Среди больных с профузными кровотечениями (F IA) отмечался рецидив у 6 (12%) пациентов, что потребовало выполнения открытого хирургического вмешательства. При интенсивности кровотечения F IB и ниже у 8 больных отмечен рецидив кровотечения, который остановлен путем применения других методов эндоскопического гемостаза. Общая летальность составила 6,0% (3 случая). Заключение: Широкое применение эндоскопического метода клиппирования, иногда в комбинации с другими методами при профузных кровотечениях из верхних отделов ЖКТ, могут улучшить результаты лечения, являясь альтернативой открытым оперативным вмешательствам на высоте кровотечения.

279. Результаты эндоскопического гемостаза при гастродуоденальных язвенных кровотечениях

Маткулиев У.И., Асраров А.А., Имамов А.А., Ашуров Ш.Э., Нормухамедов С.Г.

Ташкент

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: Улучшение результатов лечения больных с гастродуоденальными язвенными кровотечениями путем дифференцированного применения различных методов эндоскопического гемостаза. Материал и методы. Нами проведен анализ результатов обследования и лечения 350 больных с язвенными кровотечениями, поступившие в хирургический стационар II клиники Ташкентской Медицинской Академии за период 2012-2015 гг. в возрасте от 18 до 92 лет. У 189 (54,0%) пациентов причиной кровотечения была хроническая язва двенадцатиперстной кишки, у 94 (26,8%) – хроническая язва желудка, у 67 (19,2%) – острые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Для оценки интенсивности кровотечения использована классификация J.A. Forrest. По степени устойчивости гемостаза больные были распределены следующим образом: FIII – 17 (4,8%) пациентов, F IIB – 145 (41,4%), F IIA – 90 (25,7%), F IB – 76 (21,7%), F IA – 22 (6,2%). Для воздействия на источник кровотечения через эндоскоп применяли термические (монополярная, биполярная электрокоагуляция и гидрокоагуляция), инъекционные (1,0 мл 0,1% раствора адреналина и 10 мл 33% раствора этанола, 5-10 мл 1% раствора перекиси водорода, 2-4 мл 3% раствора этоксисклерола) и механические (клипирование, наложение лигатур) методы гемостаза. Выбор метода гемостаза осуществлялся в соответствии с характеристиками источника язвенного кровотечения. Результаты: Из 350 больных оперированы 29 (8,2%) пациентов при продолжающемся кровотечении или рецидиве кровотечения после повторного эндоскопического гемостаза в стационаре. В нашем исследовании окончательный эндоскопический гемостаз был достигнут в 91,8% случаев. Рецидив кровотечения отмечался в 7% наблюдений, рецидив – в 3%. Общая летальность составила 17 (4,8%) случаев. Заключение: Расширение показаний к различным методам эндоскопического гемостаза при язвенных гастродуоденальных кровотечениях улучшает результаты лечения, снижая частоту послеоперационных осложнений и летальности.

280. Роль эндоскопии при прикрытых перфорациях дуоденальных язв

Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Холматов Ш.Т., Ашуров Ш.Э.

Ташкент

Ташкентская медицинская академия

Цель: Оценить роль и значение эндоскопического исследования в диагностике прикрытых перфораций язв двенадцатиперстной кишки. Материал и методы: за период с 2012 по 2015 годы в

отделение экстренной хирургии 2 клиники ТМА находились на стационарном лечении 20 больных с подозрением на прикрытую перфорацию язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Все пациенты были трудоспособного возраста. Среди общего количества больных мужчин было 15 (75%), женщин – 5 (25%). Средний возраст составил $35,5 \pm 5,3$ лет. Период болей до поступления в стационар колебался от 60 мин до 3 суток (в среднем $5,6 \pm 3,4$ часов). У всех пациентов выполняли клинические, инструментальные и биохимические методы исследования. На контрольной рентгеноскопии после инсуффляции воздуха в желудок «свободного газа» не было выявлено. Эти исследования производились с целью дифференциальной диагностики острого аппендицита и прободение язвы. Следующим этапом диагностических мероприятий в таких случаях явилось эндоскопическое обследование. Для сравнительного анализа ретроспективно были изучены результаты лечения 12 больных, которые были подвергнуты операции по поводу острого аппендицита. Результаты: Пациентам контрольной группы не была произведена ЭГДС и, несмотря на комплексное обследование, больные были взяты на операцию с диагнозом «острый аппендицит». При вскрытии брюшной полости по был выявлен диффузный характер перитонита, источником которого в 10 наблюдениях явился деструктивный аппендицит, в 2 – перфорация язвы двенадцатиперстной кишки. Исходя из данных контрольной группы, был изменен диагностический алгоритм. В дополнение ко всем вышеперечисленным методам исследования для уточнения диагноза была произведена прицельная ЭГДС. При отсутствии эндоскопических признаков перфорации язвы выполнялась диагностическая лапароскопия. Из 20 пациентов эндоскопическое исследование позволило выявить локализацию язву с перфоративным отверстием в 11 наблюдениях. В остальных случаях произведена диагностическая лапароскопия, что позволило у 7 больных диагностировать острый аппендицит, у 2 – перфорацию язвы двенадцатиперстной кишки и в одном наблюдении острая хирургическая патология органов брюшной полости была исключена. Таким образом, использование в комбинации физикальных, рентгенологических, эндоскопических исследований в 100% случаев позволила выявить прикрытую язву, осложнённую перфорацией.

281.ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ДИВЕРТИКУЛЭКТОМИЯ ВНУТРИГУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА С ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ НАВИГАЦИЕЙ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Бондарь В.А., Джантуханова С.В., Солодинина Е.Н., Старков Ю.Г.

Москва

ФГБУ "Институт хирургии им. А.В. Вишневского" Минздрава России

Актуальность. Лечение пациентов с дивертикулами внутригрудного отдела пищевода сопровождается высоким риском послеоперационных осложнений, обусловленных травматичностью торакотомного доступа. Торакоскопический доступ до настоящего времени не получил широкого распространения в связи с техническими сложностями выделения шейки дивертикула и риском сужения просвета пищевода. Цель исследования. Продемонстрировать возможности комбинированного минимально инвазивного доступа – сочетание торакоскопического и эндоскопического внутрипросветного доступа с целью снижения инвазивности и повышения прецизионности оперативного вмешательства. Материалы и методы.

Пациент К., мужчина 68 лет, обратился в институт с жалобами на трудности при прохождении пищи, боли и тяжесть за грудиной после приема пищи, периодически рвоту, съеденной пищей. Из анамнеза: болеет с 2000 г., когда впервые стал отмечать появление вышенаписанных жалоб. При ЭГДС по правой стенке пищевода выявлен дивертикул внутригрудного отдела пищевода полостью размером до 5 см, без признаков дивертикулита. По данным КТ органов брюшной полости также выявлен дивертикул средней трети пищевода, размерами 4x5 см, интимно прилежащий к ткани правого легкого. Учитывая длительный анамнез, выраженную клиническую симптоматику было принято решение о торакоскопической дивертикулэктомии пищевода. Ход операции: Положение пациента на животе. Двухпросветная интубация. По правой средней подмышечной линии в 9-ом межреберье установлен торакопорт. Введена оптическая трубка, произведена ревизия правой плевральной полости. После коллабирования правого лёгкого визуализирован дивертикул пищевода диаметром до 5 см. Отмечаются плотные сращения стенки дивертикула с нижней долей правого лёгкого и стенкой пищевода. Установлено 2 дополнительных торакопорта в 7 и 5 межреберьях по задней подмышечной линии для манипуляционных инструментов. С помощью монополярного крючка и ультразвуковых ножниц выполнено рассечение сращений. Дивертикул выделен на всем своем протяжении до шейки, размер последней до 4 см. С целью топической навигации на этапах выделения шейки дивертикула использовался этапный эндоскопический контроль. По задней стенке пищевода выделены и сохранены ветви блуждающего нерва. После полного выделения дивертикула с целью правильного позиционирования сшивающего аппарата использовался внутриспросветный эндоскопический контроль, при котором трансиллюминация позволяла оценить полноценность захвата мышечного слоя для предупреждения рецидива заболевания. Выполнена дивертикулэктомия с помощью двух синих касет Endo-GIA 45 мм, наложенных последовательно в области шейки дивертикула с захватом мышечного слоя стенки пищевода. При эндоскопическом осмотре - просвет пищевода не деформирован, не сужен, свободно проходим аппаратом, скрепочный шов без признаков кровотечения. При выполнении водно-воздушной пробы – шов герметичен. Иссеченный дивертикул извлечен из плевральной полости в пластиковом контейнере. Правая плевральная полость дренирована 1 дренажом, фиксированным П-образным швом. Результаты. Послеоперационный период без осложнений. При рентгенологическом контроле с водорастворимым контрастным веществом на 2 сутки после операции – просвет пищевода не сужен, выхода контрастного вещества за пределы пищевода не выявлено. Дренаж из плевральной полости удален на 2 сутки. Пациент выписан на 6-е сутки. Выводы. Торакоскопическая дивертикулэктомия позволяет минимизировать хирургический доступ, уменьшить болевой синдром и способствовать ранней активизации и реабилитации больных. Используемая эндоскопическая навигация позволяет выполнить вмешательство прецизионно, а также предотвратить возникновение таких осложнений, как стенозы пищевода и раннюю несостоятельность в зоне резекции, использование трансиллюминации позволяло оценить полноценность захвата мышечного слоя для предупреждения рецидива заболевания.

282.Лапароскопическая аппендэктомия при неосложненном деструктивном аппендиците - пути улучшения ближайших результатов.

Дарвин В.В.(1,2), Лысак М.М.(1,2), Васильев В.В.(1,2), СтепановА.В.(1,2), Бабаев М.С(1).

Сургут

Сургутская окружная клиническая больница. Сургутский государственный университет.

Цель исследования: улучшение ближайших результатов лапароскопического лечения неосложненных форм острого деструктивного аппендицита. Материалы и методы: За период 2013 - 2015 г. в хирургическом отделении окружной клинической больницы г.Сургута по поводу острого аппендицита подверглись хирургическому лечению 723 больных. Лапароскопическая аппендэктомия (ЛАЭ) лигатурным способом выполнена у 561 (77,5%) В зависимости от расположения портов ЛАЭ выполняется в двух вариантах, отличающихся расположением третьего порта. Расположение данного порта в левой подвздошной области выполнено у 503 больных (89,7%), в правой подвздошной или правой боковой области у 58 (10,3%). Расположение порта в правой подвздошной области было продиктовано интраоперационной ситуацией: наличием висцеро-париетальных спаек по ходу срединного послеоперационного рубца в гипогастрии после ранее перенесенных лапаротомий, а также предпочтением хирурга. Обработку брыжейки осуществляли биполярной коагуляцией аппаратом Liga-Sure. При отсечении брыжейки обращали внимание на вовлеченность ее в воспалительный процесс. При воспалительной инфильтрации брыжейки, последнюю отсекали у основания отростка таким образом, чтобы вся она вошла в удаляемый препарат. Считаем оставление инфильтрированной брыжейки в брюшной полости одной из основных причин гипертермии в первые 2 суток послеоперационного периода, а также одной из наиболее частых причин формирования воспалительного инфильтрата в зоне аппендэктомии. Данные осложнения не потребовали релапароскопии и лапаротомии не в одном случае, однако увеличили сроки пребывания в стационаре на 2 -10 койкодней и затраты на лечение. Перед наложением лигатуры на основание отростка, предполагаемую линию пересечения обрабатывали аппаратом Liga-Sure, добиваясь термической эрадикации бактериального компонента в зоне культы. Затем, отступя 3-4 мм. от коагуляционной борозды в проксимальном направлении, накладывали лигатуру. Учитывая высокую надежность правильно наложенной одной викриловой лигатуры при отсутствии некроза и перфорации стенки у основания червеобразного отростка, во избежание создания замкнутых инфицированных пространств мы не использовали двухлигатурный вариант. Отсечение червеобразного отростка осуществляли эндоожницами в «холодном» режиме. Особое внимание уделяли профилактике контаминации раневого канала при эвакуации отростка из брюшной полости. По нашему мнению, оптимальным способом, предотвращающим контаминацию тканей раневого канала, является извлечение аппендикса из брюшной полости через порт троакара. При частом несоответствии диаметра удаляемого червеобразного отростка и диаметра 10 мм. порта (по нашим данным у 69,2% больных), применяли три последовательных технических приема. Во первых производили отсечение оставшейся ткани брыжейки от стенки отростка. Используя данный прием, нам удалось удалить «неизвлекаемый» отросток через 10 мм. троакар в 75,7%. таких случаев. Если после осуществления данного приема диаметр отростка по прежнему превосходил диаметр троакара, то осуществляли замену на троакар большего диаметра (11 или 12 мм). Таким способом удалось извлечь отросток еще у 22,3% больных. Только у 11 больных (1,9%) использование описанных приемов не позволило извлечь отросток через троакар. В данной ситуации в брюшную полость вводили контейнер, помещали отросток в него и осуществляли фрагментацию эндоожницами. Предполагаемые линии пересечения стенки предварительно заваривали аппаратом Liga-Sure. Фрагменты отростка, а в последующем и пустой контейнер свободно извлекали через порт. По нашему мнению, применение наиболее распространенного в хирургической практике метода извлечения отростка в контейнере сопряжено с рядом технических особенностей. В частности, через порт троакара контейнер с отростком удалить практически невозможно. Требуется

расширение раны брюшной стенки. Само использование контейнера не исключает бактериальное обсеменение его наружной поверхности при манипуляциях в брюшной полости, поэтому извлечение контейнера через рану сопряжено с риском контаминации тканей. Также, расширение раны брюшной стенки для извлечения контейнера с отростком требует временных затрат на ее ушивание. Троярные раны апоневроза мы не ушиваем. Использование ряда последовательных несложных технических приемов при ЛАЭ в лигатурном варианте позволило сократить долю нагноения послеоперационных ран брюшной стенки до 0,56 % (2 случая). Результаты. Интраабдоминальные осложнения после ЛАЭ имели место у 7 больных (1,2%). У 4 больных развился инфильтрат брюшной полости, который удалось разрешить консервативно. Релапароскопия потребовалась двум больным в связи с развившимся прорезыванием стенки культи отростка лигатурой с формированием рыхлого инфильтрата и местного серозного перитонита на 3 сутки послеоперационного периода. Геморрагических осложнений и летальных исходов также не было. Заключение. Таким образом, строгое соблюдение тактических правил на этапах принятия решения, определения показаний к лапароскопической аппендэктомии в лигатурном варианте, а также освоение и выполнение несложных технических приемов операции позволяют улучшить непосредственные результаты, минимизировав риски развития послеоперационных осложнений.

283. КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОДНОПОРТОВОГО ДОСТУПА В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

Фаев А.А.(1,2), Баранов А.И.(2,3), Чернявский С.С.(1), Смирнова А.В.(1), Мугатасимов И.Г.(2,3), Дроздов С.С.(3).

Новокузнецк

1)МБЛПУ ГКБ № 29, г. Новокузнецк 2)ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава РФ, г. Новокузнецк 3)МБЛПУ ГКБ № 1, г. Новокузнецк

Интерес профессиональной общественности к хирургии единого лапароскопического доступа (ЕЛД) в последние годы существенно снизился и ограничен преимущественно лапароскопической холецистэктомией. Данный факт обусловлен существенными изменениями стереометрических параметров ЕЛД, что делает его технически сложным в интракорпоральном варианте исполнения, а так же отсутствием обоснованных показаний к его применению. Цель исследования оценка опыта использования ЕЛД в лечении наиболее распространенных неотложных заболеваний органов брюшной полости (НЗОБП). Материалы и методы исследования. Разработка и использование комбинированных методик однопортовых операций с выполнением основного этапа через мини-доступ после извлечения монопорта (X-Cone, Karl Storz) позволила нам существенно упростить использование ЕЛД у пациентов с острым аппендицитом (ОА) и перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки (ПЯ ДПК). Постановка дополнительного троакара в начале операции при осложненных формах заболевания, спаечного процесса, трудностях тракции органа и атипичного расположения органа, ожирения – существенно повышала безопасность вмешательства. Через монопорт или мини-доступ (после извлечения монопорта) длиной 2,5-4 см удобно не только обрабатывать культю червеобразного отростка,

выполнять ушивание ПЯ ДПК, но и беспрепятственно извлекать удаляемый орган (увеличенный желчный пузырь, фрагмент сальника, киста и т.д.). Через дополнительный троакар возможна не только тракция органа, введение дренажа, но и работа на основном этапе вмешательства при неадекватных параметрах доступа через монопорт. Использование двух дополнительных троакаров или переход на открытый способ операции считали конверсией доступа. Операции через монодоступ выполняли по показаниям и противопоказаниям для многопортowego лапароскопического доступа. Результаты исследования и обсуждение. В период с 2009 по 2015 годы с использованием ЕЛД операции выполнены у 399 пациентов НЗОБП: острый аппендицит (ОА) - 210, перфоративная язва ДПК (ПЯ ДПК) - 84, острый холецистит (ОХ) - 63, прочие неотложные заболевания – 42 пациента. Комбинированные методики ЕЛД с мини-доступом использованы у 201 (50,3%), интракорпоральные у 198 (49,6%) пациентов. «Идеальный» ЕЛД выполнен у 296 (74,1%) пациентов, «ЕЛД +1» – у 67 (16,7%), конверсия – 36 (9,0%) пациентов. Наибольшая частота конверсии доступа отмечена у пациентов с ОХ – 25,3%. Заключение. Использование технологии ЕЛД возможно у большинства пациентов с неосложненными неотложными заболеваниями органов брюшной полости и на современном этапе целесообразно в виде комбинированных методик с использованием мини-доступа, и элементов традиционной лапароскопии. Необходимо уточнение показаний к выполнению ЕЛД при неотложных заболеваниях.

284. Экстренные лапароскопические вмешательства в условиях общехирургического стационара

Фуныгин М.С. (1), Демин Д.Б. (1), Савин Д.В. (2), Солосин В.В. (2), Григорьев А.Г. (2), Федоров К.С. (2)

Оренбург

1) ОрГМУ, 2) ГАУЗ ГКБ им. Н.И. Пирогова

Лапароскопическая хирургия на сегодняшний момент перешла в ведущую и необходимую область плановой и экстренной абдоминальной хирургии. Лапароскопические вмешательства обладают рядом преимуществ: малая травматичность, короткий госпитальный период, снижение срока утраты нетрудоспособности, косметический эффект, низкий риск развития послеоперационных грыж, экономическая эффективность. Для ряда заболеваний лапароскопия, является «золотым стандартом» диагностики и лечения. За 2013-2015 гг. в хирургических отделениях ГАУЗ ГКБ им. Н.И. Пирогова г. Оренбурга выполнено 625 экстренных эндовидеохирургических вмешательств. Среди них диагностических - 368, в 257 случаях выполнены различные оперативные вмешательства. За 2013-2015 гг. по поводу острого аппендицита выполнено 89 лапароскопических операций. В 79 случаях на операции выявлен острый флегмонозный аппендицит, в 9 острый гангренозный аппендицит и в 1 случае операция выполнена по поводу острого катарального аппендицита. В основном лапароскопическим вмешательствам подвергались пациенты с трудными диагностическими случаями, а также женщины репродуктивного возраста, у которых клинически сложно провести дифференциальную диагностику между острым аппендицитом и острой гинекологической патологией. В 80% случаев мы выполняли лапароскопическую аппенэктомию экстракорпоральным способом. Преимущества

данного способа: отсутствие затрат на расходные материалы (сшивающие аппараты, клипсы), не требуется использование моно- или биполярной коагуляции, также такой вид аппендэктомии может выполнять начинающий врач-эндохирург. Таким образом, использование диагностической лапароскопии с переходом на лапароскопическую аппендэктомию позволило снизить травматичность операции, уменьшить длительность госпитального периода, а также избежать напрасных аппендэктомий у большого количества пациентов. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) на современном этапе является «золотым стандартом» при плановой холецистэктомии. Опыт выполнения ЛХЭ позволил в настоящее время расширить показания и широко использовать лапароскопические вмешательства при остром холецистите. За 3 года в нашей клинике выполнено 72 оперативных вмешательства по поводу острого холецистита. В 52 случаях на операции выявлен острый флегмонозный холецистит, в 11 – гангренозный, в 9 – эмпиема желчного пузыря. Отмечено одно послеоперационное осложнение – абсцесс подпеченочного пространства. Как видно из таблицы 1, идет рост числа ЛХЭ при остром холецистите. Использование ЛХЭ позволяет уменьшить сроки госпитализации пациентов с данной патологией и снизить количество осложнений со стороны послеоперационной раны. Деструктивный панкреатит остается одной из актуальных проблем urgentной абдоминальной хирургии, в связи с постоянно растущей заболеваемостью и высокой летальностью, не смотря на применение всего арсенала современных лекарственных средств. В нашей клинике мы придерживаемся этапного хирургического подхода к лечению панкреонекроза. При стерильном панкреонекрозе в 2013-2015 гг. выполнено 70 лапароскопических вмешательств, в 65 случаях объем операции – лапароскопия, санация, дренирование брюшной полости, в 3 - лапароскопия, санация, дренирование сальниковой сумки, брюшной полости, в 1 - лапароскопия, санация, дренирование сальниковой сумки, брюшной полости, холецистостомия и в 1 - лапароскопия, санация, дренирование брюшной полости, холецистостомия. Показанием к лапароскопии была перитонеальная симптоматика, в том числе при наличии УЗ-признаков свободной жидкости в брюшной полости, а также в случае возникновения необходимости дифференцировки диагноза с другими заболеваниями органов брюшной полости. Холецистостома накладывалась в случае прогрессирующей билиарной гипертензии с гипербилирубинемией более 100 мкмоль/л. Применение лапароскопии у пациентов, поступавших с клиникой разлитого перитонита, в том числе, с «маской» перфоративной язвы и деструктивного холецистита, позволило избежать напрасных лапаротомий в ферментативную фазу. Обращает на себя внимание, что не всем больным с панкреонекрозом во время лапароскопии проводилась оментобурсоскопия и дренирование сальниковой сумки по техническим причинам (спаечный процесс, инфильтрат), что не повлияло на исход заболевания. Учитывая тот факт, что оментобурсоскопия не даёт полноценного представления об объёме поражения ПЖ, а ведущее значение вмешательства заключается в санации и дренировании брюшной полости для удаления токсичного выпота, мы считаем обязательное ранее дренирование сальниковой сумки нецелесообразным. Исключением являются случаи, когда в сальниковой сумке имеется значительное количество выпота, верифицированное при предоперационном УЗИ либо интраоперационно (выбухание желудочно-ободочной связки). Кроме того, имеющийся дренаж в сальниковой сумке повышает риск инфицирования панкреонекроза. В 10 случаях, несмотря на интенсивную терапию, панкреонекроз инфицировался. В дальнейшем этим пациентам выполнено дренирование жидкостных образований из мини-доступа под УЗИ-навигацией. Таким образом, применение этапного подхода к хирургическому лечению острого деструктивного панкреатита на основе использования малоинвазивных вмешательств в комплексе с адекватной патогенетической терапией позволяет в большинстве случаев локализовать течение панкреонекроза и провести заболевание по асептическому пути. Лапароскопическое ушивание перфоративной язвы желудка наиболее

соответствует принципам малоинвазивной хирургии, так как требует выполнения непродолжительного и относительно простого вмешательства. В нашей клинике с 2013-2015 гг. выполнено 7 таких операций. Все больные оперированы до 12 часов от момента перфорации, перфоративное отверстие было до 0.5 см в диаметре, а также перфоративное отверстие находилось в зоне доступной для ушивания. Осложнений не было, все пациенты выписаны на 7-8-ые сутки после операции. В нашей клинике диагностическая лапароскопия широко применяется при тупой травме живота без явных признаков перитонита, массивного внутрибрюшного кровотечения и рентгенологических признаков разрыва диафрагмы. УЗИ и диагностический перитонеальный лаваж уступают лапароскопии по специфичности и точности диагностики. Метод позволяет непосредственно визуализировать повреждение и определить продолжающееся кровотечение, а, следовательно, снизить число напрасных лапаротомий. В 3 случаях во время диагностической лапароскопии выявлен разрыв капсулы печени, операция закончена электрокоагуляцией разрыва. Эти малоинвазивные вмешательства повысили шансы на выживание пациентов с тяжелой сочетанной травмой. Выводы. Широкое применение лапароскопических вмешательств в экстренной абдоминальной хирургии позволяет значительно улучшить результаты лечения пациентов с важнейшими видами острой хирургической патологии, уменьшить количество послеоперационных осложнений и сроки госпитального периода.

285. Интраоперационные осложнения при проведении пероральной эндоскопической миотомии и методы их коррекции.

Королев М.П., Федотов Л.Е., Оглоблин А.Л., Мамедов Ш.Д.

Санкт-Петербург

Кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии (Заведующий кафедрой д.м.н. проф. Королев М.П.)
ГБОУ ВПО Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский Университет
Минздрава России.

Введение: Существует два основных метода лечения ахалазии кардии, хирургический и эндоскопический. Самым последним и новым методом лечения является пероральная эндоскопическая миотомия, Per Oral Endoscopic Myotomy (POEM). Впервые эндоскопическая операция на пищеводно-желудочном переходе у человека выполнена 8 сентября 2008г. Японским профессором Inoue H. Клинические исследования данного метода показали высокую его эффективность в сочетании с низкой вероятностью развития тяжелых осложнений. Методика заключается в формировании канала в подслизистом слое, в зоне повышенного тонуса пищевода и рассечении его циркулярного мышечного слоя и мышц кардиального отдела желудка. Не смотря на эффективность и малоинвазивность данного метода лечения ахалазии кардии, как и у всех эндоскопических манипуляций, при пероральной эндоскопической миотомии тоже имеются интраоперационные осложнения. Цель исследования: Показать наиболее часто встречаемые интраоперационные осложнения при эндоскопической кардиомиотомии и методы их устранения. Метериалы и методы: На кафедре общей хирургии с курсом эндоскопии СПбГПМУ, на базе СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» г. Санкт – Петербурга с 2014 года, 27 больным выполнена пероральная эндоскопическая миотомия. Из них у 7 больных встречалось гинеркапния, у 5

больных напряженный карбоксиперитонеум, кровотечение во время миотомии у 3 больных, у 2 больных перфорация слизистой оболочки в области пищеводно-желудочного перехода и у одного больного трудности клипирования входа в подслизистый за счёт выраженного отёка, на фоне длительного воспалительного процесса. Результаты: Гиперкапния устранена дополнительными анестезиологическими мероприятиями, в виде проведение гипервентиляции, увеличение минутного объема, увеличение процента кислорода во вдыхаемой газовой смеси и прекращению подачи углекислого газа. Карбоксиперитонеум разрешен проведением лапароцентеза иглой «Вереша» во время операции. Гемостаз во время кровотечения из рассеченных циркулярных мышц и поврежденных перфорантных артерий достигнут при помощи одноразовых электрохирургических гемостатических щипцов Coagrasper FD- 410LR. Перфорация слизистой оболочки ушиты эндоскопическими клипсами фирмы «Olympus» HX-610-135L. У больного при сшивании входа в подслизистый слой потребовалось использование многократно открывающимися клипсами фирмы Boston Scientific. Таким образом все, осложнения встречаемые при пероральной эндоскопической миотомии на личном опыте, устранены своевременно, интраоперационно и без каких либо объемных хирургических вмешательств. Выводы: Очевидно, что способ пероральной эндоскопической миотомии является новым патогенетически обоснованным и высокоэффективным, а так же наиболее безопасным, при своевременном устранении интраоперационных осложнений методом лечения у больных с ахалазией кардии.

286.Лапароскопическая трансмезентериальная резекция почки - первые результаты.

Кочкин А.Д. (1), Севрюков Ф.А. (1), Галлямов Э.А. (2), Кнутов А.В. (1), Семёнычев Д.В. (1), Сергеев В.П. (3), Новиков А.Б. (4), Преснов К.С. (4), Санжаров А.Е. (5), Орлов И.Н. (6), Мещанкин И.В. (7), Михайликов Т.Г. (8)

Нижний Новгород, Москва, Екатеринбург, Санкт Петербург,

1) НУЗ «ДКБ на ст. Горький ОАО «РЖД», 2) МГМСУ, 3) ФМБЦ им. Бурназяна ФМБА России, 4) ММЦ Банка России, 5) МАУ ГКБ № 40, 6) ГКБ «Святителя Луки», 7) ЛРЦ МЗ РФ, 8) ЦКБ ГА

Введение. Наиболее эффективным методом лечения почечно-клеточного рака (ПКР) остается оперативный, причем органосохраняющее вмешательство считается приоритетным. Эволюция хирургических технологий привела к практически полному отказу от традиционных вмешательств при новообразованиях паренхимы почки. Так, лапароскопические резекция и нефрэктомия признаны Европейской ассоциацией урологов методами выбора в лечении ПКР в стадиях T1-T2. Алгоритм любой стандартной лапароскопической операции на верхних мочевых путях предусматривает широкую мобилизацию ободочной кишки с целью обнажения забрюшинного пространства. В случае патологии левых мочевых путей, необходимо рассечь париетальную брюшину линии Toldt, пересечь селезеночно-диафрагмальную и ободочно-селезеночную связки, отвести селезеночный изгиб и нисходящую кишку, селезенку и хвост поджелудочной железы. Последнее сопровождается не только определенным риском ятрогенных интраоперационных осложнений, но и нередко отнимает больше операционного времени, чем сама резекция. Например, при небольших кортикальных образованиях, расположенных по передней поверхности почки, удаляемых без ишемии и шва паренхимы. Желание нивелировать подобные недостатки

реализовано в альтернативном доступе - через «окно» в брыжейке ободочной кишки (патент РФ № 2557883). Начав с небольших резекций, мы дошли до трансмезентериальных геминефруретерэктомий... В настоящей работе описаны первые результаты лапароскопической трансмезентериальной резекции почки в сравнении со стандартной методикой. Материал и методы. Основой исследования послужил ретроспективный анализ результатов оперативного лечения 40 пациентов, оперированных в НУЗ «ДКБ на ст. Горький ОАО «РЖД», г. Нижний Новгород за последние два года. Критерии включения: больные с опухолями левой почки в стадии cT1MoNo, подвергнутые лапароскопической резекции. Критерии исключения отсутствовали. Ограничений по полу, возрасту, массе тела и других не было. Группу исследования составили 19 пациентов, оперированных трансмезентериально. Контрольная группа сформирована из 21 больного, перенесшего лапароскопическую резекцию по стандартной методике. Группы однородны и сопоставимы по всем элементам сравнения. Оценивались частота и структура интра- и послеоперационных осложнений, продолжительность времени ишемии, операции и сроков пребывания больных в стационаре. Техника операции. Основные этапы трансмезентериальной резекции почки описаны нами ранее (<http://youtu.be/21m-ln2BNa0>). Парциальная нефрэктомия выполнялась через одно или несколько «окон» в брыжейке нисходящей кишки, в зависимости от локализации зоны хирургического интереса и необходимости тепловой ишемии. Так, если последняя не планировалась, а образование располагалось по передней поверхности почки, то формировали один прямой доступ к опухоли так, чтобы его размер обеспечивал возможность всех предстоящих манипуляций. В случаях, подразумевавших селективную или тотальную ишемию, первым делом обнажали сосуды почки, после чего создавали «окно» в проекции опухоли. При образованиях, чья локализация и размеры предполагали не только тотальную ишемию, но и внушительный объём резекции (как, например, при ампутации одного из полюсов почки или геминефрэктомии), операция выполнялась через одно, но «большое окно», ограниченное нижней брыжеечной веной, ветвями ободочных сосудов и аркой Риолана. Причем почку, полностью или частично, освобождали межфасциально в пределах фасции Герота так, как это принято при радикальной нефрэктомии. Если резекция предполагалась в таких труднодоступных местах, как задняя поверхность верхнего полюса, то почку мобилизовали полностью и, оставляя её фиксированной лишь на сосудистой ножке и мочеточнике, разворачивали на 180° «вверх ногами». Во время операции, по мере необходимости, пациента переводили из положения Fowler в Trendelenburg и обратно. Этап удаления опухоли и укрытия раны ничем не отличался от стандартного и заключался в иссечении образования холодными ножницами в пределах здоровых тканей, а так же в интракорпоральном ушивании чашечно-лоханочной системы и паренхимы почки. Результаты. Конверсий доступа в лапаротомию не было. Интраоперационных осложнений в группе трансмезентериальной резекции почки не отмечено. В свою очередь, в группе стандартной операции это произошло однажды (4,76%) - неинтенсивное кровотечение, возникшее вследствие повреждения капсулы селезенки при её мобилизации, остановлено спрей-коагуляцией ($p > 0,05$). Два пациента из группы исследования и четверо больных из контрольной оперированы «ischemia free». В остальных случаях, при определении среднего времени ишемии мы не выделяли пациентов, подвергнутых селективной или тотальной ишемии почки, равно как и технологии «Reducing ischemia time». Таким образом, в группе трансмезентериальной резекции срок ишемии составил в среднем 21 ± 3 минуты, тогда как в контрольной - 20 ± 5 минут ($p > 0,05$). В свою очередь продолжительность операции через «окно» в брыжейке достигла 137 ± 13 мин., в группе же стандартного доступа - 131 ± 15 мин. ($p > 0,05$). Послеоперационных осложнений и летальности удалось избежать в обеих сравниваемых группах. Показатели послеоперационного пребывания больных в стационаре идентичны и составили $7 \pm 0,82$ и $7 \pm 0,77$ койко-дней в группах исследования и сравнения соответственно ($p > 0,05$).

Заключение. Локализация опухоли и её размер, соотношение с чашечно-лоханочной системой и сосудами почки, играют главную роль не только в определении показаний к сохранению органа, но и в выборе хирургического доступа. Предложенный способ лапароскопической трансмезентериальной резекции - это лишь опция в разнообразии арсенала хирургии верхних мочевых путей, но, в некоторых случаях, он является бесспорной альтернативой рутинным стандартам.

287. Дуоденоскопия в диагностике парафателлярных дивертикулов

Ивачев А.С.(1,2), Шокаров Г.К.(2), Баулин А.А.(1), Ивачева Н.А.(1)

Пенза

1)ГБОУ ДПО ПИУВ, 2)ГКБ №6

За последнее 5 лет (2010-2015 гг.) диагностическая и лечебная дуоденоскопия выполнена у 491 пациента. Диагностические дуоденоскопии сделаны у 171 больных (34,8%), ЭРПХГ – у 60 (12,2%), ЭПСТ – у 260 (53%). У 47 (9,6%) пациентов выявлены дивертикулы парапапиллярной зоны. Средний возраст составил 64,5 лет. Мужчин было 13 (27,7%), женщин – 34 (72,3%). Цель: определить, как часто дивертикулы парапапиллярной зоны провоцируют возникновение прочих заболеваний гепатобилиарной системы, и выявить особенности данных дивертикулов. Методы: у 9 больных (19,2%) на фоне дивертикулов имел место первичный холедохолитиаз, у 18 (38,3%) – холецистохоледохолитиаз, у 4 (8,5%) – аденома БДС и у 16 (34%) дополнительной патологии не выявлено. Все 47 больных поступали в стационар с подозрением на острый панкреатит или с диагнозом механической желтухи неясной этиологии. Все дивертикулы разделены на 4 группы. За основу деления взяли принцип классификации И.В. Громовой (2000), основанной на отношении полости дивертикула к папиле, возможности данного дивертикула блокировать свободный пассаж желчи и панкреатического сока через БДС. 1 тип – (9 больных или 19,1%) одиночные или множественные дивертикулы, у которых продольная складка не являлась одной из стенок. Располагались на расстоянии не менее 1 см от БДС. 2 тип – (14 или 29,8%) одной из стенок дивертикула являлась непосредственно папила, которая могла деформировать БДС при отсутствии в нем пищевых масс. 3 тип – (8 или 17%) подковообразные или панталоновые дивертикулы, его полость располагалась вокруг БДС, но не затрагивала продольную складку ДПК. 4а тип – (9 или 19,1) интрадивертикулярное расположение БДС, при котором папила видна в просвете дивертикула. 4б тип – (7 или 14,9%) интрадивертикулярное расположение БДС, при котором папила не визуализируется. Из 16 пациентов, у которых кроме дивертикула не выявлено другой патологии, в 7 (14,9%) случаях оказались с дивертикулами 2 типа; 2 (4,3%) – с дивертикулами 3 типа; 4 (5,8%) – 4а типа и 3 (6,4%) – 4в типа. У всех без исключения пациентов при поступлении отмечались: боль в верхних отделах живота без четкой локализации, иррадиирующие в поясничную область, тошнота, сухость во рту, отрыжка воздухом. Все пациенты в течение года переносили подобные приступы с перееданием. У 5 (10,6%) пациентов в анамнезе отмечались приступы холангита, которые сопровождались желтухой, гипертермией и интенсивной болью в верхних отделах живота. Подобные симптомы купировались самостоятельно или в первые дни лечения в стационаре. При анализе влияния клиники

дивертикулов 2 и 4 типов отмечено, что у данных дивертикулов во всех случаях DL и пищевые массы в таких дивертикулах не задерживались на длительный срок.

288.Лапароскопическая нефрэктомия слева - альтернативный доступ.

Кочкин А.Д. (1), Севрюков Ф.А. (1), Галлямов Э.А. (2), Кнутов А.В. (1), Семёнычев Д.В. (1), Сергеев В.П. (3), Новиков А.Б. (4), Преснов К.С. (4), Санжаров А.Е. (5), Орлов И.Н. (6), Мещанкин И.В. (7), Михайликов Т.Г. (8)

Нижний Новгород, Москва, Екатеринбург, Санкт Петербург

1) НУЗ «ДКБ на ст. Горький ОАО «РЖД», 2) МГМСУ, 3) ФМБЦ им. Бурназяна ФМБА России, 4) ММЦ Банка России, 5) МАУ ГКБ № 40, 6) ГКБ «Святителя Луки», 7) ЛРЦ МЗ РФ, 8) ЦКБ ГА

Введение. Онкологические принципы, сформулированные С.J. Robson еще в 1963 г., до сих пор остаются незабываемым постулатом и должны соблюдаться вне зависимости от способа выполнения радикальной нефрэктомии, открытой или лапароскопической. Приверженность букве закона абластики, в части ранней перевязки левой почечной артерии, реализована в работе F. Porpiglia, где впервые был описан так называемый «Прямой доступ». Изучив преимущества и недостатки «Прямого доступа» F. Porpiglia, мы в буквальном смысле пошли дальше и предложили альтернативный вариант лапароскопической нефрэктомии, полностью выполняемой через «окно» в брыжейке ободочной кишки (патент РФ № 2557886). В настоящей работе описана техника операции, приведены первые результаты лапароскопической трансмезентериальной нефрэктомии слева в сравнении со стандартной методикой. Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 59 пациентов, подвергнутых лапароскопической левосторонней нефрэктомии с января 2013 по июнь 2015 г.г. на базе урологического центра НУЗ «ДКБ на ст. Горький ОАО «РЖД», гор. Нижний Новгород. Пациенты с признаками регионарной лимфаденопатии и опухолевыми тромбами исключены из исследования. Ограничений по полу, возрасту, массе тела и других не было. Группа исследования сформирована из 30 пациентов, оперированных трансмезентериально. Группу сравнения составили 29 больных, перенесших лапароскопическую нефрэктомию по стандартной методике. Группы однородны и сопоставимы по всем элементам сравнения. Оценивались частота и структура интра- и послеоперационных осложнений, продолжительность операции и сроков пребывания в стационаре, а так же время от начала операции до лигирования почечной артерии. Техника операции. Лапароскопическая трансмезентериальная нефрэктомия выполнялась следующим образом (http://youtu.be/eP_1l1xaqk4). Положение пациента: «на спине». Оптический порт – в области пупка. После обзорной лапароскопии, операционный стол поворачивали на «здоровую» сторону (300). Рабочие троакары устанавливали в эпигастрии, левой подвздошной области и по краю прямой мышцы живота, между оптическим и правым рабочим. По необходимости, во время операции, больного переводили из положения Фовлера в Тренделенбурга и обратно. Первым этапом, в районе хвоста поджелудочной железы, рассекали брыжейку ободочной кишки по ходу нижней брыжеечной вены, обнажая почечную вену. Над ней формировали «тоннель» между надпочечником и медиальной поверхностью верхнего полюса почки до упора в ножку диафрагмы. Следующим шагом выполняли такой же «тоннель», но под почечной веной и до

поясничной мышцы. Диссектором через сформированные ходы проводили лигатуру, таким образом, чтобы в петле оказалась вся почечная ножка. Протянув один из концов нити под почечной веной, почечную артерию лигировали интракорпорально *ed mass*. После перекрытия артериального кровотока почечная вена клипировалась (Hem-o-Lok) и пересекалась. Затем завершалась обработка и почечной артерии (Hem-o-Lok). Приступая к мобилизации почки, осуществляли рассечение брюшины и тканей мезоколон так широко, чтобы сформировать овальное «окно» в брыжейке нисходящей ободочной кишки, ограниченное нижней брыжеечной веной, ветвями левых ободочных сосудов и аркой Rioli. Полученную свободную овальную часть мезоколон и брюшины оставляли на почке. Проникнув в слой между мезоколон и фасцией Gerota, проводили межфасциальную диссекцию, освобождая почку со всех сторон по тем же принципам, что и при традиционной нефрэктомии. По завершении мобилизации почки и пересечении мочеточника, препарат помещали в пластиковый контейнер, который удаляли в конце операции через минилапаротомию по Pfannenstiel. «Окно» в брыжейке не ушивали. Результаты. Необходимости конверсии доступа в лапаротомию не возникло ни в одной из групп исследования. Дважды (6,67%) нам не удалось освободить верхний полюс почки трансмезентериально, что потребовало перехода к стандартной мобилизации селезеночного изгиба. Причиной своеобразной конверсии явились особенности сосудистой архитектоники брыжейки кишки. Так, ширина «окна», ограниченная ветвями ободочных сосудов, не позволила обеспечить эргономичную работу в межфасциальных пространствах верхнего полюса. Интраоперационные осложнения в группе стандартной нефрэктомии отмечены дважды (6,9%). Повреждение капсулы селезенки и стенки нисходящей кишки, возникшие на этапах мобилизации, потребовали спрей-коагуляции и интракорпорального шва соответственно. В свою очередь, в группе трансмезентериального доступа интраоперационных осложнений не отмечено ($p > 0,05$). Серьезных послеоперационных осложнений и летальности удалось избежать в обеих сравниваемых группах. Единственное (3,45%) раневое осложнение, в виде подкожной гематомы послеоперационной раны, возникло у пациента группы стандартного доступа ($p > 0,05$). Продолжительность трансмезентериальной нефрэктомии достигла 115 [90; 130] против 110 [85; 125] минут в группе стандартной операции ($p > 0,05$). Тогда как показатели послеоперационного стационарного пребывания составили 6 [5;9] и 6 [5;10] соответственно ($p > 0,05$). Вызывает интерес ожидаемый результат оценки времени, прошедшего от начала операции до клипирования почечной артерии. Так, в группе трансмезентериального доступа на это потребовалось лишь 15 [10; 20] минут, тогда как в случае стандартного доступа- 40 [35; 45] минут ($p < 0,05$). Заключение. Количество операций, выполненных из трансмезентериального доступа по поводу опухолей, пока не позволяет провести адекватный статистический анализ и сделать определенные выводы. Тем не менее, на наш взгляд, у некоторых больных, он имеет ряд бесспорных преимуществ перед стандартным и может рассматриваться в качестве альтернативного доступа не только при пиелопластике, но и при пиелолитотомии, уретеролитотомии, нефрэктомии, адреналэктомии и резекции почки.

289.Этапный хирургический подход и антиоксидантная защита в лечении острого панкреатита

Фуныгин М.С., Демин Д.Б., Солодов Ю.Ю., Анисимова А.А., Гусев Н.С.

Оренбург

ОргМУ

Острый панкреатит (ОП) относится к числу наиболее частых хирургических заболеваний. На его долю приходится 5-10 % ургентной патологии орга-нов брюшной полости. По темпам роста заболеваемости ОП опережает все другие неотложные заболевания органов брюшной полости, несмотря на применение всего арсенала современных лекарственных средств. В основе патогенетической терапии ОП лежит концепция «обрывающей» терапии Толстого А.Д. с соавт. (1999), действующей на ведущие патогенетические звенья ОП, наиболее эффективной именно в первые сутки, до окончательного формирования панкреонекроза. Большой интерес представляют препараты, обладающие антиоксидантными свойствами, позволяющие прервать прогрессирование деструктивного процесса и провести его по асептическому пути. К данным препаратам относится тиоктовая кислота (ТК), являющаяся антиоксидантом широкого спектра действия, поскольку является важным кофактором пируватдегидрогеназного и альфа-кетоглутаратдегидрогеназного комплексов. Изучены результаты лечения 94 пациентов с ОП, находившихся на лечении в хирургических отделениях ГАУЗ ГKB им. Н.И. Пирогова г. Оренбурга в 2013-2015 гг. Все пациенты поступили на досуточном сроке заболевания (до формирования панкреонекроза). Тяжесть ОП при поступлении по шкале Glasgow-Imrie (1984) не менее 2 баллов, что соответствует, как минимум, среднетяжелому ОП. Все обследованные больные разделены на 2 группы. В I группе (47 человек) всем пациентам проводилось традиционное комплексное лечение в соответствии с общепринятым стандартом оказания помощи при данном заболевании. Пациентам II группы (47 человек) при поступлении и далее ежедневно в течение всего периода лечения дополнительно вводили внутривенно капельно 600 мг ТК в сутки. Использован препарат Октолипен® (тиоктовая кислота, Фармстандарт-УфаВИТА, Россия). Оценка эффективности проведенного лечения базировалась на клинических данных, изменениях стандартных лабораторных показателей и инструментальных методах исследования (ультразвуковое исследование брюшной полости, компьютерная томография и др.). В нашем исследовании из 94 пролеченных больных консервативно проведено 32 пациента, что составило 34%. В I группе пролечены консервативно без развития признаков панкреонекроза 12 (25,5%) пациентов, во II – 16 (34%) больных. Использование ТК, как одного из звеньев комплексного патогенетически обоснованного консервативного лечения в рамках «обрывающей» терапии, позволило у 5 (10,6%) пациентов II группы вызвать феномен «обрыва», то есть полностью купировать развивающийся тяжелый ОП и остановить развитие панкреонекроза. Во II группе у 4 (8,5%) пациентов с развившимся панкреонекрозом, подтвержденным при УЗИ и КТ, удалось добиться выздоровления, используя только комплексную интенсивную консервативную терапию. То есть, у пациентов с клиникой тяжелого ОП (индекс Glasgow-Imrie 3 и больше) с внепанкреатическим распространением процесса и признаками SIRS-синдрома, комплексная консервативная терапия согласно современным принципам «обрывающей» терапии с парентеральным введением ТК привела к полному выздоровлению только консервативными мероприятиями. Всего подвергнуто оперативному вмешательству в I группе 35 (74,5%) пациентов, во II – 27 (57,5%) больных. Малоинвазивные вмешательства выполнены в I группе 18 пациентам (в т.ч. лапароскопия – 16), во II – 23 больным (в т.ч. лапароскопия – 13, пункция под контролем УЗИ – 3, минидоступ под контролем УЗИ – 1). У пациентов I группы инфицирование возникло в 11 случаях (23,4%), из них 3 пациента умерли. Во II группе панкреонекроз инфицировался у 5 пациентов (10,6%), летальных исходов от инфицированного панкреонекроза не было. Открытые вмешательства как окончательный метод выполнены в I группе у 14 (29,8%) пациентов, во II группе – у 3 (6,4%). Причем, как стартовый метод лапаротомия («первичная» лапаротомия) в I группе применена у 11

(23,4%) оперированных больных, а во II только у 1 пациента (2,1%). Показания – прогрессирующее течение панкреонекроза с признаками заднего типа панкреатической экссудации (в забрюшинное пространство). Из этих пациентов погибли 2 больных I группы. Общая летальность составила в I группе 6 (12,8%) пациентов, а во II группе – 2 (4,3%) пациентов. Послеоперационная летальность составила, соответственно, 17,1% и 7,4%, причем из 8 умерших пациентов 4 перенесли лапаротомию. В I группе у 3 больных причиной смерти была «ранняя» (панкреатогенная) токсемия вследствие прогрессирующей полиорганной недостаточности и у 3 больных «поздняя» токсемия, то есть инфицированный панкреонекроз (панкреатогенный абдоминальный сепсис). Во II группе оба пациента погибли в ранние сроки, а от поздних осложнений панкреонекроза летальных исходов не было. Выводы. Применение тиоктовой кислоты в составе комплексной консервативной терапии острого панкреатита и этапного хирургического подхода сопровождается снижением частоты развития панкреонекроза и его инфицирования. Тиоктовая кислота в комплексе с этапным хирургическим подходом позволяет значительно улучшить результаты лечения пациентов с острым панкреатитом.

290. Тактика эндоскопического лечения больных механической желтухой опухолевого генеза

Глебов К.Г.(1), Дюжева Т.Г.(2), Залезнева О.Ю.(1), Мударисов Р.Р.(1), Хоконов М.А.(1), Сюмарева Т.А.(1), Першин В.В.(1), Демина Е.В.(1), Милюшкова Т.М.(1), Магомедова Б.М.(1), Нефедцева В.А.(1)

Москва

1) ГКБ №15 им. О.М. Филатова 2) ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Эндоскопические вмешательства при злокачественных заболеваниях гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненных механической желтухой были выполнены 213 больным. Из них рак головки поджелудочной железы диагностирован у 82 больных (38,5%), рак гепатикохоледоха - в 58 случаях (27,2%), опухоль Клацкина - у 31 пациента, рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки - у 23 человек, метастатическое поражение в области ворот печени - у 13 больных, рак желчного пузыря со сдавлением внутри- и внепеченочных желчных протоков - в 3 случаях и по одному больному приходится на рак левого печеночного протока и рак двенадцатиперстной кишки с распространением на папиллярную область. У 75 (18,6%) больных механическая желтуха сопровождалась явлениями гнойного холангита. У всех больных диагноз был установлен на основании клинической картины заболевания, данных УЗИ, КТ и РПХГ. 189 больных (89%) ретроградная холангиография и эндоскопические оперативные вмешательства, направленные на декомпрессию желчных протоков были проведены в течение 1 – 2 суток от момента поступления в стационар. Эндоскопические манипуляции осуществляли в специально оборудованной рентгеноперационной. Предпочтение отдавали общему внутривенному обезболиванию, что значительно облегчало проведение эндоскопических операций и легче переносилось больными. Мы являемся сторонниками комплексного подхода к эндоскопическим лечебно-диагностическим вмешательствам при лечении больных механической желтухой с неоперабельными опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны, поэтому всем больным сразу после ретроградной эндоскопической холангиографии стремились выполнить весь возможный

спектр эндоскопических вмешательств, направленных на восстановление желчеоттока, всеми доступными техническими средствами. Известно, что наилучших результатов в лечении больных механической желтухой можно добиться только при поэтапном выполнении лечебных мероприятий. Таким образом, тактика эндоскопического лечения (декомпрессии желчных протоков) заключалась в разделении его на два этапа (I этап - назобилиарное дренирование; II этап – эндоскопиче-ское протезирование желчных протоков), позволяющих добиться максимально эффективных результатов. На первом этапе выполнялось назобилиарное дренирование, целью которого была санация желчных протоков, ликвидация желтухи и явлений острого холангита. В качестве дренажей использовались катетеры, дистальная часть которых имела форму типа «pig tail» и «@». Назобилиарное дренирование мы рассматривали, также и как элемент дозированного желчеоттока, необходимого для профилактики постдекомпрессионного синдрома. Несмотря на более медленное снижение общего билирубина и показателей холестаза в течение первой недели после билиарной декомпрессии по сравнению с другими способами желчеотведения, ни у одного больного мы не отметили развития тяжелой печеночной недостаточности. Этот способ дренирования позволяет контролировать желчеотведение, выполнять активную санацию желчных протоков и производить по показаниям контрольные фистулохолангиограммы. В среднем НБД проводилось в течение 5 – 9 суток от момента установления дренажа, при этом полностью купировались явления холангита и происходила нормализации лабораторных показателей билирубина крови, ликвидировалась интоксикация и улучшалось общее состояние больных. На первом этапе эндоскопического лечения для доступа к желчным протокам, перед установкой назобилиарного дренажа у 190 больного были произведены различного типа эндоскопические папиллотомии, у 20 человек – эндоскопические супрапапиллярные холедоходуодностомии, 3 пациентам выполнено извлечение ранее установленных и нефункционирующих транспапиллярных пластиковых стентов. Баллонные дилатации папиллотомного отверстия и зоны сдавления желчных протоков, бужирование опухолевых сужений и реканализация опухолевых стриктур желчных протоков в сочетании с эндоскопической папиллотомией применялись в 39 случаях, что облегчало проведение назобилиарного дренажа и в дальнейшем установку эндопротеза. На втором этапе ретроградного вмешательства всем больным было выполнено эн-допротезирование желчных протоков, что явилось окончательным методом паллиативного эндоскопического лечения. В качестве билиарного эндопротеза для транспапиллярного стентирования у 146 больных применялись различной формы, диаметра и конфигурации пластиковые дренажные трубки, а у 67 пациентов – нитиноловые сетчатые самораскрывающиеся стенты. Все без исключения, стенты подбирались индивидуально, на основании результатов ретроградной холангиографии. У 199 больных использовался одиночный транспапиллярный стент, а в 8 случаях в желчные протоки установлено 2 пластиковых стента, при этом 4 пациентам выполнено раздельное дренирование правого и левого печеночных протоков двумя пластиковыми стентами одновременно, 1 пациенту - одновременное раздельное стентирование печеночных протоков пластиковым и нитиноловым стентами и в 3 случаях – произведено стентирование пластиковым стентом через просвет нитинолового (по типу «стент-в-стент»). Сроки нормального функционирования пластикового эндопротеза до его замены составили в среднем 6 ± 1 месяцев с момента установки, а двухэтапное эндоскопическое вмешательство позволило увеличить срок работы стента на 25 – 30 %. Клинические наблюдения у больных с нитиноловым стентом показали, что они обладают быстрым дренирующим эффектом по сравнению с пластиковыми стентами. Однако методика и техника их установки является более сложным эндоскопическим вмешательством. Сразу после установки нитиноловых стентов имелись конусовидные деформации стентов в области сужения. При рентгенологическом контроле через 16 – 48 часов было отмечено полное самораскрытие

эндопротезов, при этом на обзорном снимке брюшной полости во вне- и внутривенных протоках имелся воздух. Тяжелых осложнений, связанных с эндопротезированием не отмечено. Таким образом, двухэтапная тактика эндоскопического лечения механической желтухи при неоперабельных опухолевых поражениях желчных протоков и поджелудочной железы оправдана и является эффективным и малотравматичным методом восстановления желчеоттока, позволяющим в оптимально короткие сроки добиться быстрой регрессии симптомов холестаза, нормализации биохимических показателей крови, ликвидации печеночной недостаточности и улучшения общего состояния больного.

291. Особенности лапароскопической холецистэктомии у больных, ранее симультанно оперированных на органах брюшной полости

Гербали О.Ю., Костырной А.В.

Симферополь

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования "Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского"

В настоящее время лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) является «золотым стандартом» в лечении желчекаменной болезни (ЖКБ) и широко внедрена в мировую хирургическую практику. Несмотря на успехи эндовидеохирургии в лечении ЖКБ, многие авторы считают ранее перенесенные операции противопоказанием к выполнению ЛХЭ. Это связано с техническими сложностями выполнения ЛХЭ, в первую очередь, обусловленными «слепым» введением троакаров и высоким риском повреждения внутренних органов в результате спаечного процесса. Проблема хирургического лечения сочетанных заболеваний органов брюшной полости давно привлекает внимание специалистов разных областей. Частота сочетанных хирургических заболеваний колеблется от 28 до 63 %. Среди часто встречающихся заболеваний при ЖКБ вырисовывается несколько основных групп больных. Это больные с грыжами живота, заболеваниями кишечника, урогенитальной системы. Выполнение таким больным повторной лапаротомии усугубляет спаечный процесс брюшной полости и увеличивает вероятность развития послеоперационных грыж. Проведен анализ лечения 58 пациентов, которым была произведена ЛХЭ по поводу ЖКБ, ранее перенесших верхне-срединную лапаротомию. Все больные прооперированы в ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница», поступившие с 2013 по 2015 годы. Из общего числа пациентов с ЖКБ мужчин было 7 (12,1 %), женщин – 51 (87,9 %). Средний возраст пациентов составил 40,19±9,49 года. Острый калькулезный холецистит диагностирован у 3 (5,2 %) больных, хронический – у 55 (94,8 %). Из 58 больных, у 11 (19,0 %) верхне-срединная лапаротомия выполнялась по поводу грыжи белой линии живота, у 15 (25,9 %) - грыжесечение по поводу пупочной грыжи (пластика по Мейо), у 13 (22,4 %) – герниопластика послеоперационной вентральной грыжи живота, у 14 (24,1 %) больных в анамнезе операция по поводу спаечной кишечной непроходимости, у 3 (5,2 %) – прободная язва двенадцатиперстной кишки (выполнялось иссечение язвы + ваготомия). Один больной (1,7 %) перенес лапаротомию по поводу острого жирового панкреонекроза с наложением контактной холецистостомы и у одного

больного (1,7 %) была выполнена операция Гартмана с выведением сигмостомы. Сроки перенесенных ранее лапаротомий колебались от 3 до 15 лет. Всем больным до операции проведено стандартное предоперационное обследование. Оперативное вмешательство проводилось по следующей методике. После иссечения старого послеоперационного рубца через дефект апоневроза вводили 10 мм троакар для лапароскопа на 1 см выше пупка. При наличии спаечного процесса в классических точках для введения троакаров, последние вводились в любую свободную часть брюшной полости и под видеоконтролем производился адгезиолизис. Далее производилась переустановка троакаров для продолжения операции. ЛХЭ выполнялась практически без особенностей. В послеоперационном периоде у 2 (3,4 %) больных, перенесших ЛХЭ, наблюдалось поступление по дренажу крови (до 70 мл), которое остановилось после проведения гемостатической терапии на четвертые сутки. Активизация больных происходила через 16-18 часов после операции. Физическая активность восстанавливалась через 10 дней. Время пребывания пациента в стационаре в среднем было 6,1 койко-дня. Таким образом, лапароскопическая холецистэктомия является операцией выбора у больных, перенесших ранее симультанные оперативные вмешательства на органах брюшной полости, а техническая сложность адгезиолизиса обуславливает необходимость выполнения этого вмешательства опытным хирургом. Малая травматичность операции, снижение риска развития спаечной кишечной непроходимости, снижение сроков пребывания больного в стационаре и быстрое восстановление физической активности – факторы в пользу выполнения лапароскопической холецистэктомии у данной категории больных.

292.Лапароскопическая резекция подковообразной почки по поводу почечно-клеточного рака. Трансмезентериальный доступ.

Кочкин А.Д., Севрюков Ф.А., Кнутов А.В., Семёнычев Д.В.

Нижний Новгород

НУЗ «ДКБ на ст. Горький ОАО «РЖД»

Введение. С частотой 1 на 1000, причем у женщин в два раза реже, чем у мужчин, подковообразная почка, как правило, является следствием хромосомных анеуплоидий. Почечно-клеточная карцинома (ПКР) развивается в подковообразной почке чрезвычайно редко. Так, к 2012 году в мировой литературе были описаны лишь 200 подобных случаев. В интернет-ресурсе PubMed, нам удалось найти лишь три упоминания о лапароскопических резекциях (ЛапР) подковообразной почки. Поиск в русскоязычных источниках успехом не увенчался. Какие-либо данные о ЛапР сращенных почек через трансмезентериальный доступ отсутствуют. Последнее обстоятельство побудило нас поделиться собственным первым опытом лапароскопической трансмезентериальной резекции нижнего сегмента подковообразной почки по поводу ПКР. Материалы и методы. Приводим клиническое наблюдение. Пациентка Х., 27 лет. Беспричинное появление лихорадки до 38*С, общей слабости, быстрой утомляемости и чувства тяжести в поясничной области послужили показанием к срочной госпитализации в урологическое отделение одной из районных больниц Нижегородской области. На фоне антибактериальной и противовоспалительной терапии отмечено значительное улучшение самочувствия: болевой

синдром и лихорадка купированы. При обследовании обнаружено опухолевое образование подковообразной почки. Для определения тактики дальнейшего лечения направлена в НУЗ «ДКБ ОАО РЖД на ст. Горький» гор. Ниж. Новгород. В отделении выполнена контрольная МРТ с внутривенным контрастированием, ангиографией и МР-урографией. Верифицирована опухоль нижнего сегмента левой половины подковообразной почки 3,8 x 4,9 x 4,1 см, компримирующая нижние группы чашечек; размеры перешейка- 5,3 x 5,2 см. Клинический диагноз сформулирован как «Рак левой половины подковообразной почки cT1N0M0. Анемия средней степени тяжести, компенсированная». В связи с чем, 24.08.2015г. выполнена без осложнений лапароскопическая трансмезентериальная резекция нижнего сегмента левой половины подковообразной почки. Техника операции (видеопrotocol операции доступен по ссылке <http://youtu.be/XQQFzgZEBXs>). Положение больной «на спине». Оптический троакар в области пупка. После ревизии брюшной полости операционный стол переведен в положение на «здоровую» сторону (30*). Рабочие троакары установлены в эпигастрии, левой подвздошной области и по латеральному краю прямой мышцы живота слева. В брыжейке нисходящей кишки сформировано «окно», ограниченное ветвями левых ободочных и нижними брыжеечными сосудами, а так же аркой Риолана. Над перешейком подковообразной почки осуществлен доступ к абдоминальной аорте; тотчас у места отхождения нижней брыжеечной, выделена артерия перешейка. Выполнена парааортальная лимфодиссекция. Мобилизована почечная ножка левой половины «подковы», представленная двумя артериями и одной веной. Обнажены лоханка и левый мочеточник. В воротах выделены, клипированы Hem-o-lok и пересечены обе большие чашки нижнего сегмента почки, компримированные опухолью. Перешеек дважды лигирован капроновой нитью и прошит интракорпорально, после чего пересечен монополярным крючком. Почечные артерии отдельно пережаты сосудистыми клеммами. Холодными ножницами, в пределах здоровых тканей, нижний сегмент левой половины почки отсечен вместе с опухолью, нижней группой чашек и перешейком. Непрерывный обвивной шов паренхимы почки укрыт гемостатической пластиной «Тахокомб». Продолжительность тепловой ишемии - 19 минут. Контроль гемостаза. Зона операции дренирована через рану одного из троакаров и прикрыта большим салынником. «Окно» брыжейки не ушивалось. Препарат извлечен в контейнере, через минилапаротомию по Пфаненштилю. Объем кровопотери до 100мл. Продолжительность вмешательства 210 минут. Послеоперационный период гладкий. Пациентка активизирована в день операции. Проводилась посиндромная терапия, профилактика инфекционных и тромбоэмболических осложнений. Дренаж удален на следующий послеоперационный день. В удовлетворительном состоянии пациентка выписана на пятые послеоперационные сутки. В тот же день выполнена экскреторная урография - функция почек сохранена, своевременна и адекватна; затеков контрастного вещества нет. Гистологическое заключение – светлоклеточный вариант почечно-клеточного рака, края резекции свободны от опухолевого роста; в удаленных лимфатических узлах метастазов нет. Заключение. Возможность репликации принципов традиционной онкологии в лапароскопической хирургии, привела к практически полному отказу от «открытых» операций при локализованных опухолях почки. В приведенном наблюдении выбор нестандартного доступа и нестандартное использование стандартных инструментов, позволили выполнить лапароскопическую сегментарную резекцию почки, несмотря на особенности строения органа.

293.Комплексная диагностика и оперативное лечение тяжелых травм груди с применением видеоторакоскопии

Кочергаев О.В., Копалин А.А., Дразнин В.И., Котыкин В.А.

Самара

ГБУЗ Самарской области «Самарская городская больница №2 имени Н.А. Семашко»

Введение. Видеоторакоскопия уже более двадцати лет применяется в диагностике и лечении при ранениях и травмах груди. Однако опыт применения в данной группе пострадавших, имевших тяжелые сочетанные травмы освещается недостаточно широко. В литературе описываются в основном случаи из практики, и опыт не носит характер системного анализа.(Sise M.J. et al., 2013, Zagour A. et al., 2013). Цель исследования. – улучшить результаты лечения пострадавших с тяжелой травмой груди, в том числе при политравме. Материалы и методы. Проведен анализ лечения 214 пострадавших с травмами груди в травмоцентре Самарской городской клинической больницы №2 имени Н.А.Семашко в период с 2013-2015годы. Повреждения при закрытой травме оценивались по шкале(ISS). Средние значения составили 22-34 балла. С целью корректного сравнительного анализа были сформированы две группы: контрольная(47 пострадавших) и основная(44 пациента). В контрольной использовался рутинный подход к диагностике и лечению(дренирование и торакотомия). В основной группе применялась видеоторакоскопия. По возрасту, полу и объективной оценке тяжести полученной травмы пострадавшие были идентичны. Всего выполнено 44 видеоторакоскопии(20,56%). В 19 случаях она выполнялась при ранениях(открытых повреждения) и в 25 - при закрытых травмах груди(политравме). Особенность алгоритма диагностики и лечения пострадавших с тяжелой с травмой груди заключалось в проведении определенного комплекса мероприятий. При стабильной гемодинамике(АД свыше 90 ммрт, отсутствии признаков дыхательной недостаточности ЧД менее 25 в мин) пациент доставлялся в отделение компьютерной томографии для проведения контрастного СКТ – исследования груди и других областей тела. Необходимо подчеркнуть, что данное исследование доступно в течение 24 суток. семь дней в неделю, 365 дней в году. Стандартное СКТ-исследование занимало не более 10-15минут. Поэтому через 30минут от момента поступления диагноз как правило был верифицирован и осуществлялось оперативное вмешательство. Первый порт устанавливался в четвертом межреберье по средней подмышечной линии на спонтанном дыхании с соответствующим обезболиванием(17). Остальные точки расположения торакопортов определялись в зависимости от результатов спиральной компьютерной томографии и обзорной торакоскопии. В случаях предполагаемых оперативных вмешательств(трепанация черепа, остеосинтез конечностей, спондилодез, лапаротомия(лапароскопия), коллотомиа) торакоскопия осуществлялась под комбинированным эндотрахеальным наркозом с однологочной вентиляцией. В абсолютном большинстве случаев(в92%) носила лечебно-диагностический характер. Основным ее преимуществом было быстрое и эффективное устранение гемоторакса и остановка кровотечения. (в 42 случаях). Его объем составлял от 300 мл до 1,4литра. В 10 случаях кровотечение носило интенсивный характер и для его остановки приходилось осуществлять конверсию. В остальных наблюдениях кровотечение удалось остановить и провести радикальную санацию плевральной полости. При политравме с тяжелым ушибом головного мозга(12пациентов), требующая трепанации черепа, торакоскопия проводилась в ходе одного наркоза. В большинстве случаев видеоторакоскопия осуществлялась перед оперативным вмешательством на голове. Цель ее – устранение гемоторакса, санация плевральной полости и ликвидация пневмоторакса, в том числе и напряженного. Таким образом все усилия направлены

на устранение жизнеугрожающих последствий травмы. При сложных переломах грудного отдела позвоночника и множественных переломах ребер (7 наблюдений) важно определить источник кровотечения в плевральную полость. От правильно выбранной хирургической тактики зависит жизнь пострадавшего. И основную роль здесь играет видеоторакоскопия. После установки торакопортов устраняется гемоторакс. Далее определяется целостность медиастинальной плевры и наличие гематомы в заднем средостении и нестабильность позвоночника. Наш опыт свидетельствует о высокой эффективности видеоторакоскопии. У всех семи пациентов источником кровотечения явились костные структуры грудного отдела позвоночника. Малотравматичным способом произведена санация плевральной полости, прицельная установка дренажей. Далее в ходе одного наркоза производился передний или задний корпородез. В случаях сочетанных травм или ранения груди (27 пострадавших) и живота видеоторакоскопия позволяла быстро и объективно оценить состояние диафрагмы. В случаях обнаружения разрыва диафрагмы (8 пациентов) дополнительно производилась лапароскопия. У всех пациентов потребовалось выполнение лапаротомии. В ходе этих оперативных вмешательств осуществлялось восстановление целостности диафрагмы. В 8 случаях имелись тяжелые ранения шеи. Состояние этих в момент поступления было крайне тяжелым, с неустойчивой гемодинамикой и неэффективным дыханием. Оперативное вмешательство носило неотложный характер. Осуществляли коллотомию, выделение магистральных сосудов и остановку кровотечения с наложением сосудистого шва. Далее осуществляли ревизию пищевода и заднего средостения. После дренирования операционная рана послойно ушивалась послойно. После стабилизации состояния у 4 пострадавших произведена видеоторакоскопия. В ходе ее выполнения у трех пациентов выявлен сервико-абдоминальный характер ранения. Раневой канал проникал в плевральную полость через апикальную часть плевры. Кровотечение продолжалось в плевральную полость. Остановка его произведена посредством торакоскопии с применением биполярной диатермокоагуляцией. Как показали результаты проведенного исследования, летальность в контрольной группе составила 29,2%. Напротив, в основной она составила 16,7%. Заключение. Основное преимущество видеоторакоскопии - ее малотравматичность и диагностическая эффективность. Это обстоятельство особенно важно у данной категории пострадавших.

294. Применение ультразвуковой атипичной резекции легкого при торакоскопической диагностике периферических образований и диссеминированных процессов легких

Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Фуфаев Е.Е., Ясюченя Д.А., Нечипорук В.М., Дмитроченко И.В.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, кафедра госпитальной хирургии

Целью исследования являлось изучение возможности применения ультразвуковой атипичной краевой резекции легкого при периферических образованиях (ПОЛ) и диссеминированных процессах легких (ДПЛ). Подвергнуты анализу результаты ультразвуковой атипичной резекции легкого у 68 пациентов с ПОЛ и ДПЛ – 29 и 39 случаев соответственно. Из них диагностическими были 52 операции. С лечебной целью выполнены 16 вмешательств. Среди больных было 48

(70,6%) мужчин и 20 (29,4%) женщин. Средний возраст пациентов составил $52,5 \pm 2,6$ лет ($41,6 \pm 3,8$ лет у мужчин и $54,1 \pm 2,9$ лет у женщин). Больным выполнялась атипичная резекция легкого с использованием ультразвуковых ножниц. Надежность герметизации легочной паренхимы в ходе операции контролировали с использованием избыточного давления в контуре аппарата искусственной вентиляции легких до 30 мм рт. ст. Во всех случаях торакоскопическая резекция легкого оказалась информативной. Средний срок расправления легкого составил $2,0 \pm 0,4$ суток, средняя длительность дренирования плевральной полости – $3,4 \pm 0,4$ суток. Интраоперационных осложнений не было. Осложнения в послеоперационном периоде развились у 5 (7,4%) больных. Основными из них были: длительные (более 5 суток) сброс воздуха и нерасправление легкого – 2 случая, и инфекционные осложнения, среди которых послеоперационный гнойный плеврит – у 1 больного, нагноение раны – у 2 пациентов. Летальных исходов не наблюдалось. Средний срок пребывания в стационаре больных составил $5,2 \pm 0,4$ суток. Таким образом, ультразвуковая диссекция обеспечивает надежный аэрозтаз при значениях давления в трахеобронхиальном дереве, превышающих физиологические, что позволяет проводить атипичную резекцию легкого с помощью ультразвуковых ножниц с диагностической целью при ПОЛ и ДПЛ в ряде клинических ситуаций.

295. Выбор оптимальной билиодигестивной реконструкции при последствиях ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков, произошедших в ходе лапароскопической холецистэктомии

Хоронько Е.Ю.

Ростов-на-Дону

ГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России

Актуальность. Ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков (ЯП ВЖП), произошедшие в ходе лапароскопической холецистэктомии, отличаются более тяжелыми последствиями, обусловленными применением электрохирургического инструментария. Цель исследования – улучшить результаты билиодигестивных реконструкций (БДР) при последствиях ЯП ВЖП. Материал и методы. В хирургической клинике РостГМУ в период с 1997 по 2015 гг. по поводу последствий ЯП ВЖП оперированы 66 пациентов (возраст от 23 до 85 лет, средний $44,7 \pm 12,4$; 49 женщин, что составило 74,2%). Ранение протоков при лапароскопической ХЭ, выполненной в иных учреждениях, в сроки от 1 суток до 26 мес до поступления к нам, произошло у 61. Еще у 2х инцидент имел место при открытой ХЭ, также в 2х случаях развитию рубцовой стриктуры предшествовала резекция желудка по Бильрот-2 (за 4 мес и за 6 лет до обращения, соответственно) и в одном случае вовлечение гепатикохоледоха было обусловлено синдромом Mirizzi. Первичные поражения были у 42 больных, остальные 24 поступили с последствиями неадекватной коррекции. Уровень поражения, в значительной степени определяющий хирургическую тактику, был таков: правый долевого проток у 3х (4,5%), зона конfluence – у 7 (10,7%), общий печеночный (ОПП) – у 34 (51,5%), общий желчный (ОЖП) у 22 (33,3%). Результаты. Хирургические вмешательства были индивидуализированы в зависимости от характера и давности поражения. Восстановление протока при свежем ранении (1,2 и 5 сутки) выполнено

сшиванием по типу «конец-в-конец». Обязательной считаем полноценную мобилизацию 12-перстной кишки. 59 больных подверглись общепринятой БДР, а именно, наложению гепатико-или холедохо-еюноанастомоза (ГЕА/ХЕА) с выключенной по Ру петлей тощей кишки. У 23 из них была применена разработанная нами методика создания арефлюксного соустья (Патент РФ №2470592), суть которой состоит в формировании эластического жома, образующегося при обхватывании культи желчного протока анастомозируемой с ним кишечной петлей. Это позволяет использовать более короткую петлю тощей кишки, длиной лишь 30-40 см против 80-90 см, общепринятых для ГЕА/ХЕА. У 7 из 34 пациентов с поражением ОПП был наложен ГЕА, а у 16 больных из 22х с повреждением ОЖП - ХЕА. Важнейшим условием обеспечения эффективности арефлюксного анастомоза является длина культи протока, составляющая не менее 12 мм. Результатом укорочения выключенного по Ру сегмента кишки стало улучшение процессов пищеварения, выразившееся в более быстрой и полноценной реабилитации пациентов. Летальности в данной группе не зарегистрировано, а рубцовая стриктура развились у двух человек в сроки 9 мес и 4,5 года после реконструкции. Высокие поражения протоков (3 пациента с поражением правого долевого и 7 – конфлюэнса) вынуждали нас применять сменный транспеченочный дренаж (СТД) после наложения ГЕА. Длительность нахождения СТД составила от 20 до 24 мес. У четверых (40,0%) впоследствии развились стриктуры, которые потребовали выполнения повторных реконструкций, применения комбинированных методик (в т.ч. транспеченочного стентирования). Эти пациенты инвалидизированы, их отличает низкое качество жизни. Послеоперационная летальность (30-дневная) составила 1,5% (умер один пациент, 68 лет). Заключение. Выбор оптимальной методики БДР индивидуален. Применение арефлюксных методик целесообразно. Условием обеспечения эффективности предложенной нами модификации ГЕА/ХЕА является длина культи протока, составляющая не менее 12 мм.

296. Панхромokoлоноскопия с индигокармином в диагностике неоплазий толстой кишки у населения промышленного региона

Фролов П.А., Заикин С.И.

Ленинск-Кузнецкий

ГАУЗ КО «ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ШАХТЕРОВ»

Анализ публикаций последних лет свидетельствует о том, что колоректальный рак (КРР) по-прежнему занимает 2-3-е место по цифрам ежегодной заболеваемости и смертности. Наибольшие показатели заболеваемости были выявлены в экономически развитых странах, при этом частота колоректального рака у мужчин значительно выше, чем у женщин. Одной из причин высокой смертности от КРР является поздняя выявляемость заболевания. Колоноскопия является золотым стандартом для скрининга при колоректальных опухолях. Со времени установления патогенетической роли аденоматозных полипов в 1972 году скрининг был ориентирован на обнаружение и удаление этих поражений. Применение хромоэндоскопии с окрашиванием слизистой оболочки толстой кишки 0,2% раствором индигокармина повышает эффективность колоноскопии для диагностики небольших неоплазий. Цель работы: провести сравнительную оценку способов панхромokoлоноскопии для эффективной диагностики новообразований толстой

кишки. Материалы и методы. В проспективное клиническое исследование вошли 86 пациентов (26 мужчин и 60 женщин) со средним риском по КРР, возрастом старше 25 лет, впервые подвергнувшихся тотальной колоноскопии с высоким качеством подготовки кишечника (более 90 % визуализации слизистой оболочки). Исследование проводили эндоскопом CF-V70L («Olympus», Япония) без анестезиологического пособия. Регистрировали тип, размер, анатомическое расположение и морфологическое строение неоплазий, которые подвергались биопсии или удалялись путем «горячей» биопсии, петлевой полипэктомии и резекции слизистой оболочки. По способу колоноскопии методом случайной выборки сформированы две группы. Статистическую обработку данных проводили с использованием программы Statistica 6.1 (StatSoft, Inc.). Все значения представлены в виде $M \pm m$ (средняя арифметическая \pm ошибка средней арифметической). Результаты. 44 пациента (30 женщин, 14 мужчин) составили основную группу, средний возраст $51,2 \pm 1,6$ года, с авторским способом панхромоскопии (Патент РФ № 2427311 от 27.08.2011г. «Способ панхромоскопии слизистой оболочки толстой кишки»), а в группу контроля вошли 42 пациента (30 женщин и 12 мужчин), средний возраст $54,2 \pm 1,7$ года, с стандартной хромоколоноскопией. Отмечено в основной группе значимое снижение среднего времени исследования ($27,2 \pm 1,6$ минуты) и количества красителя ($44,6 \pm 1,8$ мл 0,2% раствора индигокармина) по сравнению с контрольной ($34,6 \pm 1,4$ минуты и $57,3 \pm 2,0$ мл, соответственно). Всего было обнаружено 140 новообразований, 79 у 30 пациентов в основной группе и 61 у 29 пациентов в контрольной. В нашем исследовании чувствительность метода составила 83,1 %, специфичность - 100%. Патогистологическая оценка: 56 (70,9%) аденом (дисплазия низкой степени - 48, высокой - 8) у 21 пациента основной группы, 47 (77%) аденом (дисплазия низкой степени - 41, высокой - 6) у 19 - контрольной группы; 21 (26,6%) неопластическое образование (воспалительные, гиперпластические и лимфоматозные) у 7 пациентов основной группы и 8 (13,1%) у 4 - контрольной группы. В обеих группах преобладали аденомы тубулярного типа. Проведенный анализ всех выявленных при панхромоскопии толстой кишки неоплазий показал высокую встречаемость (более 50%) небольших новообразований до 5 мм. Таким образом, панхромоскопия оказалась эффективным методом диагностики новообразований толстой кишки, в том числе и небольших размеров, позволяющем проводить первичную профилактику КРР. Анализ всех выявленных при панхромоскопии неоплазий показал их высокую встречаемость в популяции (около 70%) (в частности - более 50% небольших новообразований до 5 мм), а при патогистологическом исследовании более 70% составили аденомы.

297. Ретроперитонеоскопический доступ при простом врожденном гидронефрозе у детей

Захаров А.И., (1) Коварский С.Л., (2) Струянский К.А., (2) Склярова Т.А., (1) Текотов А.Н., (2) Соттаева З.З., (2) Агеева Н.А., (2)

Москва

1 ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова г. Москва 2 РНИМУ им. Н.И. Пирогова г. Москва

Гидронефроз в детском возрасте остаётся одним из самых частых заболеваний хирургического профиля, являющийся причиной нарушения функции почек. Частота встречаемости составляет 1: 500, 1: 800. Современные эндохирургические методы лечения первичного гидронефроза у детей

приобретают все больше сторонников. Наибольшее распространение, в настоящее время, получил трансперитонеальный доступ к почке, однако нет существенных объективных критериев при выборе оптимального доступа. К примеру, прямой, ретроперитонеоскопический доступ может предложить хирургу ряд преимуществ, отсутствие необходимости мобилизации кишечника или вскрытия брыжейки кишки, прямой доступ к задней поверхности почки или оптимальную визуализацию пиелоретерального сегмента при ротации почки. Предыдущие операции на органах брюшной полости или наличие перитонеального шунта, подвигают к выбору трансперитонеального доступа. Методы: С 2008г. по 2015 г. в отделение урологии ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова по поводу простого врожденного гидронефроза выполнено 302 эндоскопических операций у 296 детей (78 девочек, 218 мальчик) в возрасте от 3 месяцев до 18 лет, ретроперитонеальный доступ использовался у 20 детей (возраст 25 ± 11 недель). Ретроперитонеальный доступ начинался в положении больного на боку, путем искусственного формирования паранефрального рабочего пространства в поясничной области. После установки трех троакаров с десятимиллиметровой оптикой и двух трехмиллиметровых манипуляторов, мобилизовывался пиелоретеральный сегмент и выполнялась частичная резекция лоханки с продольным рассечением мочеточника (принцип Anderson - Hynes). Пиелоретеральный анастомоз накладывался с помощью непрерывного шва нитью PDS 5-0 или 6-0. Дренирование осуществлялось путем антеградной установки JJ - стента. К зоне анастомоза подводился страховочный дренаж, выводимый на кожу через отверстие, оставшееся после установки троакара. Продолжительность операции составила 150 ± 40 минут. В послеоперационном периоде пациенты получали коротким курсом цефалоспорины II поколения. Инфекционных осложнений не было. Страховочный дренаж удалялся после операции на 1-2 сутки. Контрольное УЗИ проводилось на 2 и 5 сутки после операции. Уретеральный стент удалялся через 6-8 недель после операции. Продолжительность госпитализации составила 5-7 дней. Результаты: Дальнейшее наблюдение за детьми осуществлялось на уровне амбулаторного урологического центра. Кратность обследования составила 1-3-6-12 месяцев. Анализ лабораторных данных подтвердил отсутствие инфекционных осложнений. При УЗИ у всех детей отмечено сокращение размеров ЧЛС, при доплерографической оценке внутривисцерального кровотока признаков его ухудшения не зарегистрировано, сохранность почечной функции подтверждена и данными радиоизотопной ренографии. Результаты обследования демонстрируют адекватный пассаж мочи через пиелоретеральный сегмент и могут быть расценены как хорошие. Заключение: Несмотря на недостаточное количество наблюдений и невозможность пока сравнительной оценки эффективности ретроперитонеального и трансперитонеального доступа при простом врожденном гидронефрозе у детей, можно сделать вывод о сопоставимости результатов лечения. Отсутствие травматизации органов брюшной полости и угрозы мочевого затека в брюшную полость делают ретроперитонеальный доступ при лапароскопическом лечении врожденного гидронефроза наиболее оптимальным, особенно у детей младшего возраста.

298. Интракорпоральный шов – ключ к увеличению спектра выполняемых лапароскопических операций

Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Жаугашев А.Е

Москва

Кафедра факультетской хирургии № 1 МГМСУ имени А.И.Евдокимова

Актуальность: Несмотря на современное оснащение московских больниц лапароскопическими стойками, спектр выполняемых хирургами операций остается небольшим. Цель: выявить причину небольшого спектра выполняемых лапароскопических операций. Материалы и методы: с 2012 года на кафедре факультетской хирургии №1 МГМСУ имени А.И. Евдокимова проводится исследование корреляции спектра выполняемых лапароскопических операций и уровня базовых лапароскопических навыков. За это время с 2012 по 2015 годы исследованы 312 хирургов, выполняющих лапароскопические операции в стационарах города Москвы. Исследуемым предлагалось выполнить несколько базовых упражнений на лапароскопических коробочных тренажерах. Выполненное упражнение оценивалось по времени и качеству. Исследуемым предлагалось также заполнить анкету, где указывалось какие виды лапароскопических операций выполняет хирург. После чего данные сопоставлялись. Результаты: В ходе проведенного исследования выявилась устойчивая корреляционная связь между уровнем владения интракорпоральным швом и спектром выполняемых операций. Так, например, выявилось, что 80% испытуемых не владеют интракорпоральным швом. Эти же 80% испытуемых указали в анкетах операции базового уровня. Хирурги, указавшие в анкетах операции продвинутого уровня, выполнили задание по наложению интракорпорального шва с удовлетворительными и хорошими временными и качественными результатами. Выводы и заключение: интракорпоральный шов – базовый навык лапароскопии. Уровень владения интракорпоральным швом среди оперирующих хирургов остается очень низким. По нашим данным это и является сдерживающим фактором, не позволяющим большей части хирургов выполнять операции продвинутого уровня.

299. От новичка в эксперты за 5 дней.

Луцевич О.Э., Галлямов Э.А, Жаугашев А.Е.

Москва

Кафедра факультетской хирургии №1 МГМСУ имени А.И.Евдокимова

Ключевые слова: интракорпоральный шов, методика обучения Актуальность: На сегодняшний день современный хирург должен уметь выполнять операции лапароскопическим доступом. Лапароскопическая хирургия сложна и требует предварительного обучения, в первую очередь на тренажерах. Существующие системы обучения лапароскопическим навыкам (FLS, EBLUS и др.) сконцентрированы на проверке выполнения отдельных заданий (перекладывание предметов, резание ножницами, интракорпоральный шов, экстракорпоральный шов, наложение лигатуры, клипирование участка). Проблема данных методик заключается в том, что они нацелены на проверку навыков, а не на обучение навыкам. На данный момент не существует методики, позволяющей в короткий промежуток времени освоить навыки лапароскопии на высоком уровне. Цель: разработать эффективную методику обучения лапароскопии Материалы и методы: на кафедре факультетской хирургии №1 МГМСУ имени А.И. Евдокимова в ходе трехлетнего

исследования получены данные, свидетельствующие о наличии устойчивой корреляционной связи между уровнем владения интракорпоральным швом и спектром выполняемых лапароскопических операций. Этот факт позволил нам сконцентрироваться на разработке методики обучения интракорпоральному шву. Разработанная нами методика обучения интракорпоральному шву построена по принципу разделения сложного навыка на несколько простых составляющих и отработки отдельных элементов сложного навыка. По данной методике в период с апреля 2014 года по сентябрь 2015 года прошли обучение 62 курсанта. Продолжительность обучения 5 дней по 4 часа в день. Группа испытуемых включала как хирургов с опытом выполнения лапароскопических операций, так и студентов и ординаторов не имеющих никакого опыта самостоятельных операций. После прохождения нашего курса испытуемым предлагалось пройти экзамен по существующим протоколам FLS, EBLUS. Результаты: Все курсанты, прошедшие курс по нашей методике освоили навык интракорпорального шва. Средние результаты выполнения отдельного узлового интракорпорального шва от 30 сек до 2 минут. При сравнении результатов полученных нашими курсантами с результатами международных образовательных программ по лапароскопии выявлено 4-6 кратное превосходство. Другие задания включенные в экзамен были выполнены также с двукратным преимуществом. Полученные данные интерпретируются американским и европейским обществом эндоскопических хирургов как экспертный уровень выполнения задания. Выводы и заключение: разработанная на кафедре авторская методика обучения лапароскопии, основанная на обучении только интракорпоральному шву, по результатам, показанным испытуемыми не имеет аналогов в мире. Данная методика позволяет в короткий срок (5 дней) приобрести навыки лапароскопии экспертного уровня.

300.К вопросу обучения ручному шву в лапароскопии.

Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Жаугашев А.Е.

Москва

Кафедра факультетской хирургии №1 МГМСУ имени А.И.Евдокимова

Резюме: В ходе нескольких наблюдений, проведенных на кафедре факультетской хирургии № 1 МГМСУ имени А.И.Евдокимова, в рамках разработки эффективной методики обучения лапароскопии было обнаружено, что курсанты выходят на плато безопасности выполнения лапароскопических операций уже к 5-8 операции. Время выполнения операции к 7 операции сокращается более чем в 2 раза и становится сопоставимым с временем выполнения этих же операций опытными хирургами. Ключевые слова: кривая обучения, лапароскопическая хирургия, методика обучения, интракорпоральный шов Наблюдение Курсант А. 28 лет, прошел курс «интракорпорального шва» по разработанной на кафедре авторской методике в августе 2014 года. Предшествующий опыт выполнения лапароскопических операций минимальный. Опыт выполнения лапароскопической аппендэктомии – 48 , лапароскопической холецистэктомии – 0, лапароскопической герниопластики – 0, лапароскопического ушивания перфоративной язвы – 0. После прохождения обучения в течение года было выполнено: лапароскопическая аппендэктомия 52, лапароскопическая холецистэктомия 44, лапароскопическая герниопластика –

28, лапароскопическое ушивание перфоративной язвы 7. Все операции фиксировались на видео. В ходе оценки видеозаписей операций выявлено, что «плато безопасности» на кривой обучения наступало уже с 5-ой (лапароскопическая холецистэктомия), 8ой (лапароскопическая герниопластика) операции. Время выполнения сокращалось в два раза уже к 7-ой операции. При «слепом» сопоставлении поздних (после 10) видеозаписей операций сделанных курсантом с видеозаписями операций опытных хирургов, выполнивших более 500 лапароскопических операций разного профиля, существенного различия в качестве и времени замечено не было. Вывод: При сопоставлении данных с данными международных исследований, которые указывают на число 60-120 лапароскопических операций необходимых для выхода на «плато безопасности» на кривой обучения, выявлено, что испытуемые выходят на «плато безопасности» многократно быстрее.

301. Степень угасания навыка интракорпорального шва, полученного по авторской методике кафедры факультетской хирургии.

Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Жаугашев А.Е.

Москва

Кафедра факультетской хирургии №1 МГМСУ имени А.И.Евдокимова

Резюме: Считается, что навык которым не пользуешься быстро угасает. В ходе нескольких наблюдений, проведенных на кафедре факультетской хирургии № 1 МГМСУ имени А.И.Евдокимова, в рамках разработки эффективной методики обучения лапароскопии было обнаружено, что навык полученный курсантами не угасает в течение длительного времени (продолжительность наблюдения 12 месяцев). Ключевые слова: интракорпоральный шов, лапароскопическая хирургия, методика обучения, степень угасания навыка, автоматизм. Наблюдение Курсант будучи студентом 6 курса прошел курс «интракорпорального шва» по разработанной на кафедре авторской методике. Продолжительность курса стандартная – 5 дней по 4 часа в день. На 5й день, в ходе контрольных измерений, были получены следующие результаты: вязание петель(упражнение 1) - 48 петель в минуту; вязание узлов(упражнение 2) - 8 узлов в минуту; выполнения отдельного узлового интракорпорального шва (упражнение 5) -50 секунд. В течение 3 месяцев после прохождения курса, испытуемый не имел возможности использовать полученный навык. Через 3 месяца, в ходе контрольных измерений, после 10-минутной разминки были получены следующие результаты: вязание петель (упражнение 1) - 46 петель в минуту; вязание узлов (упражнение 2) – 9 узлов в минуту; выполнения отдельного узлового интракорпорального шва (упражнение 5) -52 секунды. Через 6 месяцев после прохождения курса, испытуемый снова явился на контрольные измерения. В течение всех 6 месяцев курсант не имел возможности использовать полученный ранее навык. Результаты измерений: вязание петель (упражнение 1) - 42 петли в минуту; вязание узлов (упражнение 2) – 8 узлов в минуту; выполнения отдельного узлового интракорпорального шва (упражнение 5) -56 секунд. Результаты измерений через 12 месяцев: вязание петель (упражнение 1) - 44 петли в минуту; вязание узлов (упражнение 2) – 9 узлов в минуту; выполнения отдельного узлового интракорпорального шва (упражнение 5) -54 секунды. Вывод: навык интракорпорального шва,

полученный по разработанной на кафедре авторской методике практически не имеет тенденции к угасанию в течение длительного времени.

302.Тренинг центр по лапароскопии в хирургическом корпусе – эффективное решение проблемы тренировки и поддержания навыка.

Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Жаугашев А.Е.

Москва

Кафедра факультетской хирургии №1 МГМСУ имени А.И.Евдокимова

Ключевые слова: интракорпоральный шов, тренинг центр, лапароскопическая хирургия
Актуальность: Несмотря на наличие в Москве современных обучающих центров по лапароскопии, проблема тренировки навыков для штатных хирургов стоит очень остро. Нехватка времени и большие расстояния делают эту опцию практически невозможной для большей части врачей хирургического профиля. Цель: обеспечить круглосуточную возможность тренировки навыков лапароскопии врачей ГКБ 52. Материалы и методы: с июля 2015 года на территории хирургического корпуса ГКБ 52 сотрудниками кафедры факультетской хирургии № 1 МГМСУ имени А.И.Евдокимова был организован тренинг центр для отработки навыков лапароскопической хирургии. Были установлены тренажеры, разработанные сотрудниками кафедры. А также была налажена работа курса по обучению интракорпоральному шву как наиболее эффективного метода освоения лапароскопии. Результаты: За этот период 40% молодых сотрудников хирургического корпуса прошли данный курс. Все врачи имеют возможность тренировки навыков в круглосуточном режиме. Выводы и заключение: тренинг центр на территории хирургического корпуса больницы эффективно решает проблему тренировки хирургических навыков. Тренинг центр организованный сотрудниками кафедры факультетской хирургии многократно дешевле любого московского и зарубежного аналога, а по эффективности наработки навыка эффективнее. Данный способ решения проблемы тренировки хирургических навыков может служить образцом для других лечебных учреждений.

303.ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ ПРИ НАРУШЕНИИ ПАССАЖА ЖЕЛЧИ

Брегель А.И., Евтушенко В.В., Андреев В.В.

Иркутск

ОГАУЗ "Иркутская городская клиническая больница №1"

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) является общепринятым и наиболее эффективным эндоскопическим вмешательством при различных нарушениях пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку. В течение семи лет нами было проведено 477 ЭРПХГ, после проведения которых у 352 (73,79%) больных были установлены показания к выполнению эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). Мужчин было 97 (27,48%), женщин – 255 (72,24%). По возрасту: 13 (3,68%) больных были младше 30 лет, 6 (1,70%) – в возрасте 31 – 40 лет, 26 (7,37%) больных – 41–50 лет, 61 (17,28%) больных – 51 – 60 лет, 77 (21,81%) больных – 61 – 70 лет, 101 (28,61%) больных – 71 – 80 лет и 68 (19,26%) больных были старше 80 лет. Содержание билирубин в плазме крови не было повышено только у 10,42% больных. У 13,54% больных уровень билирубина составлял 21 – 40 ммоль/л, у 24,48% больных – 41 – 80, у 23,96% больных – 81 – 120, у 25,00% больных – 121 – 160, у 9,90% больных – 161 – 220 и у 4,69% больных содержание билирубина превышало 221 ммоль/л. Нетипичная локализация отверстия БДС обнаружена у 52 (14,74%) больных. У 17 (4,82%) из них отверстие соска располагалось в парапапиллярном дивертикуле двенадцатиперстной кишки и у 35 (9,92%) больных – в крае дивертикула. Диаметр холедоха у 19 (7,01%) больных был менее 6 мм, у 64 (23,62%) – от 7 до 10 мм, у 131 (48,34%) больных – 11 – 15 мм, у 88 (32,47%) – 16 – 20 мм, у 28 (10,33%) больных был 21 – 25 мм. Причиной желтухи явились у 262 (73,60%) больных камни в холедохе, у 45 (12,64%) – микрохоледохолитиаз, у 2 (0,56%) больных – опухоли холедоха, у 4 (1,12%) больных – аденома БДС, у 4 (1,12%) больных – опухоль поджелудочной железы и у 35 (9,94%) больных – рубцовая стриктура терминального отдела холедоха. ЭПСТ выполнялась как канюляционным, так и неканюляционным способом. Длина разреза у 160 (45,45%) больных была менее 10 мм, у 155 (44,03%) – 11 – 15 мм, и у 37 (10,51%) составляла 16 – 20 мм. У 159 (45,17%) больных камни были удалены во время исследования, а у 103 (29,26%) больных конкременты не были удалены вследствие больших размеров – 86 (83,50%), фиксации в холедохе – 16 (15,53%) и по другой причине – 1 (0,97%). Осложнения после ЭПСТ возникли у 45 (12,78%) больных. У 34 (9,66%) больных возникло кровотечение, которое во всех случаях было остановлено во время эндоскопии, однако у трех больных возник рецидив геморрагии, который у одного больного потребовал хирургического вмешательства. У 5 (1,42%) больных развился острый панкреатит, купированный у трех больных консервативными мероприятиями. У 6 (1,70%) имела место перфорация холедоха, потребовавшая операции. Таким образом, ЭПСТ потребовалась 73,79% больных после ЭРПХГ. ЭПСТ является эффективным методом лечения нарушений пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку, но у 12,78% больных сопровождается осложнениями, которые у части больных требуют хирургического вмешательства.

304. РЕЗУЛЬТАТЫ ПОЛИПЭКТОМИИ ПРИ КОЛОНОСКОПИИ

Брегель А.И., Хантаков А.М., Мути́н Н.А., Алексеев А.А.

Иркутск

ОГАУЗ "Иркутская городская клиническая больница №1"

Представлены результаты 174 полипэктомий из толстой кишки за два года у 250 больных. Амбулаторных больных было 191 (76,4%), стационарных – 59 (23,6%). Полипы обнаружены у 230

больных, из них полипэктомия выполнена у 151 (65,65%). Мужчин было 107 (42,8%), женщин – 143 (57,2%). В возрасте до 40 лет полипы удалены у 9 (3,6%) больных, 40 – 49 лет – у 15 (6,0%), 50 – 59 лет – у 60 (24,0%), 60 – 69 лет – у 94 (37,6%), 70 – 79 лет – у 57 (22,8%) и старше 80 лет - у 15 (6,0%). Под наркозом или седацией были выполнены полипэктомии у 204 (81,6%) больных. Кишечник готовился фортрансом – у 121 (48,4%), флитом у 117 (46,8%) и другими методами у 12 (4,8%) больных. Удаленные полипы чаще располагались в сигмовидной – у 88 (35,2%), прямой кишке – 44 (17,6%) и ректосигмоидном отделе – 20 (8,0%). У 40 (16,0%) больных полипы имелись в нескольких отделах толстой кишки. 111 (40,6%) были полипы 1 типа, 82 (30,0%) - 2 типа, 51 (18,7%) – 3 типа и 29 (10,6%) полипов были 4 типа. У 76 (30,4%) больных размеры полипов не превышали 0.5 см., у 150 (60,0%) были 0,6 – 1,0 см, и только у 24 (9,6%) больных были крупнее 1 см. Поверхность полипов у 32 (12, 8%) была гиперемирована и у 18 (7,2%) имела бугристый характер. Полипэктомию выполняли известными способами: 148 (56,7%) полипов удалены методом петлевой электроэксцизии, 78 (29,9%) при «горячей» биопсии, 17 (6,5%) полипов сочетанием этих методов и 18 (6,9%) небольших полипов были полностью удалены при взятии биопсии. Осложнений полипэктомии и летальных исходов в анализируемой группе больных не было. Выводы. Эндоскопическая полипэктомия при колоноскопии является относительно безопасным и эффективным методом лечения полипов толстой кишки. Полипэктомию целесообразно проводить под внутривенным наркозом или седацией. Полипы чаще локализуются в сигмовидной и прямой кишке.

305.ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ ПЕРФОРАЦИЯХ НЕОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Зорькин А.А.(1), Понамарев Н.И.(2), Тутолмин В.Р.(2), Майстренко Д.Н.(2), Амирагян Д.М.(1), Сафин С.Ф.(2), Костанян К.К.(2)

Сургут

1)БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет», 2)БУ «Сургутская городская клиническая больница»

Одной из причин развития тяжелых форм перитонита и интраабдоминальных абсцессов являются перфорации толстой кишки неопухолевого генеза. Интраоперационная тактика до настоящего времени неоднозначна. Выбор объема операции зависит от множества факторов и требует индивидуального подхода как для обеспечения неосложненного течения раннего послеоперационного периода, так и для последующей реабилитации. Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность различных вариантов интраоперационной тактики при неопухолевых перфорациях толстой кишки. Материал и методы. Пациенты с неопухолевыми перфорациями толстой кишки в хирургическом отделении БУ «Сургутская городская клиническая больница» за период 2009-2015 гг. разделены на 2 группы (госпитализированные в 2009-2011 гг. и в 2012-2015 гг.) в связи с переходом к менее агрессивной хирургической тактике ведения больного и активным внедрением малоинвазивных хирургических технологий. Изучались исходы, характер осложнений основного заболевания и операции, длительность госпитализации и нахождения в РАО в зависимости от интраоперационной тактики. Объем и характер

предоперационной подготовки, интенсивной терапии, режим введения антибактериальных препаратов между группами не имел принципиальных различий. Статистическая обработка результатов проводилась методами вариационной статистики. Различия признавались статистически значимыми при $p < 0,05$. Длительность госпитализации в группе 1 составила $12,7 \pm 3,2$ сут, в группе 2 – $7,2 \pm 2,6$ сут, p

306.ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Кочергаев О.В. , А.А.Копалин, В.И. Дразнин, В.А.Котькин

Самара

ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница №2 им. Н.А.Семашко», (главный врач – Я.З.Резников), Самара, РФ

Актуальность. Тяжелые сочетанные черепно-мозговые травмы относятся к наиболее тяжёлым повреждениям. Поэтому рациональная хирургическая тактика особенно важна у данной категории пострадавших (E.Gabriel et al. 2013). Цель исследования. Улучшить результаты лечения пострадавших с тяжелой травмой груди, в том числе при политравме с применением видеоторакоскопии. Материалы и методы. Проведен анализ лечения 198 пострадавших с травмами груди в травмоцентре Самарской городской клинической больницы №2 имени Н.А.Семашко в период с 2013-2015годы. Повреждения при закрытой травме оценивались по шкале (ISS). Средние значения составили 28-33 балла. С целью корректного сравнительного анализа были сформированы две группы: контрольная (47 пострадавших) и основная (44 пациента). В контрольной использовался рутинный подход к диагностике и лечению (дренирование и торакотомия). В основной группе применялась видеоторакоскопия. По возрасту, полу и объективной оценке тяжести полученной травмы пострадавшие были идентичны. В 19 случаях произведена лечебно-диагностическая видеоторакоскопия. Особенность алгоритма диагностики и лечения пострадавших с тяжелой с травмой груди головы заключалось в проведении определенного комплекса мероприятий. При стабильной гемодинамике (АД выше 90 мм рт.ст, отсутствии признаков дыхательной недостаточности ЧД менее 25 в мин) пациент доставлялся в отделение компьютерной томографии для проведения контрастного СКТ – исследования груди и других областей тела. Стандартное СКТ-исследование занимало не более 10-15 минут. Далее пострадавший с целью проведения сравнительного анализа пострадавшие в основной групп-пе были разделены на четыре. 1 группа - 30 пострадавших с лёгкой ЧМТ (сотрясение и ушиб головного мозга лёгкой степени) и лёгкими грудными повреждениями. Сознание пострадавших ясное или достигает степени оглушения. Уровень нарушений определяется наличием внечерепных повреждений, шок 1-2 степени выявлен лишь у 8 пострадавших. Диагностические мероприятия не представляли особых затруднений. 2 группа - 81 пострадавший с тяжёлой травмой груди и лёгкой ЧМТ. Нарушение сознания чаще достигало степени оглушения (52%). Снижение артериального давления и появление неврологической симптоматики в большинстве случаев обусловлено развитием шока 2-3 степени (58 пострадавших), крово-течением, тяжёлыми внечерепными повреждениями. Противошоковые

мероприятия приводят к нормализации сознания и регрессу неврологических симптомов, что позволяет связывать тяжесть состояния пострадавших с тяжестью внечерепных повреждений. Ввиду высокой динамичности патологического процесса у пострадавших с сочетанной травмой головы, необходим динамический контроль состояния сознания, глазодвигательной иннервации и эхоэнцефалоскопии, особенно у пострадавших, находящихся на искусственной вентиляции лёгких. 3 группа - 38 пострадавших с тяжёлой травмой головы (ушиб головного мозга средней степени тяжести с открытыми переломами костей свода и основания черепа, нетяжёлый ушиб со сдавлением головного мозга, тяжёлый ушиб головного мозга с повреждением верхних отделов ствола), сочетающейся с лёгкими торакальными повреждениями. Нарушение сознания достигает уровня сопора и комы. 4 группа - 49 пострадавших с тяжёлой ЧМТ, сочетающейся с тяжёлыми внечерепными повреждениями. Это наиболее трудная для диагностики и лечения группа пострадавших, где процент летальных исходов составил 88,2%. Тяжесть состояний в равной степени может быть обусловлена травмой головного мозга и тяжестью повреждений груди. Нарушение сознания чаще достигает уровня комы. Видеоторакоскопия проводилась в во 2 и 3 группах. Результаты. При политравме с тяжелым ушибом головного мозга(12пациентов), требующая трепанации черепа, торакоскопия проводилась в ходе одного наркоза. В большинстве случаев видеоторакоскопия осуществлялась перед оперативным вмешательством на голове. Цель ее – устранение гемоторакса, санация плевральной полости и ликвидация пневмоторакса, в том числе и напряженного. Таким образом все усилия направлены на устранение жизнеугрожающих последствий травмы. При сложных переломах грудного отдела позвоночника и множественных переломах ребер (7 наблюдений) важно определить источник кровотечения в плевральную полость. От правильно выбранной хирургической тактики зависит жизнь пострадавшего. И основную роль здесь играет видеоторакоскопия. После установки торакопортов устраняется гемоторакс. Далее определяется целостность медиастинальной плевры и наличие гематомы в заднем средостении и нестабильность позвоночника. Наш опыт свидетельствует о высокой эффективности видеоторакоскопии. У всех семи пациентов источником кровотечения явились костные структуры грудного отдела позвоночника. Малотравматичным способом произведена санация плевральной полости, прицельная установка дренажей. Далее в ходе одного наркоза производился передний или задний корпородез. Дополнительно в ходе проведения видеоторакоскопии выявляли выступающие в просвет плевральной полости костные фрагменты ребер(9пострадавших), которые травмировали кортикальный слой легких. С целью устранения этих фрагментов производилась резекция ребер под контролем видеотракопии. Показаниями к оперативному вмешательству черепно-мозгового сдавляемого сочетанной травмы служили классические признаки сдавления головного мозга (светлый промежуток, расширение зрачка на стороне гематомы, контрлатеральный паралич, локальные судороги). Такая симптоматика была у 14 пострадавших с сочетанной травмой груди и головы. Однако у 10 человек из них удалось снять показания к трепанации после ЭхоЭГ, спиральной компьютерной томографии, в 2-х случаях наложения поисковых трепанационных отверстий. Остальные 4 пациента оперированы по поводу эпи- и субдуральной гематомы. Очевидно, на фоне ушиба головного мозга тяжёлой степени, ОДН, циркуляторные и гемические нарушения явились причиной такой симптоматики. Оперативные вмешательства на голове относились к категории срочных. Они выполнялись после завершения неотложных и срочных мероприятий на груди. Такая тактика определялась развитием жизнеугрожающих последствий травмы. Если не выполнить такие операции как дренирование плевральных полостей (37 человек), остановку внутривнутриплеврального кровотечения (2 пострадавших), устранить тампонаду сердца (1 пациент), то пострадавший погибнет в ближайшее время. Отсрочка в выполнении операций на голове (8 пострадавших) не ведёт к развитию таких осложнений. При тяжёлой травме головы, оперативные вмешательства на груди должны быть

малотравматичными и высокоэффективными. Именно видеоторакоскопия позволяет быстро, эффективно ликвидировать жизнеугрожающие последствия травмы. Операции выполнялись только по срочным показаниям (пнеumo- и гемоторакс (18 пациентам)), продолжающееся внутриплевральное кровотечение (1 человек), трахеостомия при массивной аспирации (5 пострадавших). Обязательным в этой группе являлась санационная бронхоскопия. Это обусловлено массивной аспирацией в трахеобронхиальное дерево. Санация осуществлялась после интубации трахеи. Заключение. Следует отметить результаты сравнительного анализа частоты лечебно-тактических ошибок. В контрольном массиве, частота их составила 33,2%. В основной группе, где применялась видеоторакоскопия, аналогичный показатель уменьшился до 12,1%.

307.Профилактика развития осложнений склерозирующего лечения геморроя в сочетании с ультразвуковой кавитацией.

Хитарьян А.Г. (1, 2), Соловьев О.Л. (3), Штильман М.Ю. (1, 2), Орехов А.А. (1, 2),Ковалев С.А. (1, 2).

Ростов-на-Дону, Волгоград

1. ГБОУ ВПО РостГМУ, кафедра хирургических болезней №3 2. НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-главный», ХО-1, С.-К.ж.д. ОАО «РЖД» 3. клиника «Движение»

Цель исследования: Улучшение результатов малоинвазивного лечения хронического геморроя. Материалы и методы: За период с 2007 по 2015 годы склерозирующее лечение геморроидальных узлов в сочетании с ультразвуковой кавитацией выполнено у 6853 пациентов (4246 женщин и 2607 мужчин, в возрасте от 17 до 91 года (43,2+9,1 года). Длительность заболевания составила в среднем 8+5,3 года. По стадиям заболевания пациенты распределились: I стадия – 111 (1,6%), II – 2185 (31,5%), III -- 4557 (66,9%). При IV – проводилась геморроидэктомия в условиях хирургического стационара. После пальцевого ректального исследования всем пациентам производили аноскопию и ректороманоскопию с целью детального осмотра стенок кишки. У пациентов старше 40 лет проводили дообследование толстого кишечника с помощью колоноскопии. При осмотре обращали внимание на состояние стенок, стараясь исключить воспалительные заболевания как внутренней поверхности анального канала: криптит, проктит, папиллит, сфинктерит, так и параректальной клетчатки: парапроктит. Для выявления скрытых форм воспаления проводили трансанальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) трансанальным датчиком (7,5 МГц), при котором оценивали состояние морганиевых крипт, анальных желез и параректальной клетчатки. Для выполнения ультразвуковой склеротерапии использовался ультразвуковой хирургический комплекс, при помощи которого, после введения склерозирующего раствора в подслизистый слой прямой кишки в области геморроидального узла, производилась обработка тканей низкочастотным ультразвуком. Результаты. Проведение комплексного обследования, включавшего ТРУЗИ, позволило выявить сочетание геморроя с трещиной анального канала в 16% случаев, хронического парапроктита -- 1,8%, воспаление морганиевых крипт и анальных желез – 6%. Как вариант нормального течения в раннем послеоперационном периоде отмечалось незначительное кровотечение из мест вкола иглы, а также некроз слизистой оболочки кишки, купирующиеся самостоятельно. 86% пациентов

осмотрены в сроки 2, 4 месяца, 1 год и через год до 6 лет. У 97% пациентов с I и II стадиями отмечено полное прекращение клинических симптомов заболевания при проведении 1 сеанса, у 4484 пациентов с III стадией переход заболевания во II и I стадию, коррекция которых достигалась в 93% случаев при проведении 2 сеанса и 6% случаев 3 сеанса в сроки 2 и 4 месяца соответственно. Осложнения зафиксированы у 38 (0,55%) пациентов, в частности - тромбоз или выраженный отек, сопровождающийся невправляющимся выпадением геморроидального узла -- 26 (0,38%), потребовавших проведения тромбэктомии или удаления тромбированного геморроидального узла под местной анестезией. Профилактика достигается строгим соблюдением показаний для УЗ-склеротерапии -- хронический геморрой 1-3 стадии геморроя с четкими границами внутренних геморроидальных узлов; геморрой 4 стадии, осложненный анемией средне-тяжелой степени на фоне частых кровотечений, а также соблюдением этапности лечения. На этапе освоения у 2 (0,03%) пациенток отмечено формирование ректовагинального свища, с последующим заживлением при проведении консервативных мероприятий. Профилактика достигается строгим контролем за «погружением иглы» в ткань узла не более 1-1,5 см в «опасной зоне» -- от 11 до 1 часов условного циферблата. У 18 (0,3%) пациентов отмечено формирование острого парапроктита, потребовавших проведения вскрытия и дренирования гнойника, что по данным ТРУЗИ в 11 случаев расценено как недиагностированный воспалительный процесс в параректальной клетчатке и в 4 случае -- как дефект техники, связанный с травматизацией стенки кишки с последующим присоединением воспалительного процесса. Заключение. Современная техника и исключение из групп пациентов с воспалительными заболеваниями внутренней поверхности анального канала и параректальной клетчатки позволяет улучшить результаты и избежать осложнений после ультразвуковой склеротерапии геморроидальных узлов.

308. Лапароскопическая герниопластика послеоперационных вентральных грыж

Хитарьян А.Г. (1, 2), Велиев К.С. (1, 2), Завгородняя Р.Н. (2), Ковалев С.А. (1, 2), Кисляков В.Н. (2)

Ростов-на-Дону

1. ГБОУ ВПО РостГМУ, кафедра хирургических болезней №3. 2. НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-главный», ХО-1, С.-К.ж.д. ОАО «РЖД»

Лапароскопическая герниопластика в хирургии послеоперационных вентральных грыж в настоящее время находятся на стадии бурного развития и повсеместного внедрения. Однако существует ряд проблем, которые препятствуют широкому распространению лапароскопической технологии. Актуальность проблемы лечения пациентов с послеоперационными вентральными грыжами обусловлена широким распространением этой патологии (3-7% населения) с преимущественным поражением лиц трудоспособного возраста, достаточно высоким процентом рецидивов, резко увеличивающимся при рецидивных и гигантских грыжах. Цель: Оценить результаты использования лапароскопической герниопластики послеоперационных грыж. Материалы и методы: Представлены результаты лечения 52 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами за 2015 г. Возрастной интервал составил от 36 до 74 лет, 33 женщины и 19 мужчин. Из них у 18 пациентов индекс массы тела превышал 40. У 3 был выявлен цирроз печени в

стадии субкомпенсации. Методика обследования включала физикальный осмотр, общеклинические анализы крови, мочи, рентгенография органов грудной клетки, фиброгастродуоденоскопия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, электрокардиография. Размеры грыжевых ворот составили от 3 до 15 см при послеоперационных вентральных грыжах. Выполняли лапароскопию, адгезиолизис, выделение, ушивание грыжевого дефекта при небольших его размерах. Затем интраперитонеально устанавливали сетчатый эндопротез. Пластику выполняли эндопротезом. Фиксацию эндопротеза к брюшной стенке проводили при помощи трансфасциальной фиксации и эндокорпорального шва. Результаты: Интраоперационных осложнений не наблюдали. Все операции выполнены из лапароскопического доступа, случаев конверсии также не наблюдали. Средний срок госпитализации составил 7 суток. Большинство пациентов уже на 2-3 день после операции не нуждались в обезболивающих препаратах и могли быть выписаны домой. В день операции назначали постельный режим. После операции на 1-е сутки больным разрешали вставать, самостоятельно передвигаться. В качестве обезболивания после операции при необходимости применяли анальгин или кеторол. Выраженность послеоперационного болевого синдрома оценивалась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и отмечалась пациентами как «слабые» и «умеренные». Послеоперационных осложнений мы не наблюдали. Отдаленные результаты оценивали в сроки от 6 до 15 месяцев. Рецидивов не выявлено. Выводы: Лапароскопическая герниопластика, при наличии достаточного опыта, представляет альтернативу традиционным методам герниопластики. К достоинствам этого метода следует отнести минимальный болевой синдром, улучшение качества жизни, короткий период госпитализации и реабилитации, возможность выполнения пластики у пациентов с высоким индексом массы тела и на фоне цирроза печени, хороший косметический эффект, возможность осуществления симультанных операций.

309.Видеоэндохирургическое лечение больных с заболеваниями толстой кишки

Гурьянов А.А., Пантюшин А.А., Климов А.Г., Котляр Е.В., Варварин М.В., Андрусов А.А.

Барнаул

НУЗ «ОКБ на ст. Барнаул ОАО РЖД»

В клинике факультетской хирургии Алтайского государственного медицинского университета на базе хирургического отделения НУЗ «ОКБ на ст. Барнаул ОАО «РЖД» видеоэндохирургические вмешательства выполнены 33 пациентам с заболеваниями толстой кишки. У подавляющего числа больных (31 чел.) был рак толстой кишки, двум пациентам операция произведена по поводу дивертикулярной болезни толстой кишки. У 7 больных опухоль локализовалась в слепой кишке, у 6 человек – в восходящей ободочной кишке, рак поперечно-ободочной кишки был у 1 больной, нисходящей ободочной кишки у 3 пациентов, сигмовидной кишки и ректосигмоидного перехода у 8 чел., верхнее- или среднеампулярного отдела прямой кишки у 5 больных. Множественные дивертикулы у одной пациентки локализовались в сигмовидной кишке, у другой имелось поражение нисходящей ободочной и сигмовидной кишок. Пациентам выполнялись видеоассистированные хирургические вмешательства с лимфаденэктомией в объеме правосторонней (13 чел.) или левосторонней (3 чел.) гемиколэктомии, резекции поперечно-

ободочной кишки (1 чел.), резекции сигмовидной кишки (6 чел.), низкой передней резекции прямой кишки (7 чел.). Одной пациентке произведена паллиативная низкая передняя резекция прямой кишки. При выполнении резекции сигмовидной кишки и левосторонней гемиколэктомии у пациентов с дивертикулярной болезнью мобилизацию ободочной кишки производили без соблюдения онкологических принципов. У всех больных было произведено восстановление непрерывности толстой кишки. После право- или левосторонней гемиколэктомии, резекции поперечноободочной и сигмовидной кишок межкишечное соустье формировали из минилапаротомного доступа однорядным непрерывным швом. Десцендо-ректоанастомоз после низкой передней резекции прямой кишки накладывали с использованием сшивающих аппаратов «Endo GIA™ Universal» или «Premium Pius CEEA» фирмы «Covidien». Превентивную колостомию не производили. Одному пациенту, после ранее перенесенной обструктивной резекции сигмовидной и нисходящей ободочной кишки была произведена реконструктивно-восстановительная операция - закрытие колостомы, видеолапароскопическое формирование аппаратного трансверзо - ректального анастомоза. В раннем послеоперационном периоде осложнений не было. Средняя длительность пребывания больных в стационаре составила 8,4 дня. Прощив опухоли после паллиативной низкой передней резекции прямой кишки возник через 3 месяца после операции. Сроки наблюдения за больными после операции составили до 1 года и 9 месяцев, рецидива заболевания не выявлено. Таким образом, видеоэндохирургические технологии с успехом могут быть использованы в лечении больных с доброкачественными и злокачественными заболеваниями толстой кишки.

310. Оценка безопасности стентирования главного панкреатического протока.

Тарасов А.Н.(1), Васильев А.В.(2), Олевская Е.Р.(1), Дерябина Е.А.(1), Машковский А.М.(2)

Челябинск

1) ГБОУ ВПО Южно-Уральский государственный медицинский университет. 2) Челябинская областная клиническая больница.

Актуальность проблемы. Наиболее частым (3,6-25,3%) и специфическим ранним осложнением эндоскопических операций на большом дуоденальном сосочке является острый панкреатит, который отличается быстротой развития и тяжелым течением, а летальность при билиарных панкреатитах достигает 25-30%. С 2012 года стали появляться публикации, демонстрирующие позитивные результаты использования стентирования главного панкреатического протока в профилактике острого постманипуляционного панкреатита. Вместе с тем, стентирование главного панкреатического протока во время эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии опасно миграцией в него стента и сложностями его удаления. Это предопределяет необходимость продолжения исследований способов профилактики этих осложнений. Целью работы: является оценка безопасности стентирования главного панкреатического протока. Материалы и методы исследования: Проведен анализ результатов эндоскопических ретроградных панкреатохолангиографий в сочетании с эндоскопической папиллосфинктеротомией, выполненных в эндоскопическом отделении Челябинской областной клинической больницы - клинике госпитальной хирургии Южно-уральского государственного медицинского университета в 2014-

2015 годах по поводу доброкачественной окклюзии внепеченочных желчных протоков 707 пациентам. Мужчин 299(42,3%), женщин 408(57,7%). Причиной окклюзии желчного протока у 302 (42,7%) пациентов был первичный (при сохраненном желчном пузыре) холедо-холитиаз, у 127(18%) резидуальный, у 101(14,3%) рецидивный, возникший по прошествии полутора и более лет после холецистэктомии, и у 177(25%) стрикту-ра большого дуоденального соска (БДС). После выполнения контрастирования желчных протоков у всех пациентов исследование завершали необходимым эн-доскопическим лечебным вмешательством, направленным на восстановление проходимости желчных протоков – папиллотомия, литоэкстракция, стентирование. В случае возникновения вирсунгографии или случайной катетеризации главного панкреатического протока при ЭРПХГ, у 45(6,4%) пациентов операцию заканчивали имплантацией в главный панкреатический проток стандартно-го пластикового стента 5Ch-5cm. Длительность стентирования 3-4 дня. 4 (0,6%) пациентам с выраженными признаками острого панкреатита, развившегося на первый - второй день после ЭРПХГ выполнено стентирование главного панкреатического протока. Успешная декомпрессия панкреатического протока сопровождалась заметным уменьшением интенсивности болевого синдрома в течение первых 12 часов после катетеризации и обратным развитием клинических признаков панкреатита в течение 6 – 8 дней. У всех пациентов консервативное лечение острого постманипуляционного панкреатита оказалось успешным, что позволило избежать необходимости выполнения дополнительных оперативных вмешательств. Результаты: Использование панкреатического стента позволило успешно купировать явления начавшегося острого постманипуляционного панкреатита у 4 пациентов и с высокой степенью вероятности избежать его развития у 45 пациентов. У 2 (0,3%) больных была зарегистрирована миграция стента в главный панкреатический проток. Многократные попытки эндоскопического удаления стента успеха не имели, а у одного из них сопровождалась развитием острого панкреатита, который был купирован консервативно. Оба пациента по настоящее время находятся под динамическим наблюдением, амбулаторно. Выводы: Таким образом, эндоскопическое удаление стента, мигрировавшего в главный панкреатический проток затруднительно и может осложняться развитием панкреатита. Последствия длительного нахождения стента в панкреатическом протоке не известны, но могут способствовать его окклюзии и определить показания к оперативному вмешательству.

311.Отдаленные результаты оперативного лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы с использованием лапароскопических технологий.

Хитарьян А.Г. (1, 2, 3), Мизиев И.А. (3), Штильман М.Ю. (1, 2), Орехов А.А. (1, 2), Ковалев С.А. (1, 2).

Ростов-на-Дону, Нальчик

1). ГБОУ ВПО "РостГМУ", кафедра хирургических болезней №3. 2.) НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-главный», ХО-1, С.-К.ж.д. ОАО «РЖД» 3). ГБОУ ВПО "КБГУ", кафедра факультетской и эндоскопической хирургии.

Цель исследования. Клиническое изучение отдаленных результатов лапароскопической коррекции хиатальных грыж (до 20 лет). Материалы и методы: Проведено ретроспективное клинико-инструментальное обследование (включающие оценку жалоб, рентгеноскопию кардии,

фиброэзофагогастродуоденоскопию, рН-метрию, эзофагоманометрию) 397 пациентов в возрасте от 28 до 67 лет, в сроки от 6 месяцев до 20 лет после лапароскопических вмешательств по поводу различных форм хиатальных грыж: у 86 (21,6%) – эзофагальные аксиальные грыжи, у 189 (47,6%) - кардиальные, у 122 (30,7%) - кардиофундальные. Изначально для достоверности оценки из группы обследуемых были исключены те пациенты, у которых результаты лечения могли быть связаны с сопутствующей патологией (спаечная болезнь, правосторонний нефроптоз, хронический колит, хроническим гепатитом, панкреатитом, и т.д.). У 61.1% пациентов хиатальные грыжи сочетались с калькулезным холециститом, у 41.5% с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, у 23.5% с сочетанием калькулезного холецистита и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, у 28.1% больного был пептический эзофагит. Из них в 86% была выполнена лапароскопическая фундопликация по Ниссену-Розетти (или Ниссену), которая при размерах грыжевых ворот 4,5 см и более в 62% дополнялась пластикой проленовой сеткой, у 12% с малыми грыжами – лапароскопическая фундопликация в соответствии с оригинальным способом лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы (Патент №2200475 от 07.02.2000), у 2% - Тупе, 8.8% диафрагмокурорафия и диафрагмофундопексия, всем пациента с калькулезным холециститом одномоментно выполнена холецистэктомия, 14.6% больным длительно страдающим язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки выполнена селективная проксимальная ваготомия. Распределение пациентов происходило по полу, возрасту, клиническим проявлениям, видам проведенного оперативного вмешательства, срокам послеоперационного обследования. Отдаленные результаты лечения: для сравнения результатов до и после операции анализ проводился по шкале «Способ выбора метода лечения халазии кардии при ГПОД» (В.Н. Чернов, А.Г. Хитарьян, 2000 г.), предусматривающий балльную оценку по следующим параметрам: форма ГПОД, оценка выраженности рефлюкс-эзофагита по данным эндоскопического и рентгенологического обследования, выраженность симптомов гастроэзофагального рефлюкса, исследование тонуса пищеводного сфинктера, так как в большей степени отдаленные результаты лечения зависели не от величины ГПОД, а от выраженности клинических проявлений ГПОД и характера проведенной операции. При обследовании больных симптомы гастроэзофагального рефлюкса и болевой синдром были выявлены у 12.4% пациентов, гастроэзофагальный рефлюкс, по данным рН-метрии, был подтвержден у 17.4% больных, пептический эзофагит был выявлен в 6.3% случаев, рецидив грыжи был диагностирован у 2,1% пациентов, были оперированы по методу Тупе. Отдаленные результаты лечения были расценены как хорошие у 76.6% больных, у 16.5% - как удовлетворительные, у 6.9% - как неудовлетворительные. Выводы: Использование лапароскопической техники в хирургическом лечении ГПОД позволяет получить высокий процент отличных, хороших и удовлетворительных непосредственных результатов в 91,6% и отдаленные сроки наблюдения – в 86,7%. Активная хирургическая тактика показана не только при выраженных ГПОД, но и при сочетании небольших размеров ГПОД без выраженного болевого синдрома и гастроэзофагального рефлюкса при наличии выраженного гастродуоденита, протекающего с частыми обострениями, имеющимися явлениями дискинезии желчевыводящих путей, дивертикулеза различных отделов ЖКТ, язвенной болезни 12-перстной кишки, так как наличие ГПОД приводит к плохо поддающемуся консервативной терапии, прогрессирующему течению заболеваний.

312. Применение миниинвазивных вмешательств при синдроме механической желтухи в условиях ЦРБ.

Луньков И.А.

Луховицы Московская область

ГБУЗ МО "Луховицкая ЦРБ"

Люди, страдающие механической желтухой, относятся к группе пациентов с острыми хирургическими заболеваниями. Основная цель хирургического вмешательства это декомпрессия желчевыводящих путей, ликвидация печёночной недостаточности. И это вмешательство должно выполняться в кратчайшие сроки, в процессе диагностических мероприятий. В настоящее время арсенал желчеотводящих методик достаточно велик. Вмешательства являются лечебно-диагностическими и в полной мере могут применяться в условиях центральной районной больницы. При этом ЦРБ должна обладать всем необходимым, чтобы качественно, быстро, а главное успешно, избавить пациента от механической желтухи. Для этого используются современные ультразвуковые сканеры, эндоскопические аппараты, рентгенхирургические и лапароскопические операционные, рентгеновская компьютерная томография. Современная основная концепция лечения механической желтухи, используемая нами, создана на базе клиники госпитальной хирургии Рязанского ГМУ имени академика И. П. Павлова под руководством профессора С. В. Тарасенко. В настоящее время оптимальной считается тактика лечения в два этапа. На первом этапе выполняется наружное или внутреннее желчеотведение с помощью различных методов декомпрессии. После ликвидации механической желтухи и явлений печёночной недостаточности проводится плановая операция, устраняющая причину, вызвавшую механическую желтуху. Такая тактика лечения позволяет добиться уменьшения количества послеоперационных осложнений и снижения общей летальности. Малоинвазивные эндоскопические и чрескожные, чреспечёночные вмешательства представляют собой эффективный способ восстановления желчеоттока при обструкции билиарной системы. Эти методики позволяют быстро и эффективно ликвидировать механическую желтуху и холангит, дают возможность проводить хирургические вмешательства в наиболее благоприятных условиях, в плановом порядке, а у пациентов пожилого и старческого возраста с тяжёлой сопутствующей патологией могут служить альтернативой хирургическому лечению. Эти вмешательства малотравматичны и сопровождаются небольшим числом осложнений. Применение этих методов позволяет значительно улучшить результаты лечения заболеваний, сопровождающихся синдромом механической желтухи. Если возможности малоинвазивных методов декомпрессии желчных протоков исчерпаны или ограничены, то в срочном порядке показана лапаротомия с выполнением одного из методов интраоперационного желчеотведения. При поступлении всем пациентам с синдромом механической желтухи выполняется комплексное ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства. При выявлении признаков билиарной гипертензии определяется причина и уровень блока желчных протоков. Если причиной блока является опухоль, то, по возможности, определяется степень вовлечения в процесс сосудистых структур. Если причиной желтухи является холедохолитиаз, то по срочным показаниям выполняется ретроградная холангиопанкреатография с папиллосфинктеротомией и литэкстракцией. После купирования клиники механической желтухи в плановом порядке проводилась лапароскопическая холецистэктомия. В случаях, когда эндоскопический доступ к фатерову соску ограничен (операции по Бильрот-II, парафатериальный дивертикул), если размеры камня не позволяют удалить его ретроградно, проводится чрескожное чреспечёночное

дренирование холедоха, а после купирования клиники механической желтухи и холангита в плановом порядке проводилось оперативное лечение холецистэктомия с холедохолитотомией и наложением холедоходуоденоанастомоза. В период с августа 2013 года по сентябрь 2015 года в ГБУЗ МО «Луховицкая ЦРБ» пролечено 16 пациентов с холедохолитиазом. В 9 случаях проведена эндоскопическая литэкстракция. В 3 случаях при крупных конкрементах выполнена чрескожная, чреспечёночная холангиостомия. Остальные пациенты в срочном порядке оперированы. Осложнениями РХПГ в одном случае стало вклинение корзины Dormia с конкрементом в терминальном отделе холедоха. В одном случае после чрескожной, чреспечёночной холангиостомии была дислокация холангиостомы, пациенты в экстренном порядке оперированы. В 3 случаях чрескожная, чреспечёночная холангиостомия выполнена у пациентов с хроническим псевдотуморозным калькулёзным панкреатитом. При отсутствии стойкого болевого синдрома и расширения протока поджелудочной железы на 7-12 сутки проведено эндопротезирование желчных протоков. Пациент с болевым синдромом и расширенным вирсунговым протоком направлен в специализированное медицинское учреждение. Большую группу составили пациенты с раком головки поджелудочной железы и опухлевым поражением протоковой системы печени первичным и метастатическим. После короткой предоперационной подготовки под местной анестезией, под контролем ультразвукового аппарата и рентгенотелевидения выполняется чрескожная чреспечёночная холангиография (ЧЧХГ) и чрескожная чреспечёночная холангиостомия (ЧЧХС), которые в 100% случаев позволяют оценить причину и уровень блока желчевыводящей системы. В процессе купирования явлений печёночной недостаточности проводится дообследование с целью установления резектабельности опухоли. Нами широко применяется мультиспиральная компьютерная томография с болюсным введением контрастного вещества. При отсутствии признаков нерезектабельности опухоли пациенты направляются в учреждения для оказания специализированной медицинской помощи. В случае нерезектабельности первичной опухоли, при метастатическом поражении протоковой системы печени на 5 – 7 сутки после ЧЧХС проводится реканализация опухолевой стриктуры с осуществлением наружно-внутреннего дренирования желчных путей, что позволяет снизить риск дислокации холангиостомы, осуществить отток желчи в двенадцатиперстную кишку. В дальнейшем, ещё через 5 – 7 суток осуществляется внутреннее дренирование желчевыводящих протоков путём их эндопротезирования, что значительно улучшает качество жизни. В период с августа 2013 года по сентябрь 2015 года в ГБУЗ МО «Луховицкая ЦРБ» пролечено 12 пациентов с раком головки поджелудочной железы и 11 пациентов с опухолевым поражением желчевыводящих путей. Трое из них с метастатическим поражением области ворот печени и разобщением сегментарных протоков по типу Клацкин IV (классификация Bismuth). Наружное дренирование желчевыводящих путей в этой группе не проводилось. В данном случае адекватной декомпрессии билиарной системы не достигается, на качество и продолжительность жизни не влияет, а значит, клинического интереса не представляет. Два пациента с первичной опухолью гепатикохоледоха по типу Клацкин I и Клацкин II, четыре с метастатическим поражением по типу Клацкин II (mts рака желудка и рака яичников). В 5 случаях лечение по классической схеме: холангиостомия – реканализация опухолевой стриктуры с осуществлением наружно-внутреннего дренирования желчных путей – эндопротезирование желчных протоков. В одном случае осуществлено наложение пункционного гепатико – гепатико анастомоза с наружно – внутренним дренированием и последующим эндопротезированием желчевыводящих путей. Два пациента с первичной холангиокарциномой по типу Клацкин II, ранее оперированные. В одном случае холангиостомия осложнилась дислокацией катетера в ткань печени и неадекватным дренированием. Проведено восстановление холангиостомы по свищевому ходу с последующими реканализацией опухолевой стриктуры и эндопротезированием желчных протоков. В другом

случае к желтухе привела опухолевая стриктура, наложенного ранее гепатико – еюно анастомоза. Проведена ЧЧХС, двухэтапная реканализация опухолевой стриктуры, эндопротезирование желчных протоков. У пациентов с раком головки поджелудочной железы в 5 случаях опухоль признана резектабельной. Все они направлены в специализированные лечебные учреждения для оказания высокотехнологичной медицинской помощи. В остальных случаях лечение по классической схеме: холангиостомия – реканализация опухолевой стриктуры с осуществлением наружно-внутреннего дренирования желчных путей – эндопротезирование желчных протоков. В работе используем методики, разработанные В. Г. Ившиным, инструменты и расходные материалы отечественного производства. Медицинская помощь оказывается в рамках государственных гарантий обязательного медицинского страхования, что делает её общедоступной. Осложнениями миниинвазивных вмешательств стали - желудочно-кишечное кровотечение из острых язв желудка, остановлено консервативно. - реактивный панкреатит, развившийся после эндопротезирования желчных протоков. Купирован в результате консервативной терапии. - в 3 случаях дислокация холангиостомы у пациентов с декомпенсированной печёночной недостаточностью. Выводы: 1. В условиях центральной районной больницы возможно своевременно диагностировать, определять признаки резектабельности опухолевого поражения поджелудочной железы и протоковой системы печени. 2. При наличии соответствующего оборудования, инструментов, квалифицированных специалистов в условиях ЦРБ возможно выполнение всех видов минимально инвазивных вмешательств при синдроме механической желтухи в том числе опухолевого генеза. 3. Необходимо оказывать все виды паллиативной помощи, в том числе с использованием миниинвазивных вмешательств, при опухолевых заболеваниях поджелудочной железы и желчных протоков.

313.ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ СЕЛЕКТИВНОЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ И ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НИЗКИМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Хитарьян А.Г. (1, 3, 4), Вельшер Л.З. (2), Мизиев И.А. (4), Глумов Е.С.(5), Ковалев С.А. (1, 3), Мурлычев А.С. (1, 3).

Ростов-на-Дону, Москва, Нальчик

1. ГБОУ ВПО РостГМУ, кафедра хирургических болезней №3. 2. ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, кафедра онкологии и лучевой терапии. 3. НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-главный», ХО-1, С.-К.ж.д. ОАО «РЖД». 4. ГБОУ ВПО "КБГУ", кафедра фак

Целью исследования явилось улучшение качества оказания помощи больным низким раком прямой кишки Т3-Т4, осложненного ректальным кровотечением. Непосредственными задачами работы были: разработать методику безопасной неоадьювантной селективной эндоваскулярной химиоэмболизации (НСЭХЭ) и изучить ее эффективность в остановке ректального кровотечения у больных раком прямой кишки; изучить особенности патоморфогенеза опухоли прямой кишки после НСЭХЭ микросферами Нера Sphaerae, насыщенными 5% раствором оксиплатины, и определить влияние НСЭХЭ и неоадьювантной селективной эндоваскулярной химиотерапии

(НСЭХТ) на экспрессию показателей Ki-67 и p53 в ткани опухоли. В общую клиническую группу объединили 35 пациентов раком прямой кишки: 17 (48,6%) мужчин и 18 (51,4%) женщин. Критерии включения пациентов в исследование: большие средне- и низкоампулярным раком (аденокарциномой) прямой кишки; стадия T3N1-2 T4N0-2MO; осложнение в виде кишечных кровотечений. Возраст больных колебался от 29 до 73 лет, в среднем составив $60,8 \pm 3,8$ года. Все больные были разбиты на три группы. 1 группа – 10 больных раком прямой кишки, которым не проводилась НСЭХТ и НСЭХЭ. 2 группа - 7 больных раком прямой кишки, которым была выполнена НСЭХТ оксалплатиной 100 мг в течение 60 мин. При этом НСЭХЭ не проводилась ввиду противопоказаний из-за особенностей ангиоархитектоники (добавочный с сосуд, соединяющий бассейн прямокишечной артерии и артериальной аркады сигмовидной кишки, несущий в себе опасность эмболизации сосудов здорового органа). 3 группа - 18 больных раком прямой кишки, которым выполнена НСЭХТ оксалплатиной 100 мг в течение 60 мин. и НСЭХЭ артерии, питающей опухоль, микросферами НераSphere компании BioSphere Medical (Франция), насыщенными в 0,5% растворе оксалплатины. При проведении эмболизации при ангиографическом контроле не стремились к достижению полной остановки кровотока. Критерием достаточной эмболизации считали снижение скорости кровотока в артерии в 3-4 раза. Биопсийный материал опухоли исследовали до неоадьювантного воздействия и после хирургического удаления опухоли. При стандартном гистологическом изучении препаратов с окраской гематоксилином-эозином и световой микроскопией с увеличением 100-400 обращали внимание на степень дифференцировки опухоли, удельный вес некротизированных клеток опухолевой ткани, интенсивность эмболизации сосудов опухоли, проникновение микросфер в мезоректум, интенсивность воспалительной реакции, выраженность ишемических изменений околоопухолевой ткани. Для проведения иммуногистохимического исследования (ИГХ) использовали моноклональные антитела к белку-регулятору клеточного цикла p53, а также маркеру пролиферативной активности Ki-67. При проведении НСЭХЭ осложнений со стороны артерии, по отношению к которой проводили катетерную интервенцию, не было. В 3 группе пациентов введение химиоэмболизата сопровождалось незначительным болевым синдромом (50%), что потребовало легкой седации пациентов. У всех 18 пациентов ректальные кровотечения были остановлены, при ректальном осмотре отмечалось уменьшение контактной кровоточивости. До операции при гистологическом исследовании биоптата опухоли выявлялись признаки поверхностных некрозов, сосудистой инвазии опухоли. Результаты ИГХ-исследований характеризовались сильно выраженной экспрессией в ядрах клеток Ki-67 и p53. Морфологическое исследование операционного материала у больных с низким раком прямой кишки через 24-72 часа после НСЭХЭ выявило эмболизированные микросферами артерии малого диаметра 700-2000 мкм в опухоли прямой кишки и мезоректуме. Проводимая эмболизация сопровождалась стойким ангиоспазмом и ишемическим некрозом тканей опухоли. Проведение сравнительного анализа результатов ИГХ исследования во 2-й и 3-й группах выявило изменение активности белков-регуляторов пролиферативной активности после эндоваскулярного воздействия с использованием оксалплатины. У больных 2 группы экспозиция оксалплатины с тканью опухоли составляла 1 час при внутриартериальном введении препарата, что привело к снижению экспрессии показателей Ki-67 и p53 на 10-20%. У больных 3 группы более выраженное снижение экспрессии показателей Ki-67 и p53 в ядрах клеток опухоли обусловлено тем, что используемые гипосферы значительно увеличили экспозицию воздействия оксалплатины на ткань опухоли. У всех больных после НСЭХЭ экспрессия показателей Ki-67 и p53 в ядрах клеток аденокарциномы снижалась по сравнению с исходным уровнем. Причем, в 83,3% наблюдений была получена полная отрицательная экспрессия показателя p53 в препаратах при ИГХ. Итак, НСЭХЭ препаратом

НераSphere™ Microspheres с оксиплатиной приводит к значительному снижению биологического потенциала опухоли.

314.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЦИСТОПАНКРЕАТОЭНТЕРОСТОМИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМЕ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА.

Зайцев Д.И., Недосекина О.С., Соловьёва Т.Г.

Тула

ООО «Лазермед», г. Тула.

Пациент М. 49 лет страдает хроническим рецидивирующим панкреатитом в течении 2-х лет. Дважды перенёс острые приступы панкреатита, осложнённые панкреонекрозом. Проводилась консервативная терапия в условиях хирургического отделения БСМП. С тех пор беспокоили постоянные рецидивы болей при приёме пищи в эпигастральной области. Пациент похудел на 30 кг. (при поступлении вес 52 кг, при росте 172 см.). У пациента развился сахарный диабет 2 типа, с инсулинпотребностью, плохо поддающийся коррекции. Несмотря на инсулинотерапию, показатели глюкозы крови повышались до 30 ммоль/л. При обследовании у пациента выявлена «быстрорастущая» киста тела pancreas, размерами на момент поступления 18x8x7 см., со стенками до 6 мм. Наличие образования подтверждено на УЗИ и МРТ. Пациент подготовлен к операции. На операции выявлена ложная киста тела pancreas, вышеуказанных размеров. Амилаза из пунктата кисты составила 14 612 Ед/л. Произведена лапароскопическая цистоэнтеростомия, с формированием цистопанкреатоэнтероанастомоза впередиободочно, на отключённой петле по Ру (ВИДЕОМАТЕРИАЛ). Послеоперационный период протекал гладко. Время операции около 3-х часов. Пациент выписан на 4 сутки на амбулаторное лечение. При контрольных исследованиях на УЗИ и МРТ патологических жидкостных образований не выявлено. Показатели глюкозы крови стабилизировались в пределах 7-9 ммоль/л. Пациент прибавил в весе до 64 кг. Срок наблюдения год и один месяц.

315.ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОТИВОСПАЕЧНОГО БАРЬЕРА "CoIIIGUARD" ПРИ IPOM ПЛАСТИКЕ.

Зайцев Д.И., Соловьёва Т.Г.

Тула

ООО "Лазермед"

Одной из самых серьёзных хирургических проблем является спаечная болезнь. Особое место среди методов ненатяжной пластики занимает техника IPOM – (intraperitoneal onlay of mesh.

Данный метод предусматривает размещение сетки в брюшной полости с полным перекрытием дефекта брюшной стенки. Способ чаще применяют при послеоперационных вентральных грыжах. Операция IPOM может быть выполнена как открытым путем, так и лапароскопически. В качестве материала эндопротеза для IPOM применялся полипропилен (с отграничением сетки сальником). Но эти манипуляции достаточно трудоёмкие и значительно удлиняли время операции. Контакт полипропиленовой сетки с внутренними органами способен приводить к развитию тяжелого спаечного процесса, формированию тонкокишечных и толстокишечных свищей, поэтому сетку из полипропилена предпочтительно располагать вне брюшной полости (иногда даже это не препятствует образованию пролежня стенки кишки и перфорации]. На современном этапе признано наиболее рациональным использование композитных сеток с различными свойствами поверхностей. Однако, дороговизна композитных сеток, заставила нас искать другие варианты. У нас есть опыт использования противоспаечного барьера "КАЛГАРА", с целью отграничения полипропиленовой сетки от свободной брюшной полости. Техника операции и подготовки материала продемонстрирована в представленном ВИДЕОМАТЕРИАЛЕ. С мая 2015 года произведено 9 оперативных вмешательств по методу IPOM, с использованием противоспаечного барьера «Калгары». У 6-ти пациенток были п/о грыжи, в двух случаях - большие пупочные грыжи, в одном - сочетание пупочной грыжи и грыжи белой линии живота. Среднее время операции - 47 минут. Средние сроки госпитализации – 18 часов. Ни у одного пациента осложнений в ранний послеоперационный период и за время наблюдения не отмечалось

316. Купирование механической желтухи в условиях скорой помощи.

Черкасов М.Ф. (1), Бондаренко В.А. (2), Турбин М.В. (2), Болов З.А. (2), Устищенко И.В. (2)

Ростов-на-Дону

1) ГБОУ ВПО РостГМУ, 2) МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону

Одним из тяжелых и опасных состояний в хирургии является механическая желтуха, лечение которой требует проведение скорпомощных мероприятий. Механическая желтуха является следствием нарушения оттока желчи связанная с механическим препятствием опухолевой или рубцовой природы, или причиной является не обтекаемый конкремент холедоха. Основной тактикой лечения механической желтухи является декомпрессия желчных протоков, тем самым снижение билиарной гипертензии. Учитывая тяжесть общего состояния больных с механической желтухой, метод хирургического пособия должен отличаться максимальной эффективностью и минимальной травматичностью. Таким методом являются чрескожно-чреспеченочные пункционные дренирующие вмешательства на желчевыводительной системе (холангиостомия, гепатикохоледохостомия, холецистостомия). За период с декабря 2013 по декабрь 2015 года в хирургическом отделении ГБСМП г. Ростова-на-Дону выполнено 89 пункционных дренирующих вмешательств на билиарном дереве у больных с механической желтухой. Вмешательства проводились под лучевым контролем: УЗИ и рентгеновизионным мониторингом. Больные поступили в хирургическое отделение ГБСМП в порядке скорой помощи. У подавляющего большинства синдром механической желтухи имел опухолевую природу (81 больной - 91%), меньшую группу составили больные с доброкачественной природой заболевания (7 пациентов

(7,9%) с холедохолитиазом и 1 пациент (1,1%) с протяженной стриктурой терминального отдела холедоха), которым в силу тяжести общего состояния, высокой гипербилирубинемии, высокого риска осложнений, эндоскопические, трансдуоденальные вмешательства были противопоказаны. У больных с опухолевой этиологией заболевания, наибольшая доля приходилась на новообразования общего печеночного протока (опухоль Клацкина) – 39 пациентов, с разобщением правого и левого печеночных протоков (7 пациентов) и без разобщения (32 пациента); в 2 случаях опухолевый процесс локализовался в воротах печени и за счет сдавления извне возникал блок оттоку желчи; в 1 случае отмечался рак желчного пузыря с прорастанием в холедох; в 9 случаях причиной билиарной гипертензии стал опухолевый процесс в нижней трети холедоха; не редкой причиной развития механической желтухи явился рак головки поджелудочной железы (30 больных). В 41 случае (46,1%) больным была выполнено дренирование внутривнутрипеченочных протоков и гепатикохоледоха. 48 пациентам (53,9%) было выполнено дренирование желчного пузыря. Критериями выбора метода декомпрессии билиарной системы являлись: 1. Степень дилатации внутривнутрипеченочных желчных протоков, то есть доступность их для пункционного доступа. 2. Тяжесть состояния больного и возможность его транспортировки в рентген-операционную. 3. Доступность С-дуги для выполнения вмешательства. 4. Наличие желчного пузыря, расширение его размеров (отсутствие признаков отключенности). Результаты. Из интраоперационных осложнений мы хотим отметить единственный случай, когда имела место гемобилия, в результате травмы подлежащего протоку сосуда. Данное осложнение было купировано консервативно в течении раннего послеоперационного периода. В раннем послеоперационном периоде у пациентов отмечался болевой синдром различной степени выраженности, в основном как проявление рhrenicus-симптома, и купировался, как правило, однократным введением анальгетиков. Также отмечались единичные случаи проявления холангита с подъемом температуры, ознобом. Данное проявление так же купировалось однократным применением литических препаратов. Наиболее частым осложнением в раннем послеоперационном периоде являлась дислокация и миграция дренажа (в 6 случаях), что потребовало повторного вмешательства. Во всех случаях отмечалась положительная динамика в купировании картины механической желтухи, что проявлялось в снижении показателей гипербилирубинемии. При адекватно функционирующем дренаже, при убедительной динамике снижения показателей билирубина, больной выписывался под наблюдение онколога по месту жительства для дальнейшего лечения. Выводы. Чрескожно-чреспеченочные дренирующие вмешательства под лучевым контролем, с целью наружного желчеотведения, являются не только эффективным, но и наиболее малотравматичным методом купирования механической желтухи, с минимальной частотой развития осложнений.

317. Хирургическое лечение при мультифокальном поражении брюшной полости инфильтративным эндометриозом

Чупрынин В.Д., Мельников М.В., Вередченко А.В., Чурсин В.В., Хачатрян А.М.

Москва

НЦАГиП им. академика Кулакова В.И.

Эндометриоз встречается в среднем у 3 – 50% женщин репродуктивного возраста и впервые начинает себя проявлять с возраста менархе и диагностируется до периода постменопаузы (3 – 12%). В структуре гинекологической заболеваемости эндометриоз занимает третье место среди заболеваний женских половых органов и составляет 10 – 15 % от общего числа пациенток с гинекологической патологией. Частота встречаемости эндометриоза среди женщин страдающих бесплодием составляет 25 – 40% случаев, у пациенток с болями в малом тазу – в 70% случаев, в сочетании с миомой матки – в 88,5% (в 68,2% клинически активный аденомиоз сочетался с клеточной, митотически активной миомой матки), у молодых женщин, страдающих дисменореей – в 17%. Эндометриоз – гормонозависимое иммунокомпетентное заболевание. Сущность которого заключается в разрастании ткани, подобной по своему строению и трансформации соответственно фазам менструального цикла эндометрию, но находящейся за границами нормального расположения слизистой матки. При этом ни одно из положений данного определения на сегодняшний день практически не доказано. Мультифокальность распространенных форм эндометриоза представляет собой один из гистологических показателей, который характеризуется одномоментным наличием в органе более одного очага поражения того же гистологического типа или поражения нескольких соседних органов и расположенных в различных областях брюшной полости. Можно предположить, что сателлитные поражения могут представлять собой интраорганные очаги или являться следствием развития множественных первичных закладок, имеющих различное или одинаковое происхождение. Мультифокальность очагов эндометриоза в пределах кишки является независимым признаком прогрессирования заболевания и характеризует его агрессивность течения у пациентов. Пациентам с мультифокальным распространением эндометриоза, возможно, потребуется более пристальное тщательное обследование с целью выявления дополнительных инфильтратов в других органах брюшной полости, а возможно и за ее пределами. С октября 2010г по декабрь 2015г в хирургическом отделении НЦАГиП им. академика Кулакова В.И. оперированы 410 пациенток в возрасте от 25 до 45 лет с распространённой и инфильтративной формой эндометриоза брюшины, с вовлечением мочевых путей и мочевого пузыря, инфильтративным эндометриозом толстой кишки, червеобразного отростка и передней брюшной стенки и клетчаточных пространств таза. Множественные поражения толстой кишки диагностированы на дооперационном этапе в 92.7%, интраоперационно в 7.3%. Поражение толстой кишки и мочеточника до операции выявлено в 79%, интраоперационно в 21%. Сочетание с поражением мочевого пузыря диагностировано нами в 98.4% на дооперационном этапе. Основными методами дооперационной диагностики поражений толстой кишки являлись МРТ в 97.4%, колоноскопия – 96.3% и УЗИ – 88.2%. Окончательный диагноз инфильтративного эндометриоза мочевого пузыря установлен интраоперационно при цистоскопии. 201 пациентка нами оперированы по поводу эндометриоза брюшины и диафрагмы, выполнена коагуляция и иссечение очагов эндометриоза. У 193 больных наряду с эндометриозом брюшины выявлен инфильтративный эндометриоз толстой кишки, выполнено 119 (29%) резекций толстой кишки, 13 (3,1%) дисковидные резекции, в 61 (14,9%) случаях удалось иссечь эндометриозидный инфильтрат с стенки кишки (шейвинг). У 43 (10,5%) пациенток выявлен эндометриоз червеобразного отростка, выполнена аппендэктомия. У 52 (12,7%) пациенток были вовлечены мочевые пути, потребовавшие выполнить уретеролиз, в 29 (7,0%) случаях выполнена резекция стенки мочевого пузыря. 29 (7,0%) больным выполнено иссечение эндометриозидного инфильтрата передней брюшной стенки. В ряде случаев выявлены сочетанные поражения органов брюшной полости глубоким инфильтративным эндометриозом. Так эндометриоз червеобразного отростка наряду с толстой кишкой выявлен в 17 (4,1%) случаях, вовлечение в эндометриозидный инфильтрат мочеточников и толстой кишки в 24 (5,8%) случаях, мочевого пузыря и толстой кишки в 13 (3,2%) случаях и передняя брюшная стенка в сочетании с

толстой кишкой была поражена в 4 (1,0%) наблюдениях. Инфильтративный эндометриоз толстой и тонкой кишки, потребовавший двухуровневой резекции или «шейвинга» имел место в 13 (3,2%) случаях. Подавляющее большинство операций (94,0%) выполнено лапароскопическим доступом, в 25 (6,0%) случаях потребовалась лапаротомия и конверсия ввиду выраженного рубцово-спаечного процесса. У 9 (2,2%) пациенток возникли осложнения после резекции толстой кишки в виде несостоятельности анастомоза в 3 случаях, потребовавшие релапаротомии и наложение протективной колостомы, ранней спаечной кишечной непроходимости в 2 случаях, потребовавших релапаротомии и устранения непроходимости, формирование ректовагинального свища в раннем послеоперационном периоде в 1 случае, потребовавшее релапаротомии и наложение протективной колостомы. В 3 случаях наблюдали формирование стеноза толстой кишки в области анастомоза, в одном случае потребовалось выполнить ререзекцию толстой кишки, в двух случаях удалось устранить стеноз эндоскопически. Хирургическое лечение мультифокальных поражений глубоким инфильтративным эндометриозом брюшной полости требует создания мультидисциплинарных команд специалистов хирургического профиля – хирургов, проктологов, урологов и гинекологов, подготовленных к выполнению вмешательств на органах репродуктивной, мочевой системы и желудочно-кишечного тракта. Хирургическое лечение глубокого инфильтративного эндометриоза органов брюшной полости показано при наличии стойкого болевого синдрома с клинической картиной нарушения функции органа, объём вмешательства должен соответствовать патологическим изменениям.

318. Анализ результатов применения минимально инвазивных технологий в лечении больных с синдромом механической желтухи

Мамошин А.В.(1), Альянов А.Л.(1), Борсуков А.В.(2), Мурадян В.Ф.(1)

Орёл; Смоленск

1) ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева», БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница»; 2) ПНИЛ «Диагностические исследования и малоинвазивные технологии» ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицина»

В настоящее время, лидирующие позиции среди причин механической желтухи продолжают занимать такие патологии как холелитиаз и злокачественные опухоли органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Более редкими причинами являются склерозирующий холангит, воспалительные и посттравматические стриктуры внепечёночных желчных протоков (Данилов М.В, Фёдоров В.Д., 2003; Кубышкин В.А, Вишневский В.А., 2003). Летальность в данной группе больных достигает 20-60%, что наряду с возрастающей частотой синдрома механической желтухой, обуславливает актуальность данной проблемы (Затевахин И.И. и др., 2001). В последние годы всё шире применяются антеградные методы декомпрессии желчевыводящей системы, которые могут служить альтернативой эндоскопическим методам при их неэффективности или невозможности выполнения. Материал и методы. За период с января 2010 г. по декабрь 2015 г. в хирургическом отделении Орловской областной клинической больницы под нашим наблюдением находилось 312 больных с доброкачественными и злокачественными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненными синдромом

механической желтухи. Женщин в исследуемой группе было 160, мужчин – 152. Возраст больных колебался от 36 до 87 лет. При поступлении уровень прямого билирубина в исследуемой группе больных колебался от 68 до 580 мкмоль/л. При этом уровень общего билирубина в отдельных случаях достигал 780 мкмоль/л. Причиной механической желтухи явились: желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз у 60 (19,2%) больных; онкологические заболевания органов гепатопанкреатодуоденальной зоны у 233 (74,7%) пациентов; рубцовые стриктуры желчных протоков у 18 (5,8 %) больных; прочие болезни панкреатобилиарной области, вызывающие компрессию желчных протоков у 1 (0,3%) пациентов. Среди доброкачественных причин обтурации желчных протоков были выявлены: холедохолитиаз у 60 (76%) больных; рубцовые стриктуры желчных протоков у 18 (22,8%) больных; ятрогенное повреждение общего желчного протока вовремя лапароскопической холецистэктомии – у одного пациента (1,3%). Злокачественные причины механической желтухи распределились следующим образом: рак головки поджелудочной железы – у 137 (58,8%) больных, холангиокарцинома общего желчного протока – у 33 (14,2%) пациента, холангиокарцинома проксимальных желчных протоков – у 22 (9,4%) больных, рак желчного пузыря – у 13 (5,6%) пациентов, рак БСДПК – у 6 (2,6%) пациентов, регионарное метастазирование – у 22 (9,4%) больных. У всех пациентов на первом этапе выполнено антеградное наружное дренирование желчевыводящих путей с рентгенологическим исследованием желчевыводящей путей, уточнением уровня и степени блока. Всего выполнено 399 интервенционных вмешательств. После снижения уровня билирубина крови, дообследования и стабилизации состояния пациентов решался вопрос об открытом оперативном лечении, переводе наружной холангиостомы в наружно-внутреннюю или об антеградном эндобилиарном протезировании. Для ряда пациентов выполненные чрескожные чреспечёночные вмешательства явились окончательным видом хирургического лечения, направленным на улучшение качества жизни. Распределение характера вмешательств у больных с доброкачественными заболеваниями было следующим: наружная холангиостомия – 76,6%; наружно-внутреннее дренирование протоков 8,5%; антеградная баллонная пластика – 14,9%. При холедохолитиазе выполнялись: в 60 случаях (63,8%) наружная холангиостомия, в 4-х случаях (4,3%) произведено наружно-внутреннее дренирование желчевыводящих путей. У пациентов с рубцовыми стриктурами желчных протоков были выполнены: в 11 случаях (11,7%) наружная холангиостомия, наружно-внутреннее дренирование в 4-х (4,3%) случаях, антеградная баллонная пластика в 14 случаях (14,9%). При ятрогенном повреждении общего желчного протока в 1 случае (1,1%) была выполнена наружная холангиостомия. У больных со злокачественными заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны выполнены следующие вмешательства: наружная холангиостомия – 63%; антеградное эндобилиарное стентирование – 22,3%; наружно-внутреннее дренирование протоков – 11,8%; антеградная баллонная пластика – 0,6%; чрескожно-чреспечёночная микрохолецистостомия – 2,3%. При раке головки поджелудочной железы выполняли: наружную холангиостомию в 112 случаях (36,7%), наружно-внутреннее дренирование протоков 18 случаях (6%), антеградное эндобилиарное стентирование в 42 случаях (13,8%), чрескожно-чреспечёночную микрохолецистостомию в 4 случаях (1,3%). При холангиокарциноме общего желчного протока выполняли: наружную холангиостомию в 26 случаях (8,5%); наружно-внутреннее дренирование протоков в 9 случаях (3%); антеградное эндобилиарное стентирование в 7 случаях (2,3%); чрескожно-чреспечёночную микрохолецистостомию в 1 случае (0,3%); антеградную баллонную пластику также в 1 случае (0,3%). При холангиокарциноме проксимальных желчных протоков выполняли: наружную холангиостомию в 19 случаях (6,2%); наружно-внутреннее дренирование протоков в 3-х случаях (1%); антеградную баллонную пластику в 1 случае (0,3%); антеградное эндобилиарное стентирование в 4-х случаях (1,3%); чрескожно-чреспечёночную микрохолецистостомию в 1 случае (0,3%). При раке желчного пузыря в 9 случаях (3%) выполнялась

наружная холангиостомия; в 2-х случаях (0,6%) – наружно-внутреннее дренирование протоков; антеградное эндобилиарное стентирование в 4 случаях (1,3%). При раке БСДПК в 8 случаях (2,6%) была выполнена наружная холангиостомия; в 1 случае (0,3%) антеградное эндобилиарное стентирование. При регионарном метастазировании выполняли: наружную холангиостомию в 18 случаях (6%), наружно-внутреннее дренирование протоков в 4-х случаях (1,3%), антеградное эндобилиарное стентирование в 10 случаях (3,3%); чрескожно-чреспечёночную микрохолецистостомию в 1 случае (0,3%). Осложнения после проведённых минимально инвазивных вмешательств возникли в 45 случаях, и были связаны у 35 пациентов (11,2%) с дислокацией холангиостомического дренажа; в 9 случаях (2,9%) с развившимся острым холециститом; в 7 случаях (2,2%) с развившимся острым панкреатитом; у 9 пациентов с гидротораксом (2,9%); у 4-х пациентов с подпечёночной билемой (1,3%). Летальный исход возник у 17 больных, что составило 5,4%, и был обусловлен прогрессирующим полиорганной недостаточности. Заключение. Минимально инвазивные антеградные вмешательства при синдроме механической желтухи, являются альтернативой эндоскопическим методам декомпрессии, и позволяют своевременно уточнить этиологический характер заболевания, эффективно купировать билиарную гипертензию, улучшить общее состояние пациентов и определить дальнейшую тактическую позицию в лечении данной категории больных.

319.Первый опыт лапароскопических операций при обтурационной кишечной непроходимости в ГБК №15 имени О.М. Филатова.

Мударисов Р.Р., Ступин В.А., Алиев С.Р., Мнойн А.Х., Рогожина Л.С.

Москва

ГКБ №15 имени О.М. Филатова

Актуальность. По данным Всемирной Организации Здравоохранения в мире ежегодно регистрируется более 500 тыс. случаев колоректального рака. В структуре смертности населения России злокачественные новообразования занимают второе место (14,9%), после болезней системы кровообращения (54,8%). Колоректальный рак занимает второе место в структуре женской онкологической заболеваемости (11.7 %), уступая лишь раку молочной железы (20.9 %), и третье место в структуре мужской заболеваемости (11.1 %) после рака предстательной железы (12.9%) и легкого (18.4 %) А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова - «Злокачественные новообразования в России в 2013 году»). Больные с осложненным колоректальным раком госпитализируются в общехирургические стационары по экстренным показаниям. Это происходит вследствие поздней диагностики и запущенности процесса. По данным различных авторов наиболее частыми осложнениями рака толстой кишки являются обтурационная кишечная непроходимость (20–85,5%), перфорация кишки на фоне распада опухоли (0,39–18%), кровотечение (0,78–14,7%), прорастание опухоли в соседние органы и ткани, перифокальные гнойно-воспалительные процессы (5–29,9% (В.Л. ДЕНИСЕНКО, Ю.М. ГАИН. 2011г.). В ГКБ №15 им. О.М. Филатова ежегодно поступает около 200 больных с ОКН. С 2003 года доля опухолевой непроходимости в структуре всей ОКН поступившей за год выросла к 2014 году с 37.5% до 45%. Материалы и методы. За период с 1999 по 2003гг, с 2010 по 2014гг в ГКБ №15 имени О.М.

Филатова поступили 1212 больных с острой кишечной непроходимостью, из них 460 мужчин, женщин - 752. По поводу опухолевой толстокишечной непроходимости оперированы 329 пациентов (2010 – 2014гг). Женщин было 197 (60%). Мужчин – 132 (40%). Средний возраст больных составил 66 лет (от 27 до 101). Традиционным доступом по поводу обтурационной толстокишечной непроходимости оперированы 270 (82 %) пациентов. Лапароскопическим способом – 59 (18 %). Результаты. Средний койко-день больных оперированных по поводу опухолевой толстокишечной непроходимости традиционным доступом составил 22 (от 4 до 89). Продолжительность госпитализации после лапароскопической операции колебалась от 9 до 67 койко-дней (средний койко-день 20). Лапароскопическим способом выполнялись следующие операции: Лапароскопическая резекция сигмовидной кишки с наложением первичного анастомоза – 19; Лапароскопическая колостомия - 3. Лапароскопически ассистированная брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с выведением одноствольной колостомы - 3; Лапароскопическая передняя резекция прямой кишки - 18. Лапароскопическая левосторонняя гемиколэктомия - 2. Лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия - 9. Лапароскопическая операция Гартмана – 5. Дренаж из брюшной полости удалялся на 3-е сутки после операции, проведенной традиционным доступом, при лапароскопической же операции дренаж удалялся на следующие сутки и больные активизировались. В послеоперационном периоде уже на 3 сутки больные не нуждались в наркотическом обезболивании. Дренированием брюшной полости при операции традиционным доступом закончено 177 операций (66 %), при лапароскопической операции дренированием закончено в 53 случаях 89 %). Назоинтестинальная интубация проводилась всего в 34 случаях, все при традиционном доступе. В послеоперационном периоде было всего 35 осложнений. Из них 29 (10.7 %) после операции традиционным доступом, после лапароскопической операции – 6 (10.1 %). Структура осложнений в первом случае: 1. Несостоятельность культи прямой кишки, 2. Нагноение послеоперационной раны, 3. Эвентрация, 4. Несостоятельность и некроз колостомы, 5. Флегмона передней брюшной стенки, 6. Парез желудочно-кишечного тракта, 7. Перфорация острой язвы толстой (тонкой) кишки, 8. Аспирация, пневмония, 9. Делирий, 10. Несостоятельность анастомоза, 11. Анастомозит, 12. ТЭЛА, 13. Кровотечение из брыжейки. При лапароскопической операции наблюдались следующие осложнения: 1. Несостоятельность анастомоза, перитонит, 2. Абсцесс брюшной полости. Выводы. Использование современных подходов лечения кишечной непроходимости, таких как применение лапароскопической хирургии, отказ от рутинной назоинтестинальной интубации, ранней активизации больных позволяет сократить пребывание больных в стационаре, ускоряет восстановление и уменьшается количество внутрибольничных осложнений.

320.Использование интраоперационного назобилиарного дренирования при осложненных формах холецистита.

Черкасов М.Ф. (1), Бондаренко В.А. (2), Турбин М.В. (2), Устименко И.В. (2), Бондаренко И.В. (2)

Ростов-на-Дону

1) ГБОУ ВПО РостГМУ, 2) МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону

Клинические наблюдения последних лет свидетельствуют о возрастании частоты заболеваний желчевыводящей системы. Число больных за каждое последующее десятилетие увеличивается примерно в два раза независимо от принадлежности к той либо иной возрастной группе. Совершенствование техники видеолaparоскопических операций расширяет границы их применения в хирургии. В настоящее время в экономически развитых странах более 90% холецистэктомий выполняется при помощи лапароскопической техники, таким образом лапароскопическая холецистэктомия (ЛСХЭ) является ведущим методом хирургического лечения доброкачественных заболеваний желчного пузыря, став новым «золотым стандартом». В настоящее время ЛСХЭ все чаще используется в экстренной хирургии желчевыводящих путей, отличаясь малой травматичностью и низкой частотой осложнений в ближайшем послеоперационном периоде. Однако ЛСХЭ имеет ряд противопоказаний, ограничивающих ее применение. Такими противопоказаниями являются, в том числе, некоторые осложнения острого холецистита, желчекаменной болезни: 1) плотный подпеченочный инфильтрат, 2) подозрение на синдром Мириззи, при которых затруднена дифференцировка элементов печеночно-двенадцатиперстной связки и повышается вероятность ятрогенного повреждения общего желчного протока (холедоха), что ведет к значительному расширению объема операции и/или повторной операции в последующем. Необходимо отметить рост количества больных с подпеченочными инфильтратами при остром холецистите за счет увеличения числа пациентов пожилого возраста, широком применении антибиотиков, противовоспалительных препаратов на догоспитальном этапе. В хирургическом отделении ГБСМП города Ростова-на-Дону в течение 2015 г. трем пациентам была применена методика, позволившая избежать интраоперационных повреждений внепеченочных желчных протоков (заявка на изобретение № 2015118761/14 от 19.05.2015 г.). При наличии плотного подпеченочного инфильтрата или подозрении на синдром Мириззи во время ЛСХЭ, указанным пациентам была выполнена интраоперационная дуоденоскопия с установкой назобилиарного дренажа в просвет холедоха. Хирург, выполняющий лапароскопическую холецистэктомию, производя инструментальную пальпацию холедоха и определив в его просвете трубчатую структуру (назобилиарный дренаж), получает анатомический ориентир и возможность избежать повреждения холедоха при мобилизации желчного пузыря. Установленный в просвете холедоха назобилиарный дренаж позволяет выполнить интраоперационную ретроградную холангиографию при невозможности дренировать холедох через культю пузырного протока (при наличии показаний к дренированию), с дальнейшим определением оперативной тактики. При дренировании холедоха через культю пузырного протока назобилиарный дренаж удаляется. При невозможности мобилизовать и перевязать культю пузырного протока из-за выраженности перивезикального инфильтрата допустимо оставить назобилиарный дренаж в просвете холедоха на 3-5 суток для декомпрессии внепеченочных желчных протоков с целью профилактики желчеистечения из культы пузырного протока. Использование интраоперационного назобилиарного дренирования при наличии плотного подпеченочного инфильтрата или подозрении на синдром Мириззи во время ЛСХЭ обеспечивает достижение количественно и качественно нового технического результата: значительное упрощение, снижение трудоемкости манипуляций и длительности операции, устранение травматичности и послеоперационных осложнений.

321.ИНТЕГРАЦИЯ МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ И ВНТРИПРОСВЕТНОЙ ЭНДОСКОПИИ. ГИБРИДНЫЙ ДОСТУП

Старков Ю.Г., Джантуханова С.В., Солоднина Е.Н., Выборный М.И., Шумкина Л.В., Слепенкова К.В.

Москва

ФГБУ Институт Хирургии им. А.В. Вишневского МЗ РФ

Актуальность. Учитывая возрастающие тенденции развития минимально-инвазивных технологий, роль внутриспросветной эндоскопии в хирургии желудочно-кишечного тракта становится все более актуальной. Эндоскопические навыки в хирургической практике становятся все более востребованными в последнее время, поскольку внутриспросветная эндоскопия на сегодняшний день стала неотъемлемой частью многих хирургических вмешательств. Использование комбинированного лапаро-эндоскопического доступа лежит в основе гибридной хирургии, основной целью которой является повышение прецизионности вмешательства и уменьшения его инвазивности. Цель. Продемонстрировать роль и задачи гибкой эндоскопии при эндохирургических вмешательствах на органах желудочно-кишечного тракта, а также разработка и оценка преимуществ гибридного доступа. Материалы и методы. В собственной практике мы использовали эндоскопию при различных оперативных вмешательствах: торакоскопическая дивертикулэктомия, лапароскопическая кардиомиотомия, лапароскопические резекции желудка, пилородуоденопластика, резекции двенадцатиперстной и толстой кишки, хирургия желчнокаменной болезни. Основываясь на собственном опыте, мы определили значение внутриспросветной эндоскопии в качестве 3 основных направлений: 1. Эндоскопическая навигация. В качестве инструмента для навигации внутриспросветная эндоскопия использовалась на различных этапах хирургического вмешательства с целью: топической диагностики новообразований небольших размеров с преимущественно внутриспросветным ростом, контроля негативных краев резекции, маркировки неопределяемых визуально новообразований в колоректальной хирургии, идентификации анатомических ориентиров, особенно при измененной анатомии желудочно-кишечного тракта. 2. Интервенция (гибридные вмешательства) Гибридный или комбинированный лапаро-эндоскопический доступ использовался при удалении новообразований, нерезектабельных с использованием только эндоскопического или лапароскопического доступа. Применение комбинированного доступа имело ряд преимуществ: манипуляции вне просвета кишки обеспечивали максимальную эндоскопическую визуализацию, лапароскопическая мобилизация толстой кишки обеспечивала доступ к труднодоступным участкам новообразования, возможность закрытия дефекта в случае перфорации. Внутриспросветная эндоскопия также использовалась в качестве навигации при выполнении атипичных/экономных резекций стенки толстой кишки при отсутствии возможности эндоскопической резекции. К гибридным вмешательствам мы также относили операции с одновременным выполнением лапароскопической холецистэктомии и ЭРХПГ с последующей литоэкстракцией. Основными преимуществами такого одноэтапного лечения были: уменьшение времени пребывания в стационаре при сочетанной операции, уменьшение анестезиологической нагрузки, минимальный риск послеоперационного панкреатита при антеградном доступе в общий желчный проток. 3. Эндоскопический послеоперационный контроль На этапах послеоперационного контроля с помощью эндоскопического исследования проводилась оценка линии резекции в области шва/анастомоза в аспекте кровотечения, оценка диаметра просвета и его проходимости, оценка герметичности шва с помощью водно-воздушной пробы, а также в ряде случаев установка назогастрального/назоинтестинального зонда для раннего энтерального

питания под эндоскопическим контролем или через канал эндоскопа. Заключение. Исходя из нашего опыта, применение внутрисветной эндоскопии при эндохирургических вмешательствах на органах желудочно-кишечного тракта позволяет создать комбинированный доступ, основными преимуществами которого являются повышение прецизионности органосохраняющих вмешательств, снижение риска послеоперационных осложнений, а также отсутствие необходимости в выполнении многоэтапных вмешательств.

322.МЕТОДИКА И ТЕХНИКА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ ЖЕЛУДКА ПРИ НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ. ОПТИМИЗАЦИЯ ДОСТУПА

Старков Ю.Г., Джантуханова С.В., Солодина Е.Н., Выборный М.И., Аллаберганов Б.К.

Москва

ФГБУ Институт хирургии им. А.В. Вишневого МЗ РФ

Актуальность: Современный подход к диагностике и тактике лечения пациентов с неэпителиальными опухолями желудка, предполагает необходимость удаления новообразований, независимо от их характера и размера, что объясняется невозможностью точной дифференциальной диагностики с гастроинтестинальными стромальными опухолями, которые могут иметь высокий потенциал злокачественности даже при малых размерах, что определяет активную хирургическую тактику в лечении подслизистых новообразований. Учитывая отсутствие необходимости выполнения обширных анатомических резекций и лимфодиссекции, методом выбора оперативного лечения на сегодняшний день являются лапароскопические экономные резекции желудка. Цель: разработать и представить различные варианты лапароскопических резекций при неэпителиальных опухолях желудка. Материалы и методы: За период с 2005 по 2015 гг. прооперировано 60 пациентов с неэпителиальными новообразованиями желудка, которым были выполнены лапароскопические резекции желудка в различных вариантах. На дооперационном этапе всем пациентам проводилось обследование, которое включало выполнение ЭГДС, эндосонографии и КТ органов брюшной полости с внутривенным контрастным усилением. Такое комплексное обследование позволяло получить максимальную оценку новообразования, включая размеры, локализацию, характер роста, слой стенки желудка, из которого исходит новообразование, а также определить предположительный характер новообразования. На основе полученных данных, принималось решение о выполнении лапароскопической резекции желудка, окончательный выбор типа резекции определялся интраоперационно, учитывая данные лапароскопической ревизии, а также лапароскопической ультразвуковой и/или эндоскопической навигации. Выбор типа резекции определялся в зависимости от анатомического отдела и стенки желудка, размера опухоли, типа роста (интра/экстра-органный), расположения новообразования вблизи анатомических узких пространств. Большинство лапароскопических резекций было выполнено в варианте клиновидной или атипичной резекции, которая выполнялась с использованием механических сшивающих аппаратов или полнослойным иссечением стенки желудка, несущей опухоль ультразвуковыми ножницами с последующим ушиванием отверстия гастротомии отдельными узловыми швами (двухрядный шов). Следует отметить отсутствие необходимости широкого иссечения здоровой

ткани желудка даже при подозрении на гастроинтестинальную стромальную опухоль, что позволяет выполнить операцию в максимально функциональном органосохраняющем варианте. При расположении опухоли по задней стенке желудка, выполняли мобилизацию желудка по большой кривизне с целью создания доступа к задней стенке. Однако, при опухолях задней стенки, характеризующихся преимущественно внутрипросветным ростом отдавали предпочтение трансгастральному доступу, при котором создавалось небольшое отверстие в передней стенке желудка для проведения сшивающего аппарата с последующим выполнением степлерной резекции под визуальным внутрипросветным эндоскопическим контролем. Такой доступ при внутриорганным росте опухоли, расположенной по задней стенке, обеспечивал минимальный захват неизменной ткани стенки желудка, что позволяло выполнить максимально органосохраняющую операцию без широкой мобилизации желудка и иссечения здоровых тканей. Технически наиболее сложной локализацией являлось расположение опухоли в области анатомически узких мест и функциональных мышечных жомов. К таким ситуациям относилось расположение новообразований в области пищеводно-желудочного перехода и пилорического канала. Удаление опухоли вышеописанными способами иссечением стенки желудка с последующим ушиванием или с использованием сшивающих аппаратов сопровождалось высоким риском повреждения и нарушения функции анатомических сфинктеров и риском сужения просвета анатомически узких мест. В связи с чем, в таких ситуациях, мы использовали «лифтинг-методику», которая характеризовалась предварительным рассечением серозно-мышечного слоя по всей окружности новообразования с выделением его в мышечном слое по типу энуклеации до уровня так называемой «ножки фиксации», после пересечения которой, слои стенки желудка восстанавливались ручным лапароскопическим швом. При этом лифтинг осуществлялся атравматическим зажимом или прошиванием опухоли при уверенности в доброкачественном ее характере. При подозрении на злокачественный характер опухоли, лифтинг осуществлялся прошиванием здоровой стенки желудка по окружности новообразования. Такая методика позволяла выполнить максимально экономное и органосохраняющее удаление опухоли без нарушения мышечных волокон сфинктеров и вскрытия просвета желудка, что не требовало в последующем широкого ушивания и не приводило к деформации или сужения просвета в области оперативного вмешательства. При выполнении всех оперативных вмешательств важным считали соблюдение принципов онкологической безопасности, сохранение целостности капсулы опухоли и извлечение ее из брюшной полости в контейнере. Результаты Течение послеоперационного периода без осложнений. Летальных исходов не было. С целью ранней диагностики несостоятельности шва всем пациентам на 2-3 сутки после операции выполнялось рентгенологическое исследование желудка с водорастворимым контрастным веществом. Ни в одном наблюдении признаков несостоятельности не было. Выписка пациентов на 5-6 сутки после операции. Заключение: Лапароскопические резекции желудка при неэпителиальных новообразованиях следует рассматривать операцией выбора при отсутствии признаков распространения опухоли. Оптимизация доступа заключается в индивидуальном выборе типа резекции, который должен определяться в зависимости от конкретного клинического случая, основываясь на дооперационных инструментальных данных и интраоперационной ситуации.

323. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫХ ЛОБЭКТОМИЙ БЕЗ ИНТУБАЦИОННОГО НАРКОЗА

Матвеев В.Ю., Хасанов Р.М., Гайфуллин Р.Ф., Швецова Н.Г.

Казань

ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ, кафедра хирургических болезней №1 КГМУ

В течение последних двух десятилетий в лечении больных с различными заболеваниями органов грудной клетки интенсивно стали внедряться малоинвазивные эндовидеотехнологии, направленные, прежде всего, на снижение интраоперационной травмы, с целью более быстрой реабилитации больных. Но данное обстоятельство вынуждает применять более агрессивное анестезиологическое пособие, проводить отдельную интубацию бронхов, что может сопровождаться повреждением трахеи и бронхов. С целью снижения рисков анестезиологической травмы в торакальном отделении РКБ МЗ РТ впервые в России была применена методика при анатомических резекциях легких без интубационного наркоза. Материалы и методы. В отделении торакальной хирургии Республиканской клинической больницы МЗ РТ с декабря 2014 года накоплен опыт применения VATS без интубационного наркоза в лечении 8 пациентов с бронхоэктатической болезнью в возрасте от 25 до 64 лет, средний возраст составил 42,3 года. У всех больных выявлены бронхоэктазы легких: у 2-х больных бронхоэктазы локализовались в нижней доле и язычковых сегментах левого легкого, у 3-х - в нижней доле левого легкого, у 2-х - в нижней доле правого легкого, у 1-го - в средней доле. Операции проводили на спонтанном дыхании через ларингеальную маску под внутривенным наркозом по однопортовой (3 пациента) и по 2-х портовой (5 пациента) методике. Использовали инфузии пропофола, фентанила с подбором дозы, не угнетающей дыхание. 5-ым пациентам проводили эпидуральную анестезию. Интраоперационно дополнительно применяли местную анестезию раствором наропина (2 мг/мл, в объеме около 40-60 мл) в проекции операционного доступа, межреберную, вагосимпатическую, паравертебральную блокады. Всем больным проводили мониторинг: биспектральный индекс, контроль гемодинамики, ЭКГ, SpO₂, парциальное давление CO₂ на выдохе. Однопортовый доступ осуществляли в 5 межреберье в области передней аксиллярной линии длиной около 5 см, у 5 пациентов, по средне-аксиллярной линии в 7 межреберье, устанавливали дополнительный порт для видеокамеры. Двум пациентам выполнена нижняя лобэктомия с резекцией язычковых сегментов, у 5 - нижняя лобэктомия, у 1 - средняя лобэктомия. Выход из анестезии у пациентов был в среднем на 5-7 минуте после наложения кожных швов. Результат исследования. Всем больным удалось коллабировать легкое на спонтанном дыхании за счет открытого пневмоторакса. Периодически приходилось проводить вагосимпатическую и межреберную блокаду. Длительность операции колебалась от 100 минут до 210 мин, в среднем 174 мин. Интраоперационный мониторинг не у одного пациента не зафиксировал гипоксию, наблюдалась только небольшая гиперкапния. Все пациенты хорошо перенесли операцию, в тот же день активно перемещались по палате. В послеоперационном периоде осложнения не наблюдались. Средний койко-день составил 8,3. Заключение. Применение малоинвазивных однопортовых, 2-х портовых видеоторакоскопических операций без интубации трахеи способствует снижению операционной и анестезиологической травм, что способствует более быстрому выздоровлению пациентов. Но данная методика требует дальнейшего изучения, совершенствования, определения показаний к ее применению у определенного контингента пациентов.

324.ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА: ОСЛОЖНЕНИЯ И ИХ ПРОФИЛЛАКТИКА

Матвеев В.Ю., Хасанов Р.М., Кулагина Л.Ю., Галков Е.М.

Казань

Казань, ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ, кафедра хирургических болезней №1 КГМУ

Цель: Целью нашего исследования стало проведение анализа осложнений хирургического лечения с применением ВТС больных со спонтанным пневмотораксом. Хирургическое лечение спонтанного пневмоторакса с применением видеоторакоскопии в последние годы приобрело доминирующий характер. Большинство торакальных хирургов признано, что видеоторакоскопия в лечении больных спонтанным пневмотораксом является «золотым стандартом». Однако частота послеоперационных осложнений, рецидивов пневмоторакса после операции не имеют тенденции к снижению. Методы исследования: Проведен ретроспективный анализ результатов лечения, частоты и характера послеоперационных осложнений у 208 пациентов со спонтанным пневмотораксом с применением видеоторакоскопии (ВТС). Показания к ВТС: рецидивирующий пневмоторакс (64 пациент); продолжающаяся утечка воздуха по дренажам и не расправление легкого, при использовании активной аспирации в течение 3-5суток (78 пациентов); первичный пневмоторакс, в случае диагностированных буллах легкого(56пациентов); пневмоторакс, осложненный гемотораксом (6 пациентов); катамениальный пневмоторакс (4 пациента). Во время ВТС выполнялись: электрокоагуляция париетальной плевры(36), плеврэктомия (124), комбинированный плевродез (48), резекция легкого (141), резекция купола диафрагмы с пластикой(4). Результаты: Осложнений при выполнении ВТС не было. В послеоперационном периоде у 5-х (2.4%)больных с инфицированным пневмотораксом после плеврэктомии сформировался свернувшийся гемоторакс. У 2-х пациентов излечение наступило после повторного дренирования, у 2-х – после санационных плевральных пункций, у 3-го - на 5 сутки выполнена повторная ВТС с удалением гемоторакса. Средняя продолжительность лечения составила 10+3.1 к\дн. Основной причиной этого осложнения является инфицированность плевральной полости из-за затягивания лечения методом дренирования в ЦРБ, что приводит к неустойчивому местному гемостазу. В данной ситуации следует воздержаться от плеврэктомии. Рецидив пневмоторакса наблюдался у 5(2.4%) больных. У 1-го пациента рецидив наблюдался на 10 сутки после операции (повторно выполнена ВТС, резекция верхней доли и плеврэктомия). Причиной рецидива явились: не была удалена булла верхней доли размером около 2-2.5см, в качестве плевродеза была применена электрокоагуляция плевры. У 3-х больных - рецидив наступил через 4-6 месяцев (повторно у одного выполнена торакотомия с плеврэктомией и у 2-го -ВТС с плеврэктомией в проекции нижней доли, у 3-го – дренирование плевральной полости); У одного больного рецидив возник через 8 месяцев (пристеночный пневмоторакс – 2раза пунктировали). У всех больных с рецидивом выполнялась электрокоагуляция плевры, причем при комбинированном плевродезе, ограниченный пневмоторакс образовался в месте, где не удалялась плевра. Во всех случаях рецидивный пневмоторакс носил ограниченный характер. Все больные выздоровели. Заключение: В большинстве случаев возникшие осложнения после хирургического лечения больных со спонтанным пневмотораксом предотвратимы. Для этого необходимо своевременно выставлять показания к оперативному лечению, правильно выбирать способ плевродеза с учетом патоморфологических изменений в плевре и легком. Тактика лечения и выбор повторного

оперативного лечения должны быть индивидуальными. Самым надежным методом герметизации легкого является атипичная резекция легкого, плевродеза – плеврэктомия.

325. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ ГРЫЖА ЩЕЛИ МОРГАНЬИ, ОСЛОЖНЕННАЯ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ УСТРАНЕНИЕ С ПЛАСТИКОЙ ДИАФРАГМЫ ЭНДОПРОТЕЗОМ.

Иванов А.С., Алказ Д.В., Мурадов Г.Г.

Санкт-Петербург

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Больная К., 68 лет переведена в клинику из ЦРБ одного из районов ленинградской области, куда поступила в экстренном порядке с болями в животе. При обследовании выявлена диафрагмальная грыжа в ретростернальном пространстве с миграцией в грудную полость участка толстой кишки. Из анамнеза известно, что 14 лет назад во время занятий аэробикой почувствовала резкую боль в эпигастрии. В то время, при обследовании выявлена "липوما перикардиально-диафрагмального угла справа", по поводу которой наблюдалась. За 4 мес. до поступления в клинику - закрытая травма груди с переломом 11 ребра справа. После проведенной консервативной терапии боли уменьшились, переведена для планового оперативного лечения в СЗГМУ им. И.И. Мечникова. В ходе предоперационного обследования у больной возобновились схваткообразные боли в животе. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявлено, что барий данный за 4 дня до поступления в клинику в ЦРБ сохраняется и сконцентрировался в правых отделах толстой кишки без дальнейшего продвижения. Оперирована в экстренном порядке в связи с клиникой непроходимости. При обзорной лапароскопии выявлен дефект диафрагмы медиальнее серповидной связки печени 4*5 см., в котором фиксирован участок поперечно-ободочной кишки и большой сальник. Низведены в брюшную полость. Грыжевой мешок 5*5*20 см, иссечен без вскрытия плевральных полостей. Серповидная и круглая связка печени пересечены для обеспечения достаточного пространства по краям грыжевых ворот для пластики диафрагмы. Ручным швом пластика в горизонтальном направлении. Второй ряд швов невозможен из-за натяжения. Решено выполнить пластику полипропиленовым протезом с фиксацией последнего узловыми швами к диафрагме и укрытием участком брюшины. Послеоперационный период гладкий, выписана на 5 сутки после операции.

326. Современные подходы к лечению острого аппендицита, осложненного перитонитом

Ермолов А.С., П.А. Ярцев, М.В. Радыгина, Левитский В.Д., Ткешелашвили Д.Т.

Москва. 2015.

НИИ СП имени Н.В. Склифосовского.

Актуальность: Острый аппендицит является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний и занимает первое место среди острых хирургических заболеваний. Летальность на протяжении последних 20 лет снизилась с 0,54% до 0,1%. По данным литературы деструктивный аппендицит является причиной развития перитонита в 30-65% (А.С. Ермолов, 2015). Несмотря на успехи развития современной медицины аппендикулярный перитонит является основной причиной неблагоприятных исходов лечения пациентов с острым аппендицитом. Неудовлетворительные результаты лечения связаны как с поздним поступлением пациентов в стационар и поздней диагностикой, так и с послеоперационными гнойными осложнениями. Благодаря развитию видеолапароскопической техники появилась возможность более дифференцированного подхода к выбору диагностики и лечения больных с аппендикулярным перитонитом. На настоящий момент нет единого мнения о возможностях использования лапароскопического доступа при лечении различных форм аппендикулярного перитонита. Цель исследования: определить возможности и результаты лечения видеолапароскопических вмешательств при остром аппендиците, осложненным перитонитом. Материалы и методы: за период с 2009 по 2014 года в институте оперировано 1901 пациентов с острым аппендицитом. Из них 192 больных с аппендикулярным перитонитом, что составило 10,1%: с местным перитонитом оперировано 139 (72,4%), с распространенным перитонитом - 53 (27,6%) пациентов (из них с диффузным 20 (10,4%), с разлитым – 33 (17,2%)). Средний возраст пациентов составил 41,2 года (от 16 до 86 лет). Мужчин было 130 (67,7%), женщин – 62 (32,3%). Результаты лечения: При лечении острого аппендицита, осложненным местным перитонитом (139 больных) у 33% из них аппендэктомия и санация брюшной полости были выполнены традиционным доступом разрезом по Волковичу-Дьяконову; у 67% пациентов – весь объем оперативного пособия выполнен из видеолапароскопического доступа. При лечении острого аппендицита, осложненного диффузным перитонитом (20 пациентов), у 65% больных аппендэктомия и санация брюшной полости было выполнено из нижнесрединного лапаротомного доступа, а у 35% – из лапароскопического. Летальных исходов в этих двух группах не было. Из 33 пациентов с распространенным перитонитом 97% были оперированы из срединного лапаротомного доступа, что связано с выраженной дилатацией петель тонкой кишки и необходимостью выполнения назоинтестинального дренирования. В этой группе умерло 2 пациентов. В обоих случаях больные с поздним поступлением оперированы с распространенным фибринозно-гнойным перитонитом из лапаротомного доступа и погибли от нарастающей гнойной интоксикации в ранние сроки послеоперационного периода (на 6 и 10 сутки). В одном наблюдении (3%) при разлитом перитоните была с успехом выполнена видеолапароскопическая операция. Общая летальность при остром аппендиците, осложненным перитонитом, составила 1,04%, при разлитом – 6,1%. Выводы: По нашему мнению видеолапароскопический доступ с успехом может быть использован при остром аппендиците, осложненным местным и диффузным перитонитом. При разлитом перитоните видеолапароскопическое вмешательство допустимо при возможности выполнения полноценной санации брюшной полости и интраоперационного эндоскопического назоинтестинального дренирования.

Пилькевич Д.Н.

Екатеринбург

ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт Фтизиопульмонологии»

Введение: Сочетание миниторакотомии и видеоэндоскопической техники, не заменяя собой видеоассистированную торакальную хирургию, значительно расширяет возможности хирурга и одновременно минимизирует травматичность операции. Материал и методы: За период 2006-2015 гг. 70 пациентам (18 женщин и 52 мужчин) автором были выполнены лобэктомии и билобэктомии через видеоассистированную миниторакотомию (ВАМТТ). Средний возраст пациентов составил 39 лет (от 15 до 69 лет). Показанием к оперативному вмешательству послужили туберкулез (40), периферические образования в легких (27), рак легкого (3). Было выполнено 2 билобэктомии, 14 комбинированных лобэктомий, 1 заключительная лобэктомия и 53 лобэктомии. Кроме того, с контрлатеральной стороны было выполнено 2 ВАМТТ сегментэктомии, 1 ВАМТТ сублобарная атипичная резекция легкого по поводу туберкулеза легких. Справа оперировано 42 пациентов, слева – 28. Верхняя доля резецировалась у 46 пациентов, нижняя – 24. Операции выполнялись под комбинированным наркозом с использованием севофлюрана или тотальной внутривенной анестезией с обязательной отдельной интубацией бронхов. Операцию всегда начинали с видеоторакоскопии (ВТС), эндоскопической ревизии плевральной полости и зоны паренхимы легкого с патологией и только после оценки объема поражения переходили на миниторакотомию 6-12 см (средний размер 8,96 см). Для наложения механического шва на легкое, бронхи, сосуды использовались, как правило, линейные шовники. Результаты: Средняя продолжительность операции составила 156,7 мин (от 100 до 275 мин). Средняя кровопотеря составила 210,5 мл (от 50 до 2500 мл). После операции были установлены следующие диагнозы: туберкулез (47), рак легкого (16), аномалия развития легких (3), неспецифические заболевания легких (2), доброкачественные опухоли (2). Послеоперационные осложнения наблюдались у 7(10%) пациентов: интраплевральное кровотечение, реторакотомия (1); инфаркт доли, реторакотомия, заключительная билобэктомия (1); продолжительное воздушное течение (1); нагноение послеоперационной раны, остеомиелит ребра, резекция ребра (2); эмпиема (1); остаточная полость, торакопластика (1). Интраоперационное осложнение наблюдалось у 1(1,4%) пациента: интраплевральное кровотечение, которое потребовало конверсии в торакотомию. Летальности не наблюдалось. Выводы: 1. Видеоторакоскопическая предварительная ревизия плевральной полости и патологии в легком позволяет определить вариант доступа и оптимальную локализацию для миниторакотомии. 2. Видеоассистирование позволяет произвести безопасное контролируемое рассечение плевральных спаек и четко визуализировать элементы корня. 3. Применение миниторакотомии допускает использовать бинокулярное зрение и ручную пальпацию патологии в легком, а также применять стандартные хирургические инструменты и привычную для большинства хирургов оперативную технику. 4. ВАМТТ позволяет сохранить стоимость расходных материалов используемых при операции на уровне открытой хирургии (отсутствует необходимость применения эндоскопических степлеров).

328.Первый опыт использования эндовидеохирургических операций в неотложной абдоминальной хирургии

Штофин С.Г.,Штофин Г.С.,Анищенко В.В.,Кузьменко,А.А.,Асатрян А.А.,Гатилов А.В.,Новиков С.С.

Новосибирск

Новосибирский государственный медицинский университет

В работе приведен 2 летний опыт применения эндовидеохирургических операций в клинике неотложной хирургии кафедры общей хирургии. Эти операции выполнены у 30,5% больных острым аппендицитом, острым холециститом и острым панкреатитом, причем за последний год число таких операций увеличилось до 40,3% и имеет явную тенденцию к дальнейшему росту. Так число лапароскопических аппендэктомий выросло с 8,3% до 21,2%, лапароскопических холецистэктомий - с 49,5% до 53,7%. Лапароскопические вмешательства при остром некротизирующем панкреатите увеличились с 34,2% до 68,2%. Лапароскопическая аппендэктомия выполнена 61 пациенту лигатурным способом из 3 портов с обязательным дренированием брюшной полости. Лапароскопическая холецистэктомия - 401 пациенту так же с дренированием брюшной полости в течение 24 - 48 часов. Лапароскопическое дренирование сальниковой сумки при остром некротизирующем панкреатите произведено 79 пациентам. Осложнения во время операции возникли у 4 пациентов(0,9%), что потребовало конверсии у 3(0,7%). Ранние послеоперационные составили 2,2% и приходились на местные раневые осложнения. У больных острым аппендицитом и острым холециститом летальных исходов не отмечено, средняя длительность лечения у них составила 5,4 дня. Летальность у больных, оперированных по поводу острого некротизирующего панкреатита, составила 11,6%, а средняя длительность лечения - 17,3 дня. Таким образом, первый опыт применения эндовидеохирургических операций в неотложной абдоминальной хирургии позволяет считать их операциями выбора, способствующими снижению числа осложнений, летальности и сроков пребывания в стационаре.

329.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ РАЗДЕЛЕНИЕ СПАЕК С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ БАРЬЕРНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ АДГЕЗИОГЕНЕЗА КОЛЛАГЕНОВОЙ МЕМБРАНОЙ

Назаренко А.А., Акимов В.П., Баталов И.Х., Богатилов А.А.

Санкт-Петербург

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова

Наличие спаек у пациентов, перенесших лапаротомию, встречается в 63-97% случаев (Parker M.C., Wilson M.C., van Goor H. и др. 2007). Наиболее значимым последствием образования спаек является кишечная непроходимость, из общей доли которой на спаечную тонкокишечную непроходимость приходится 60-70% (Parker C., Ellis H., Moran V.J. и др. 2001). Традиционно, у пациентов с острой кишечной непроходимостью спаечного генеза, у которых консервативные методы лечения оказались не эффективными, применяется лапаротомный доступ для выполнения адгезиолизиса. Однако лапаротомия с последующим рассечением спаек приводит к

повторной госпитализации трети пациентов с кишечной непроходимостью, обусловленной вновь образованными внутрибрюшными спайками (Ellis H. и соавт. 1999 г.). Более того, лапаротомия приводит к увеличению частоты послеоперационных вентральных грыж, послеоперационных болей, нагноению послеоперационной раны, и увеличению койко-дня. О первом выполненном лапароскопическом адгезиолизисе при спаечной тонкокишечной непроходимости сообщили Bastug et al. в 1991 году. В дальнейшем метод получил распространение, и его результаты были расценены хирургами как обнадеживающие. В настоящее время лапароскопические операции являются методом выбора, но при спаечной кишечной непроходимости данный метод сопряжен с рядом сложностей и потенциальных опасностей, поэтому прежде чем начать адгезиолизис важно взвешенно оценить внутрибрюшную картину спаечного процесса. В своей практике мы, как правило, отказываемся от данного метода при множественных межкишечных сращениях, так как непременно растёт риск ятрогении и увеличивается длительность операции. Цель работы: показать возможность метода барьерной профилактики формирования внутрибрюшных спаек с применением рассасывающейся коллагеновой мембраны при лапароскопическом разрешении спаечной кишечной непроходимости. Материал и методы: Для профилактики формирования спаек после лапароскопического адгезиолизиса у пациентов с установленным диагнозом спаечной тонкокишечной непроходимости применялась рассасывающаяся противоспаечная коллагеновая мембрана Колгара. Данная мембрана вводится в брюшную полость через 10 мм троакар и имплантируется в зону выполненного адгезиолизиса и временно разделяет поврежденные зоны брюшины, способствуя мезотелизации соприкасающихся листков брюшины без сращений. Через 3-6 недель мембрана под воздействием эндопептидаз распадается до составляющих аминокислот. Ранее мы применили данный метод при плановой лапароскопической холецистэктомии у пациентки с выраженным спаечным процессом, сформировавшимся после ранее перенесенной операции лапаротомным доступом. Наблюдение в течение года показало отсутствие рецидива заболевания. В дальнейшем данный метод был применен у 4 пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью, при этом спаечный процесс располагался в правом боковом канале и илеоцекальной зоне брюшной полости в виде фиброзных тяжей между кишкой и брюшной стенкой и между кишкой и брыжейкой, сдавливающих тонкую кишку. Ранее пациенты перенесли традиционную правостороннюю гемиколэктомию. После адгезиолизиса была выполнена имплантация мембраны Колгара 20x30 см на поврежденную брюшину. Пациенты находились на лечении на клинических базах кафедры хирургии им.Н.Д.Монастырского Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова и в Дорожной клинической больнице ОАО «РЖД», г. Санкт-Петербург. Результаты: восстановление пассажа по кишечнику отмечено на вторые сутки. В послеоперационном периоде (до года) осложнений не наблюдалось. Заключение: безусловно, возможности лапароскопического адгезиолизиса при острой спаечной кишечной непроходимости ограничены. При отсутствии противопоказаний данная технология наиболее себя оправдывает в ранние сроки заболевания. Точный диагноз после лапароскопии позволяет начать хирургическое лечение, а при возможности продолжить лечение тем же методом позволяет достичь хороших результатов. Следует отметить, что ряд авторов не отмечают разницу частоты рецидивов спаечной кишечной непроходимости после традиционного и лапароскопического адгезиолизиса. Поэтому рецидив заболевания является острой темой в обсуждении хирургов и представляет собой предмет поиска методов профилактики. С нашей точки зрения барьерный метод профилактики с использованием рассасывающейся коллагеновой мембраны является хорошей альтернативой существующим методам.

330. ОПЫТ НАШЕЙ БОЛЬНИЦЫ В ОБУЧЕНИИ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ-ХИРУРГОВ, ВЛАДЕЮЩИХ МАЛОИНВАЗИВНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ.

Прокофьев С.Е., Беляйкин В.А., Победа С.П, Макушкин Р.З.

Невинномысск

ГБУЗ СК "Невинномысская городская больница"

В лечебную деятельность нашей больницы в последние 5 лет активно внедряются малоинвазивные методы диагностики и лечения. Учитывая превалирование ургентной патологии в нашей практике, наиболее широко данное направление разрабатывается именно для оказания помощи пациентам с острой хирургической абдоминальной патологией. Средний возраст 8250 больных, поступивших в ургентном порядке в больницу за период с 2010 по 2014 годы, составил 68+1,3 лет. В большинстве случаев это пациенты с отягощенным анамнезом, которым не всегда представляется возможным проведение оперативных вмешательств традиционным способом. В силу данного обстоятельства при острых хирургических абдоминальных заболеваниях широко используются видеохирургические вмешательства, методы интервенционной и внутрисветовой хирургии. В общей структуре экстренной хирургической активности подобные оперативные пособия начали занимать до 67%. Подобный подход к организации ургентной хирургической деятельности наряду с вопросами материально-технического обеспечения акцентирует внимание руководства лечебного учреждения на вопросах подготовки соответствующих кадров. Реалии деятельности обычной больницы, работающей в режиме оказания круглосуточной экстренной помощи в городе с 130-тысячным населением, определяют необходимость в постоянной доступности дежурных хирургов к методам ультразвуковой, рентгенологической и эндоскопической диагностики. Доступность диагностики методами спиральной компьютерной томографии в больнице решается в любое время суток за счет передачи цифровой информации из кабинета КТ врачу-рентгенологу по широкополосным каналам интернета. За счет такого подхода стало возможным использовать КТ в диагностике хирургической патологии в любое время суток. Доступность УЗ-диагностики была решена следующим образом: в составе дежурной хирургической бригады, состоящей из двух хирургов, травматолога и гинеколога, имеется специалист, прошедший подготовку и получивший соответствующий сертификат по УЗ-диагностике. Указанный организационный прием позволил применять ультразвуковую диагностику при острых заболеваниях в любое время суток без вызова из дома штатного специалиста. Кроме того, хирург, использующий ультразвуковой сканер, получает дополнительные диагностические и лечебные возможности: пункции жидкостных скоплений под ультразвуковым наведением, микродренирование абсцессов, полых органов, декомпрессии желчных путей и т.д. Нами отмечено, что информативность ультразвукового исследования, выполненного подготовленным хирургом при диагностике острых хирургических заболеваний, заметно выше, чем у врача, не имеющего хирургической практики. Вероятно, это объясняется тем, что хирург, выполнив УЗ-исследование и приступив к операции, имеет возможность сопоставлять ультразвуковую картину патологического процесса с макроскопической. Заметней всего данное обстоятельство проявилось в диагностике сложных случаев острого аппендицита. Ранее возможности данного метода в диагностике указанного заболевания мы оценивали весьма скромно, но участие хирурга в УЗ-диагностике острого аппендицита позволило открыть для нас

новые возможности данного метода, ранее казавшиеся сомнительными в плане информативности. Вышеописанный позитивный опыт с расширением доступности ультразвуковой диагностики, побудил включить в состав дежурной бригады также хирурга, подготовленного в области гибкой эндоскопии. Особенно это актуально при поступлении в больницу пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями, кишечной непроходимостью. Основу при оказании оперативной помощи пациентам с острыми хирургическими заболеваниями в нашей больнице составляют эндовидеохирургические технологии. Например, лапароскопический метод в хирургии острого холецистита в 2014 году использован в 98.1% случаев, при остром аппендиците – 64.3%, ушивании перфоративной язвы – 82.4%, острой кишечной непроходимости – 54.2%. Практически все хирурги освоили эндовидеохирургические технологии при основных острых хирургических абдоминальных заболеваниях. К работе ответственным дежурным хирургом допускается только врач, имеющий соответствующую подготовленность в области эндовидеохирургии. Данный подход потребовал «омоложения» хирургических кадров. Мы стремимся сформировать из молодого хирурга, так называемого, поливалентного специалиста, ориентированного на оказание экстренной хирургической помощи с использованием доступных диагностических и лечебных технологий из смежных областей практической медицины. Помимо первичной специализации, обучения на сертификационных курсах, участия в мастер-классах наши хирурги получают необходимые мануальные навыки на тренажерах, изготовленных своими силами. Следует признать, что в обучении молодых хирургов отмечены сложности, выражающиеся в том, что они приступают к активной хирургической деятельности с использованием видеохирургических методов, не пройдя соответствующую школу «традиционной, открытой» хирургии. В настоящее время уже стало затруднительным полноценно обучить молодого хирурга традиционной аппендэктомии, ушиванию прободной язвы, а холецистэктомия открытым способом становится очень редким событием (в нашей больнице 1-2 раза в год из мини-доступа с использованием лапароскопических инструментов). И если в настоящее время производится обучение эндовидеохирургическим технологиям с использованием виртуальных симуляторов, тренажеров, то, вероятно, подобные обучающие технологии будут скоро востребованы для обучения традиционной хирургии. В нашей больнице накоплен положительный опыт обучения молодых хирургов видеохирургическим технологиям, повышения диагностических и лечебных возможностей дежурных хирургических бригад за счет включения в их состав специалистов, подготовленных в области ультразвуковой диагностики, гибкой эндоскопии. Считаем данное направление в организации urgentной хирургической помощи в городских и районных больницах рациональным.

331. Эндоскопия в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений

Черкасов М.Ф.(1), Дегтярев О.Л.(1), Турбин М.В.(2), Лагеза А.Б.(1), Чувилов М.И.(2), Манасян А.А.(2)

Ростов-на-Дону

1)ГБОУ ВПО РостГМУ, кафедра хирургических болезней ФПК и ППС, 2)МБУЗ ГБСМП г.Ростова-на-Дону.

Цель. Для совершенствования и упрощения дифференцированного подхода к тактике лечения язвенных гастроудоденальных кровотечений авторами разработан алгоритм лечебно-диагностических мероприятий. Самая важная роль отведена при этом эндоскопической остановке и профилактике рецидива кровотечения. Освещены показания, методы и результаты эндоскопической остановки язвенных гастроудоденальных осложнений (ЯГДК). Материалы и методы. Представлен опыт лечения 639 больных с язвенными гастроудоденальными кровотечениями в Городской больнице скорой медицинской помощи г. Ростова-на-Дону за 2011-2015 годы. Мужчины составили 79,1%, женщины – 20,9%. Язвенный анамнез выявлен у 73% пациентов, у 27% - кровотечение явилось первой манифестацией язвенной болезни. Все пациенты получили адекватное обследование в объеме осмотра, клинического и биохимического анализов крови и мочи, ультразвуковых, рентгенологических и эндоскопических методов диагностики. По степени кровопотери, согласно классификации А.И.Горбашко (1974), больные распределились следующим образом: легкая степень – 28%, средняя – 39,1%, тяжелая – 32,9%. Источник кровотечения локализовался в двенадцатиперстной кишке в 59%, в желудке – в 41% случаев. Продолжающееся кровотечение из язвы (Forrest 1a,b) при поступлении выявлено у 20,7% больных, в 45% случаев активность кровотечения была оценена как Forrest 2a,b,c и в 34,3% случаев признаков кровотечения на момент исследования в выявленном язвенном дефекте не обнаружено (Forrest 3). Показания к оперативному лечению определяли согласно разработанному нами алгоритму лечебной тактики при ЯГДК и разработанных критериев высокого риска рецидива кровотечения. Из средств эндоскопической остановки кровотечения (ЭОК) использовали введение в область язвенного дефекта спирт-адреналиновой смеси, а также монополярная и аргоноплазменная коагуляции (АПК). Тактика врача-эндоскописта заключается в выборе метода гемостаза в зависимости от классификации источника кровотечения по Forrest (1974). В случаях кровотечения, соответствующего F 1A-1B применяли сочетание инъекционного метода (как наиболее доступного и способного остановить или снизить интенсивность кровотечения на первом этапе) и одного из коагуляционных методов гемостаза. При видимом кровоточащем сосуде использовали монополярную коагуляцию, в остальных случаях – обрабатывали дефект слизистой АПК. При нестабильном гемостазе F 2A, 2B в обязательном порядке профилакировали рецидив кровотечения. В случаях F 1A применяли один из методов коагуляционного гемостаза, при F 2B выполняли подслизистую инъекцию спиртадреналинового раствора, полностью или частично удаляли сгусток крови, визуализировали источник кровотечения, использовали один из способов коагуляционного гемостаза. После успешного эндоскопического гемостаза или профилактики рецидива кровотечения выполнялся плановый ФГДС-контроль через 6 часов. В случае рецидива кровотечения (наблюдался в 9,5% случаев) предпринимались попытки повторного эндоскопического гемостаза, позволившие завершить лечение 85% (52) больных с рецидивом кровотечения консервативно. Также эндоскопически был достигнут гемостаз у 5 пациентов при рецидиве кровотечения после лапаротомии, гастроудоденотомии и прошивания источника кровотечения, а также в 1 случае кровотечения из гастротомной раны. Эндоскопически окончательный гемостаз достигнут в 2011 году у 84% больных, а в 2015г. – у 89% больных. Данному факту способствовало комбинированное применение нескольких способов эндоскопического лечения при наличии современного оборудования и обученного персонала на фоне адекватной противоязвенной медикаментозной терапии. Общая летальность за 5 лет – 7,7 %. Заключение. Главенствующую роль в остановке ЯГДК имеют эндоскопические методы гемостаза, успешность которых зависит от комбинированного их применения в соответствии с разработанным алгоритмом диагностики и лечения больных.

332. Тактика хирургического лечения при язвенных гастродуоденальных кровотечениях

Черкасов М.Ф.(1), Дегтярев О.Л.(1), Лагеза А.Б.(1), Бондаренко В.А.(2), Турбин М.В.(2)

Ростов-на-Дону

1)ГБОУ ВПО РостГМУ, кафедра хирургических болезней ФПК и ППС, 2)МБУЗ ГБСМП г.Ростова-на-Дону

Цель. С целью совершенствования и упрощения дифференцированного подхода к тактике лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений (ЯГДК) авторами разработан алгоритм лечебно-диагностических мероприятий, а также выделены клинико-лабораторные и эндоскопические критерии высокого риска кровотечения. Несмотря на главенствующую роль эндоскопических методов лечения ЯГДК, важен хирургический подход к данной проблеме. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 639 пациентов с ЯГДК, находившихся на лечении в хирургическом отделении МБУЗ «Городская больница скорой медицинской помощи» г.Ростова-на-Дону с 2011 по 2015г. Эндоскопически окончательный гемостаз достигнут у 84% больных с ЯГДК в 2011г., и в 89% - в 2015г. Оперировано, соответственно, 16% и 11% пациентов. Показаниями к экстренной операции является безуспешность эндоскопического гемостаза при активном кровотечении Forrest IA, IB, а также рецидиве кровотечения после первичного или повторного комбинированного эндоскопического гемостаза. Тактика лечения каждого отдельного больного определялась согласно разработанному нами алгоритму лечебной тактики при ЯГДК, учитывающий эндоскопические и клинико-лабораторные показатели высокого риска рецидива кровотечения. Мы выделяем следующие дополнительные критерии высокого риска рецидива кровотечения, объединенные нами в 4 группы: – Клинико-лабораторные: 1. Клинические признаки геморрагического шока, обильная рвота кровью, обильная многократная мелена, уровень гемоглобина ниже 50г\л при поступлении в стационар 2. Возраст пациента более 60 лет, наличие тяжелой сопутствующей патологии – Эндоскопические: 1. Локализация язвы в проекции крупных сосудов (задняя стенка луковицы 12 перстной кишки, высокие желудочные язвы по малой кривизне). 2. Язвенный дефект более 1,3 см в желудке и 0,8 см в ДПК, наличие других осложнений язвенной болезни (пенетрация, стеноз). Наличие у больного сочетания любых двух из четырех групп критериев после контрольной ФГДС через 12-24 часа является показанием к срочному оперативному лечению. В структуре оперативных вмешательств преобладают органосохраняющие операции: 1. Лапаротомия, иссечение язвы желудка, двенадцатиперстной кишки с пилоропластикой –47,8 %. 2. Дистальные резекции желудка - 6,5 %. Выполнены у больных с сочетанием нескольких осложнений язвенной болезни. 3. Лапаротомия, гастро-, дуоденотомия, прошивание источника кровотечения - 20,9%. Произведены при крайне тяжелом состоянии больных и высоким риском выполнения радикальных операций. 4. Методика видеоэндохирургического прошивания язвенного дефекта со стороны серозного слоя под эндоскопическим контролем – 24,8%. Применение данного метода оперативного лечения возможно при локализации язвы на передней стенке желудка или луковицы 12-ПК, а также при достаточной эндоскопической визуализации язвенного дефекта (отсутствие больших ступков, «слепков желудка»). Рецидив кровотечения не является абсолютным показанием к экстренному оперативному лечению. Встречался у 61 (9,5%) пациента. При наличии опытного эндоскописта, необходимого оборудования и комбинированном применении методов эндоскопического

гемостаза, повторная эндоскопическая остановка кровотечения позволила завершить лечение 52 (85 %) больных с рецидивом кровотечения консервативно. Послеоперационная летальность составила 23,8 %, общая – 7,7 %. Осложнения развились в 19 % случаев. Заключение. Таким образом, разработанный алгоритм, выделение критериев высокого риска рецидива кровотечения позволили определить дифференцированный подход к тактике лечения ЯГДК и добиться значительного улучшения результатов лечения данной патологии.

333.Лечения деструктивных форм острого аппендицита

Дегтярев О.Л.(1), Лагеза А.Б.(1), Загребя И.В.(1), Турбин М.В.(2)

Ростов-на-Дону

1) ГБОУ ВПО РостГМУ, кафедра хирургических болезней ФПК и ППС, 2) МБУЗ ГБСМП г.Ростова-на-Дону

Проведен ретроспективный анализ лапароскопического лечения 915 пациентов с острым деструктивным аппендицитом, осложненным аппендикулярным инфильтратом, абсцессом, перфорацией аппендикулярного отростка, местным и диффузным перитонитом для определения возможностей и эффективности лапароскопической аппендэктомии (ЛСАЭ) в лечении деструктивных форм острого аппендицита (ДОА). Хирургическое отделение МБУЗ ГБСМП г.Ростова-на-Дону обладает 20-летним опытом выполнения ЛСАЭ при различных формах ДОА. С 2010 по 2014гг. произведено 3020 ЛСАЭ пациентам с острым деструктивным аппендицитом. Из них у 467 пациентов (51%) наблюдался рыхлый аппендикулярный инфильтрат, в 305 случаях (33%) – аппендикулярный абсцесс, у 247 больных (27%) – перфорация червеобразного отростка и у 320 пациентов (35%) – местный и диффузный перитонит. Все операции произведены под эндотрахеальным наркозом с использованием стандартного операционного набора. Точки введения троакаров: параумбиликально – 10 мм, в правой и левой подвздошных областях – 5 мм. Антеградная аппендэктомия выполнена в 83 %, ретроградная – в 17 % случаев. Брызжейку червеобразного отростка пересекали после биполярной коагуляции. Культю обрабатывали лигатурным методом петель Редера. В обязательном порядке выполняли демукозацию культи коагуляцией слизистой оболочки. Отсеченный аппендикулярный отросток удаляли через контрапертуру, предварительно поместив его в пластиковый контейнер. При местном и диффузном перитоните осуществляли санацию брюшной полости растворами антисептиков. Дренирование малого таза и правого латерального канала выполняли через отдельную контрапертуру над крылом подвздошной кости среднеподмышечной линии. Показанием к конверсии считали отсутствие динамики хода операции, технические сложности в разделении инфильтрата и обработки культи отростка (тифлит, ампутация отростка, деструкция его основания). Конверсия составила 30 (3,2%) случаев. Время операции составило от 30 до 110 мин, в среднем – 47,2 мин. Продолжительность стационарного лечения – 10,4 суток. Летальных исходов не было. Осложнения встречались в 44 (4,8 %) случаях. Послеоперационные абсцессы правой подвздошной области наблюдались у 6 пациентов, потребовали повторной лапароскопии (в 4 наблюдениях), лапаротомии (у 2 больных), ревизии и дренирования. Инфильтраты области купола слепой кишки, разрешенные консервативно, выявлены в 18 наблюдениях, нагноения и абсцессы

контрапертурной раны, потребовавшие дополнительного дренирования имелись у 9 больных. Толстокишечный свищ, закрывшийся консервативно, наблюдался у 3 пациентов. Ранняя спаечная послеоперационная кишечная непроходимость на фоне пареза кишечника выявлена у 5 больных (в 4 случаях разрешена лапароскопически). Противопоказаниями к ЛСАЭ считаем плотный аппендикулярный инфильтрат, разлитой перитонит и необходимость ручной обработки культи червеобразного отростка. При разделении плотного конгломерата с использованием эндохирургического оборудования ведет к повреждению органов, а во втором случае требуется адекватная ревизия, санация и дренирование брюшной полости с декомпрессией желудочно-кишечного тракта. ЛСАЭ при лечении осложненного ДОА является выполнимым и относительно безопасным вмешательством.

334. Торакоскопические технологии при травме груди у пострадавших в чрезвычайных ситуациях и дорожно-транспортных происшествиях в г. Ростов-на-Дону

Черкасов М.Ф., Саркисян В.А., Андреев Е.В. Лагеза А.Б.

Ростов-на-Дону

1) ГБОУ ВПО РостГМУ, кафедра хирургических болезней ФПК и ППС, 2) МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону, отделение гнойной хирургии

Внедрение торакоскопии при травме груди у пострадавших в чрезвычайных ситуациях и дорожно-транспортных происшествиях является перспективным направлением в повышении качества медицинской помощи населению. Пациенты с травмами области груди составляют от 10 до 27% в структуре стационаров общехирургического и травматологического профиля. Лечение пострадавших с травмой груди отличается длительностью, большим количеством гнойно-септических осложнений (до 20%), и высокой летальностью (до 30%). Торакоскопия эффективна в выявлении повреждений в 98%, эвакуации гемоторакса – 90%, остановке кровотечения – 82% наблюдений, в 62% наблюдений удается избежать торокоскопии. В настоящее время показания к торакотомии и торакоскопии четко определены (Жестков К.Г. 2005-2010., Дегтярев О.Л. 2013-2015). Проведен анализ результатов лечения 794 пациентов. Клиническая группа I – обследованные и пролеченные без применения торакоскопии; клиническая группа II – обследованные и пролеченные с применением лечебно-диагностической торакоскопии. В I группе пациентов с закрытой травмой груди было 284. Шок осложнял закрытую сочетанную травму груди у 81,7% пострадавших. Чаще встречался шок II степени – 38,7%, шок I степени отмечен в 30,3% случаях, шок III степени отмечен у 12,7% пациентов. В I группе при торакотомии гемостаз продолжающегося внутрисплеврального кровотечения выполнен в 6,0% случаев; удаление свернувшегося гемоторакса без продолжающегося внутрисплеврального кровотечения в 5,3% случаев; реторакотомии в связи с продолжающимся внутрисплевральным кровотечением в 1,4% наблюдений; санационных, реторакотомий – 1,4%. У 12,7% развились осложнения, при осложненном течении закрытой травмы грудной клетки в 2,8% выполнены реторакотомии. Во II группе пациентов с закрытой травмой груди было 338 человек. Больных с множественными и флотирующими переломами ребер 78,1%. В состоянии шока различной степени поступило 72,2% пострадавших. I степень шока отмечена у 53,3% пациентов, II степень – 14,8%, III степень – 4,1%.

При закрытой травме груди во II группе торакотомия выполнена в 3,6%, тракоскопия – 94,0%. Из них лечебная у 27,8% пациентов, диагностическая в 66,3% наблюдениях. Кровотечение из небольших разрывов легкого в 15,4% останавливали коагуляцией, ушивание герниостеплером выполнено у 12,4%, миниторакотомия под контролем тракоскопии – 5,9%. Эффективность лечебных манипуляций, выполненных в ходе тракоскопии у пациентов II группы с закрытой травмой груди составила в среднем 82,4%. I группа включала 80 пациентов с ранениями груди. При поступлении у 85,0% пациентов I группы с ранениями груди отмечен шок. Наиболее часто встречался шок I степени. При ранениях области груди в I группе были выполнены следующие оперативные вмешательства: торакотомия, реторакотомия, гемостаз продолжающегося внутривисцерального кровотечения, удаление свернувшегося гемоторакса без продолжающегося внутривисцерального кровотечения, санационная реторакотомия. Всего в I группе осложнения после торакотомий отмечены в 62,5%. Использование тракоскопии в диагностике и лечении пострадавших с политравмой области груди позволяет более оперативно и точно оценивать тяжесть внутригрудных повреждений, планировать хирургическую тактику, выполнять экстренные торакотомии только по абсолютным показаниям, избежать диагностических торакотомий и санационных реторакотомий. Выполнять операции одновременно на нескольких поврежденных сегментах. У пациентов с ранениями грудной клетки уменьшить количество торакотомий, тем самым повысить качество оказания специализированной помощи пострадавшим с травмой груди на фоне политравмы.

335.Способ создания операционной полости в предбрюшинном пространстве при выполнении эндоскопической тотальной предбрюшинной герниопластики.

Черкасов М.Ф., Дегтярев О.Л., Шестаков А.М., Кошкин Р.В., Мамедов Ф.Б.(2)

Ростов-на-Дону

- 1) Ростовский Государственный Медицинский Университет, Кафедра хирургических болезней №4,
- 2) хирургическое отделение МБУЗ ЦРБ Веселовского района Ростовской области

Одним из ключевых моментов успешного выполнения эндоскопической тотальной предбрюшинной герниопластики (ТЕР) при лечении паховой грыжи является создание первичной операционной полости в предбрюшинном пространстве. Адекватная полость позволяет выполнить прочие этапы операции безопасно и технически правильно. Сегодня известны два способа выполнения операционной полости. Мы исследовали возможность создания операционной полости в предбрюшинном пространстве с помощью детского тубуса ректороманоскопа, изучили преимущества этого способа перед уже имеющимися. Цель исследования - определить практическую значимость и целесообразность использования тубуса ректороманоскопа для создания операционной полости при выполнении ТЕР операций. Материалы и методы: В течение 2014 и 2015 гг. в хирургическом отделении ЦРБ Веселовского района Ростовской области нами выполнены 19 операций ТЕР. Среди пациентов преобладали мужчины - 15 человек, возрастной диапазон варьировал от 27 до 71 года. Всем пациентам в предоперационном периоде выполняли УЗИ паховой области, старались отбирать прямые грыжи и небольшие косые (канальные). Все операции выполнены под ЭТН. В пяти случаях были

использованы баллоны-диссекторы фирмы Covidien, диссекция эндоскопом выполнена в восьми случаях, ректороманоскоп использовали 6 раз. На унилатеральной грыже стороне по нижнему краю пупочного кольца выполняли поперечный разрез до 2,0 см, рассекали поперечно передний листок влагалища прямой мышцы живота, отодвигали пальцем брюшко прямой мышцы, обнажая задний листок, вдоль которого книзу по касательной проводили корнцанг с тупфером или 10 мм эндоскопический проводник, в созданный тоннель проводили баллон-диссектор и, раздувая его, получали операционную полость. Безбаллонная техника - после создания тоннеля в предбрюшинное пространство заводили лапароскоп и им выполняли разделение рыхлой соединительной ткани, создавая полость. После этого операцию продолжали общепринятой методикой - постановка рабочего 5 мм троакара по средней линии на 5-8 см над лоном, диссекция в латеральном направлении вдоль подвздошно-лонного тракта, постановка второго троакара 5 мм в подвздошной области на стороне грыжевого выпячивания с последующей диссекцией грыжевого мешка. Установка сетчатого протеза "Линтекс-Эсфил" 10x15 см выполнялась без фиксации (только в 4 случаях использовали 5 мм герниостеплер "Гера" - при размере грыжевой "пещеры" более 4 см, три точки фиксации - по медиальному краю сетки). Результаты: Продолжительность операции варьировала от 45 до 90 мин. Одна конверсия в TAPP в группу не включена (перфорация брюшины баллоном-диссектором). В ближайшем послеоперационном периоде нами осложнений отмечено не было. Пациенты находились на стационарном лечении от 3-х до 10 суток. Выводы: анализируя выполненные операции, пусть и на малом материале (объем нашей выборки не может быть репрезентативным - всего 19 операций), отметим, что использование баллона-диссектора удобно и быстро, но у нас в одном случае произошла перфорация брюшины, баллон расправили в брюшной полости, что заставило выполнить TAPP операцию. Трудно определить, произошла ли перфорация во время тоннелирования тканей корнцангом в марлевым шариком, либо уже при проведении баллона-диссектора в предбрюшинное пространство (пластиковый проводник используемых нами баллонов-диссекторов имеет крестовидные грани с острыми углами). Стоимость баллона-диссектора не позволяет выполнять такую операцию рутинно в условиях сельской ЦРБ. Использование слепой диссекции 10 мм проводником, а затем эндоскопом, произведенные в большинстве наших операций (8 случаев) показали свою простоту и удобство, но один случай, заставил нас искать новые пути решения создания предбрюшинной полости, а именно - сдвигая эндоскоп латерально от средней линии, мы прошли поверхностнее нижних надчревных сосудов. Удалось избежать их повреждения, обойти снизу и выполнить операцию запланированным путем. Операции, когда мы использовали ректороманоскоп прошли без каких-либо трудностей. Округлая олива, плавные контуры среза тубуса, а также его диаметр позволили без каких-либо осложнений выполнить полость и продолжить операцию. Латеральная диссекция с помощью ректороманоскопа выполнялась под видеоконтролем - это позволяет правильно выполнить необходимую плоскость

336.РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАНКРЕАТО-БИЛИАРНО-ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ.

Комарова Т.И., Мерсаидова К.И., Нишневич Е.В.

Екатеринбург

МАУ ГКБ№ 40, г. Екатеринбург, кафедра хирургических болезней ФПК и ПП УГМУ.

Изучен пятилетний опыт лечения 1221 пациентов в возрасте от 24 лет до 98 лет, у которых хирургический этап лечения начинали с выполнения транспапиллярных вмешательств. Вмешательства были предприняты по поводу следующих неотложных состояний: осложнения холедохолитиаза (механическая желтуха, обтурационный гнойный холангит, билиарный некротизирующий панкреатит) – у 1064 пациентов (87%), urgentных осложнений онкологических заболеваний панкреато-дуоденальной зоны у 157 больных (13%). Было выполнено 1310 чреспапиллярных вмешательств: ЭРХПГ ЭПСТ с холедохолитоэкстракцией – 994 операции, ЭРХПГ ЭПСТ с аденомэктомией - 4, ЭРХПГ ЭПСТ с установкой пластиковых стентов - 21, ЭРХПГ ЭПСТ с установкой саморасширяющихся стентов – 8, ЭРХПГ с баллонной дилатацией холедоха- 4 вмешательства. Результаты. У 942 (77%) больных из 1221 чреспапиллярные вмешательства были выполнены в соответствии с намеченным объемом и позволили купировать неотложное состояние. В 103 случаях (10%) были отмечены интра- и послеоперационные осложнения. У 48 пациентов (4,1%) мы наблюдали кровотечение легкой степени из зоны папиллотомного разреза. У 41 больного (4%) после чреспапиллярных вмешательств были отмечены явления панкреатита. У 9 (0,9%) пациентов вмешательство осложнилось вклиниванием в просвет холедоха корзинки с камнем, что потребовало выполнения открытого оперативного вмешательства. Продолженный холангит тяжелой степени вследствие неадекватного дренирования билиарного тракта наблюдали у трех пациентов (0.3%). Ретродуоденальная перфорация холедоха тяжелой степени произошла у двух больных (0,2%). В 279 случаях (23%) выполнить транспапиллярное вмешательство в намеченном объеме не удалось. У 164 больных (59%) причинами неудач послужили технические трудности при катетеризации холедоха и выполнении ЭПСТ. У 115 больных (41%) не удалось выполнить холедохолитоэкстракцию из-за большого размера конкрементов. Выводы. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства являются эффективным звеном в лечении неотложных состояний у пациентов с патологией панкреато-билиарно-дуоденальной зоны. Тем не менее, по нашим данным эффективность транспапиллярных операций составила 77%. Для лечения urgentных заболеваний панкреато-билиарно-дуоденальной зоны необходим комплекс хирургических и эндоскопических технологий.

337.Эндоскопическая аргоноплазменная коагуляция при лечении острых гастродуоденальных кровотечений.

Ткачев А.В., Гопкало А.А.

Гуково Ростовская область.

МБУЗ «ЦГБ» г. Гуково Ростовская область

В последние годы при лечении острых гастродуоденальных кровотечений все большее значение получает эндоскопический гемостаз, в частности аргоноплазменная коагуляция (АПК). С 2012 года в хирургическом отделении используется метод АПК при лечении острых гастродуоденальных

кровотечений. С 2012 по 2015 год было пролечено 206 больных с острыми кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Среди причин кровотечений наиболее часто встречалась язвенная болезнь желудка и 12 п.кишки – 103 больных (50%). Причем кровотечения из язв 12 п.кишки отмечались в 4 раза чаще, чем из язв желудка. У 64 больных была эндоскопическая картина нестабильного гемостаза FI-FII (по классификации Forrest). Второй по частоте причиной кровотечения явился эрозивный гастродуоденит – 52 больных (25,2%). Третьей по частоте причиной кровотечения явились кровотечения из расширенных вен пищевода – 25 больных (12,1%). Синдром Мэллори-Вейса отмечался у 16 больных (7,7%). В 3-х случаях причиной кровотечения явился рак желудка, в 2-х – полип желудка. В 5-ти случаях источник кровотечения не был обнаружен, при наличии клинико-лабораторных данных за состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение. Следует отметить, что у 17 больных (8,2%), страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, кровотечение возникло на фоне длительного применения антикоагулянтов. АПК выполнено в 82 случаях (39,8%). Стойкий гемостаз достигнут в 76 случаях (92,6%). При нестабильном гемостазе в 6 случаях АПК выполнялось повторно. При достижении стабильного гемостаза проводился динамический ФГДС-осмотр. Сроки осмотра от 3-х до 24-х часов, в зависимости от локализации и исходного состояния источника кровотечения. Рецидив кровотечения после АПК произошел у 7 больных (8,5%) и наблюдался на 3-5 сутки, в одном случае рецидив кровотечения произошел на 12 сутки после АПК. Всем больным с рецидивом кровотечения выполнены «открытые» операции. 5-ти больным произведено ушивание язвы, 2-м больным – резекция желудка. Послеоперационная летальность составила 3,4 %. Выводы: эндоскопическая аргоноплазменная коагуляция (АПК) является высокоэффективным методом гемостаза, позволяющим в большинстве случаев добиться окончательной остановки кровотечения. Применение АПК позволяет значительно снизить количество «открытых» операций.

338. Применение видеолапароскопических гибридных спленэктомий у больных с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой

Быстров С.А., Каторкин С.Е., Шестаков Е.В., Бизярин В.О., Назаров Р.М.

Самара

ГБОУ ВПО "Самарский государственный медицинский университет"

При неэффективности консервативной терапии у больных с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой показана спленэктомия, которая дает стойкий клинический эффект у 65-85% больных. Клиника госпитальной хирургии СамГМУ более 30 лет занимается хирургической гематологией и обладает опытом более 500 лапаротомных спленэктомий. Однако традиционная спленэктомия сопровождается длительным пребыванием больных в стационаре, высоким процентом интраоперационных и послеоперационных осложнений, неудовлетворительными косметическими результатами. Наиболее частыми хирургическими осложнениями спленэктомии являются острый панкреатит, внутрибрюшное кровотечение, поддиафрагмальный абсцесс. Применение видеолапароскопических технологий позволяет значительно улучшить результаты лечения этой категории больных и повысить их качество жизни.

Однако эти операции нередко являются технически сложными для хирурга. Противопоказаниями к лапароскопической методике являются низкий уровень тромбоцитов (ниже $45-50 \cdot 10^9/\text{л}$), спленомегалия более 20 см, общие противопоказания для проведения лапароскопии. С 2014 года в клинике госпитальной хирургии внедрена видеолапароскопическая гибридная (мануально ассистированная) спленэктомия при лечении больных гематологического профиля. С нашей точки зрения, эта операция сочетает в себе все преимущества как видеолапароскопических, так и традиционных лапаротомных операций. Нами было выполнено 22 гибридные операции. Средний возраст больных – $45,4 \pm 5,4$ года, женщин было – 13, мужчин – 9. По поводу тромбоцитопении оперировано 17 пациентов, средний уровень тромбоцитов до операции $36 \pm 18,4 \cdot 10^9/\text{л}$, причем у 5 больных уровень тромбоцитов был ниже $10 \cdot 10^9/\text{л}$. Средний размер селезенки – $13,8 \pm 1,9$ см. У трех больных спленэктомия выполнена по поводу гемолитических анемий. Средний размер селезенки – $25,2 \pm 1,6$ см. Продолжительность операций – $84,6 \pm 12,7$ мин. Операция выполнялась в боковом латеральном положении больного на левом боку с валиком. Устанавливали три порта: 1- Hand-port, 2 порт (10 мм) для инсуффляции и видеосистемы с углом обзора 30° , 3 порт (15 мм) для введения рабочих инструментов – гармонических ножниц, клипера и сшивающего аппарата. Мобилизация селезенки осуществлялась с помощью ультразвуковых ножниц от нижнего полюса к верхнему по латеральной поверхности селезенки, отдельные сосуды клипировали и пересекали. Ножка прошивалась и пересекалась с помощью эндоскопического сшивающе-режущего аппарата с синей кассетой (длина шва 45 или 60 мм, высота скрепок 3,5 мм). Селезенку извлекали из брюшной полости через Hand-port. Обязательно проводили ревизию области ложа селезенки на предмет добавочных селезеночек, которые нами были выявлены у 2-х больных. Интраоперационная кровопотеря составляла $40,2 \pm 16,6$ мл. Во всех случаях мы оставляли контрольный дренаж в ложе удаленной селезенки, который удаляли на 2-3 сутки. Ни в одном наблюдении нами не отмечено интраоперационных или послеоперационных осложнений, у всех больных к моменту выписки уровень тромбоцитов достиг референтных показателей. Средняя длительность пребывания больных в стационаре составила $5,8 \pm 1,2$ дня. Течение послеоперационного периода у наших пациентов значительно отличалось от больных оперированных лапаротомным методом. После лапароскопической гибридной спленэктомии – минимальный болевой синдром, раннее удаление дренажа, максимально ранняя активизация и кормление пациентов, хороший косметический эффект. Таким образом, миниинвазивные технологии при выполнении спленэктомии позволяют значительно уменьшить процент осложнений и улучшить результаты лечения больных.

339. Лечебная видеолапароскопия при травме селезенки.

Гуляев А.А., Черныш О.А., Тарасов С.А., Кирсанов И.И., Драйер М., Резницкий П.А.

Москва

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского

Цель работы. Оценить возможность и целесообразность выполнения видеолапароскопической спленэктомии при травме селезенки. 1. Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 63 пациентов с травмой селезенки, которым была выполнена видеолапароскопическая спленэктомия за период с 2009 по 2015 годы. У всех пациентов имелась травма селезенки II и III

степени по классификации Американской ассоциации хирургов-травматологов (1994 год). Возраст пациентов составил $34,3 \pm 15,1$ лет, самому молодому пациенту было 16 лет, самому старшему - 67. Из них было 22 (34,9 %) женщины и 41 (65,1 %) мужчина. На этапе обследования в приемном отделении всем пациентам выполнялись ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства, рентгенография органов груди и живота, клинический анализ крови и мочи. При сомнительных данных о повреждении селезенки (по клиническим данным и данным ультразвукового исследования), выполнялась компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Тяжесть повреждений оценивалась по шкале Injury severity score и составила $20,7 \pm 4,2$. Тяжесть состояния оценивалась по шкале Revised trauma score и составила $7,722 \pm 0,520$. У 31 пациента (49,8 %) была II степень повреждения селезенки, у 32 (50,2 %) – III степень. Время от получения травмы до операции составило от 1,8 до 213 часов, в среднем $33,2 \pm 51,1$ часа (длительность в ряде случаев связана с поздним поступлением пациентов в стационар, либо с динамическим наблюдением пациентов с подкапсульной гематомой селезенки). Показаниями к видеолaparоскопической спленэктомии являлись повреждения селезенки II или III степени и отсутствие других повреждений органов брюшной полости, а также наличие подкапсульной гематомы селезенки с угрозой двухмоментного ее разрыва. Противопоказаниями считали тяжелый травматический шок, разлитой перитонит, предполагаемый объем гемоперитонеума более 1000 мл по данным ультразвукового исследования, клинко-инструментальные признаки повреждения полых органов брюшной полости. Результаты. Всего выполнено 63 видеолaparоскопических спленэктомий. Селезеночно-ободочная и селезеночно-желудочная связки пересекались при помощи ультразвукового аппарата Harmonic Ultracision или электролигирующего аппарата Ligasure. Селезеночная артерия и вена пересекались аппаратом Ligasure. Селезенка фрагментарно удалялась из брюшной полости в эндоконтейнере через один из троакарных вколов. Средний объем интраоперационной кровопотери $0,4 \pm 0,3$ литра. За время отработки техники операции среднее время операции уменьшилось с $173,3 \pm 18,5$ мин в 2009 г., до $99,0 \pm 12,8$ мин в 2014г. В 2-х случаях, в связи с активным кровотечением из разрывов селезенки, была произведена конверсия на лапаротомию. Видеолaparоскопический доступ позволил сократить сроки активизации пациентов более чем в два раза – с $78,4 \pm 5,5$ часов при открытом доступе, до $30,5 \pm 4,7$ часов. Средний койко-день сократился с $20,7 \pm 2,6$ до $13,4 \pm 1,7$. В послеоперационном периоде осложнений, связанных с эндохирургическим оперативным вмешательством и потребовавших дополнительных манипуляций, не отмечено. Заключение. Видеолaparоскопическая спленэктомия может являться альтернативой «открытой» спленэктомии у пациентов с повреждениями селезенки II и III степени.

340.Видеолaparоскопия при перфоративных язвах желудка и 12-перстной кишки в условиях перитонита.

Ярцев П.А., Лебедев А.Г., Кирсанов И.И., Македонская Т.П., Левитский В.Д.

Москва

НИИ СП им. Н.В.Склифосовского

Актуальность. Среди взрослого населения заболеваемость язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки составляет 2-25%. У 4,5-17% пациентов течение болезни осложняется перфорацией. При этом перитонит развивается в 54% случаев, что чаще всего является причиной осложнений и неудовлетворительных результатов лечения. Цель. Стандартизировать хирургическое вмешательство при перфоративной язве желудка и 12-перстной кишки, осложненной перитонитом. Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 247 больных с перфоративными язвами желудка и 12-перстной кишки за период с 2010г по 2015 годы. Средний возраст пациентов 46,9±3,5 года (17 – 93 лет), мужчин – 189 (76,5%), женщин – 58 (23,5%). Время от перфорации до поступления в стационар колебалось от 55 минут до 3,7 суток (среднее 3,4 часа). Тактику оперативного лечения определяли в зависимости от количества баллов по DEP-классификации, разработанной в институте (Патент №2465810 от 10.11.2012. Операцией выбора при перфоративных пилородуоденальных язвах, без сопутствующих осложнений язвенной болезни (стеноз, кровотечение, пенетрация), являлось ушивание перфорации, предпочтение отдавали лапароскопическому доступу. Противопоказанием к видеолапароскопическому ушиванию считали перитонит 9 и более баллов, а так же перфоративное отверстие 12-перстной кишки диаметром более 10мм и инфильтративным валом более 1,0см. Методику ушивания определяли в соответствии с классификацией в которой учитывали диаметр перфорации: ≤ 2мм – I степень; > 2 мм и ≤ 5 мм – II степень; > 5 мм и ≤ 10 мм – III степень; > 10 мм – IV степень и величину инфильтративного вала: ≤ 5 мм – А; > 5мм и ≤ 10мм – В; > 10мм – С. При перитоните от 3-х до 6 баллов, при соблюдении показаний, операцию выполняли из лапароскопического доступа; санацию брюшной полости осуществляли промыванием 800мл физиологического раствора; выполняли дренирование правого подпеченочного пространства и полости малого таза 2-х просветными дренажными трубками ТММК №6 и назогастральное дренирование. При DEP от 7 до 9 баллов – выполняли санацию физиологическим раствором 1600мл и дренирование правого подпеченочного пространства, полости малого таза и левого латерального канала, назогастральное дренирование. При DEP >9 баллов – выполняли санацию брюшной полости водным раствором хлоргексидина 400мл и 1600мл физиологического раствора, назоинтестинальную интубацию, дренирование правого подпеченочного пространства, полости малого таза, левого латерального канала, левого поддиафрагмального пространства. Результаты. За период с 2010 по 2015 года выполнено 212 эндохирургических вмешательств, из них 44(17,8%) больным установлены показания к конверсии при DEP>9, а в 203 (82,2%) наблюдениях выполнено видеолапароскопическое ушивание. «Z»-образным швом ушито было 121 перфоративные язвы, однорядным швом – 59, 2-х рядным швом – 23. Из них у 41 (20,2%) пациентов количество баллов перитонита было от 7 до 9, у 162 (79,8% - от 3 до 6 баллов). Отмечен один случай несостоятельности швов ушитой перфорации при превышении показаний (язва 1,5см с инфильтративным валом 1,0см - IVC), не потребовавший повторного оперативного вмешательства и 2 случая летального исхода, обусловленные тяжелой сердечно-сосудистой и легочной недостаточностью, на секции швы ушитой перфоративной язвы состоятельны, признаков перитонита нет. Заключение. Применение классификации DEP и критериев методики ушивания, позволяет стандартизировать подход к выбору операционного доступа и технике операции.

341. Лечение больных с первым эпизодом неспецифического спонтанного пневмоторакса

Олефиоров А.С., Адыширин-Заде Э.Э., Андреев И.С., Шадрин С.А.

Самара

ГБОУ ВПО Клиники СамГМУ минздрава России. Клиника факультетской хирургии

Заболеваемость спонтанным пневмотораксом не имеет тенденции к снижению. Из всех больных торакального профиля, поступающих в стационар в экстренном порядке 12,5% составляют больные со спонтанным пневмотораксом. Проблема лечения этих больных остаётся актуальной и по настоящее время, так как частота рецидивов, при традиционно используемых плевральных пункциях и дренированиях плевральной полости, достигает 35%. Цель исследования: оптимизировать тактику лечения пациентов с первым эпизодом неспецифического спонтанного пневмоторакса. Материалы и методы: Работа основана на результатах обследования и лечения 237 пациентов, поступивших в стационар в сроки от 1 часа до 5 суток от момента развития первого эпизода спонтанного пневмоторакса. Все больные находились на лечении в период с января 2005 года по ноябрь 2014г. Среди них было 216 (91%) мужчин и 21 (9%) женщин. Средний возраст пациентов составил: мужчин – 36 лет, женщин – 48 лет года. У всех больных первоначально был установлен диагноз – спонтанный пневмоторакс. Правосторонний составил – 59,9%, левосторонний – 38,4%, двухсторонний – 1,7%. Обследование заключалось в физикальном исследовании, полипозиционном рентгенологическом исследовании, ультразвуковом исследовании, компьютерной томографии лёгких. В зависимости от метода окончательного устранения пневмоторакса все пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу (131 человек) составили пациенты, к которым была применена «консервативная» тактика. Вторую группу (106 человек) составили пациенты, у которых была применена активная хирургическая тактика. Результаты исследования: У пациентов первой группы расправление лёгкого было достигнуто в среднем за 7,3 суток. Из 106 пациентов второй группы видеоторакоскопия выполнена 104. Двум пациентам потребовалась конверсия в торакотомию. Показанием к торакотомии явились верифицированные по КТ буллы 3 типа по классификации Wakabayashi. Объём операции заключался в атипичной резекции изменённого лёгкого дополненной париетальной плеврэктомией. При отсутствии видимых изменений в лёгком выполнялась париетальная плеврэктомия. В ранний послеоперационный период осложнения развились у 4 человек (5,19%) второй группы. У 2 - внутриплевральное кровотечение, что потребовало экстренной торакотомии. И у 2 – длительно существующий (более двух суток) сброс воздуха по дренажам из плевральной полости. После операций расправление лёгкого и удаление дренажей было достигнуто в среднем за 5,15 суток. В сроки наблюдения от одного месяца до двух лет рецидив пневмоторакса развился: в первой группе у 24 человек (21,6%), во второй группе у 4 человек (5,19%). Заключение: Хирургическое лечение первого эпизода спонтанного пневмоторакса, по сравнению с «консервативной» тактикой, следует признать оптимальным методом лечения, позволяющим в короткие сроки расправить лёгкое и снизить общую частоту рецидивов с 21,6% до 5,19 %. Видеотракоскопическая париетальная плеврэктомия при макроскопически неизменённом лёгком у пациентов с первичным спонтанным пневмотораксом может являться операцией выбора, обеспечивая хороший противорецидивный эффект.

342. Осложнения при торакоскопическом лечении спонтанного пневмоторакса

Нечай В.С., Д.А. Дорофеев, А.С. Петнюнас, В.Ю. Данилов.

Тула

Тульская областная клиническая больница

Актуальность. В хирургическом лечении буллезной эмфиземы легких и спонтанного пневмоторакса видеоторакоскопические методы имеют преимущества над традиционными. В хирургическом торакальном отделении Тульской областной клинической больницы (ТОКБ) торакоскопические технологии при лечении указанной патологии внедрены с 1995 года. Внедрение в практику новых методов лечения обусловило необходимость выработки тактики ведения больных при возникновении специфических для торакоскопической хирургии осложнений. В 2014 году были приняты Национальные клинические рекомендации по лечению спонтанного пневмоторакса, рекомендуемые выполнение тотальной плеврэктомии. Цель. Сравнить частоту и характер осложнений после различных операций торакоскопическим и открытым доступом по поводу спонтанного пневмоторакса. Материалы и методы. С января 2011 по декабрь 2015 гг. в хирургическое торакальное отделение ТОКБ поступило 236 пациентов со спонтанным пневмотораксом в возрасте от 17 до 76 лет, мужчин было 168 (67%), женщин - 68 (33%). У 19 (8%) поступивших пневмоторакс был рецидивирующим. У 85 (39%) пациентов после первичного дренирования плевральной полости легкое расправилось и дальнейшей операции не потребовалось. В эту же группу вошли пациенты, отказавшиеся от дальнейшей плановой операции, а также больные с высоким операционно-анестезиологическим риском, которым оперативное лечение не предлагалось. Остальные 143 (61%) пациента были прооперированы. Из 143 пациентов 14 (9,7%) первично выполнена торакотомия в следствие анатомических причин (ранее перенесенное вмешательство на грудной клетке) или осложненного течения заболевания (свернувшийся гемоторакс, эмпиема плевры с бронхо-плевро-торакальным свищом). У 10 пациентов этой группы отмечены осложнения послеоперационного периода (71%) - плеврит (6 пациентов (42,6%), нагноение раны (2 - 14,2%), формирование свернувшегося осумкованного гемоторакса (2 - 14,2%), формирование остаточной плевральной полости у 1 (7,1%) пациента. Послеоперационная летальность составила 7,1% - 1 пациент умер от гнойных осложнений на фоне выраженной ХОБЛ. Остальным 128 пациентам выполнены видеоторакоскопические вмешательства. До принятия Национальных клинических рекомендаций выполнялись коагуляция булл, аппаратная краевая резекция буллезных участков легкого, субтотальная плеврэктомия, скарификация плевры в ее трудноудаляемых участках и химический плевродез. По этой методике прооперировано 103 пациента. Средняя продолжительность операции составила 82+/-21 мин. У 43 (41,7%) послеоперационный период протекал гладко, средний койко-день составил 7,8+/-1,3 к/д. У 60 (59,3%) пациентов послеоперационный период протекал с осложнениями, среди которых: плеврит у 20 (19,5%) пациентов, формирование остаточной полости - у 10 (9,7%), эмпиема плевры с формированием бронхо-плеврального свища с самостоятельным закрытием - у 5 (4,9%), нагноение ран - у 4-х (3,8%), свернувшийся гемоторакс - у 4-х (3,8%). В одном случае (субтотальный гемоторакс у пациента с разрывом буллы и нарушением свертывающей системы крови) потребовалась конверсия. Средний койко-день составил 18,5+/-6,3 к/д. Летальных исходов не было. После принятия Национальных клинических рекомендаций с июля 2014 г. методом лечения стала аппаратная краевая резекция буллезно-измененных участков легких, тотальная плеврэктомия от купола плевральной полости до диафрагмы с предварительной субплевральной гидравлической препаровкой. Средняя продолжительность операции составила

68+/-13 мин. Прооперировано 25 пациентов. Осложнения развились у 7 пациентов (28%): плеврит - у 2-х (8%), нагноение раны - у 1-го (4%), эмпиема плевры с формированием бронхо-плеврального свища с самостоятельным закрытием - у 1-го (4%), формирование остаточной полости - у 1-го (4%), формирование свернувшегося осумкованного гемоторакса, удаленного пункционно - у 1-го (4%). В данной группе нами отмечена длительная (до 5 суток) послеоперационная гипертермия у 43% больных, причины которой при проведении дополнительного комплексного дообследования выявлены не были, и, по-видимому, связаны с системной воспалительной реакцией организма в ответ на плеврэктомию. Гипертермия купировалась НПВС в стандартных дозах, Летальных исходов не было. Рецидивов пневмоторакса не отмечено. Средний койко-день составил 6,7+/-1,3. Результаты и обсуждения. Проведение тотальной плеврэктомии не увеличило количество послеоперационных осложнений. Гипертермия после плеврэктомии требует дальнейшего изучения.

343. Опыт применения сшивающих аппаратов в лечении больных со спонтанным пневмотораксом

Олефилов А.С.

Самара

ГБОУ ВПО Клиники СамГМУ Минздрава России. Клиника факультетской хирургии.

Значительный прогресс в области видеотехнологий и совершенствование эндоскопических хирургических инструментов, наряду с развитием степлер – техники, обусловили бурное развитие торакокопии. При лечении больных со спонтанным пневмотораксом область применения этой техники на сегодняшний день включает в себя адгезиолиз, резекцию булл и небольших периферических образований, биопсию плевры и легкого. Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов с неспецифическим спонтанным пневмотораксом, посредством применения сшивающих аппаратов. Материалы и методы: Работа основана на результатах обследования и лечения 117 пациентов, поступивших в стационар в сроки от 1 часа до 5 суток от момента развития спонтанного пневмоторакса. У 99 пациентов данный эпизод пневмоторакса был первый. Все больные находились на лечении в период с января 2005 года по ноябрь 2014г. Среди них 91% составляли мужчины и 9% женщины. Средний возраст пациентов составил: мужчин – 36 лет, женщин – 48 лет. У всех больных первоначально был установлен диагноз – спонтанный пневмоторакс. Правосторонний составил – 59,9%, левосторонний – 38,4%, двухсторонний – 1,7%. Обследование заключалось в физикальном исследовании, полипозиционном рентгенологическом исследовании, ультразвуковом исследовании, компьютерной томографии лёгких. Все эти больные были прооперированы. Результаты исследования: Из 117 пациентов видеоторакокопия выполнена 115, из которых 14 (12,2%) выполнена видеоторакокопическая парietальная плеврэктомия, 69 (60%) пациентам – видеоассистированная атипичная резекция легкого посредством аппарата УО – 40, УО – 60, 32 (27,8%) – эндоскопическими сшивающими аппаратами типа Endo GIA Universal, ECHELON 60. 3 пациентам потребовалась конверсия в торакотомию. Объём операции заключался в атипичной резекции изменённого лёгкого дополненной парietальной плеврэктомией. При отсутствии видимых изменений в лёгком выполнялась парietальная плеврэктомия. Пациенты были условно разделены на 2 группы, согласно способам

резекции легкого. 1 группу составили пациенты, которым резекция была выполнена посредством аппарата УО – 40, УО – 60. Вторую группу составляют больные, оперированные с применением эндоскопических сшивающих аппаратов типа Endo GIA Universal, ECHELON 60. В результате анализа выполненных вмешательств получены следующие результаты: в первой группе средняя продолжительность операции составила 75 минут, во второй же группе среднее время, затраченное на операцию, было 70 минут. Разница статистически недостоверна. Вне зависимости от примененного метода резекции, полное расправление легкого было достигнуто у всех пациентов. Заключение: Внеплевральная и внутривнеплевральная атипичная резекция лёгкого у больных со спонтанным пневмотораксом не различается как по времени выполнения, так и по результатам выполненных вмешательств.

344.3D ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ – ПЕРВЫЙ ОПЫТ

Рустамов Э.Г., Рустамов Г.А., Тагиев С.Э., Алиев М.С.

Баку

Центральная Больница Моряков Каспийского Морского Пароходства

В настоящее время продолжается широкое применение мини-инвазивных хирургических вмешательств не только на висцеральных органах, но и при различных заболеваниях всего организма. Преимущество эндоскопической хирургии является общеизвестным фактом. Для хирурга, эндоскопическая хирургия, кажется более напряженной, чем открытая операция. Отсутствие стереоскопического зрения на дисплее (2D) является одним из недостатков этого метода и создает значительные трудности для эндохирурга, который выполняет операций. Отсутствие стереоскопического зрения на дисплее 2D вызывает визуальные ошибочные состояния, основанной с потерей глубины восприятия. Целью настоящей работы является оценки преимущества 3D лапароскопии по сравнению с обычной 2D лапароскопией во время операции лапароскопической холецистэктомии. Материал и методы: в данном исследовании были сформированы две группы, всего 10 больных в каждой группе, оперированные с одной бригадой хирургов. В группу А были включены пациенты, которые были прооперированы с использованием 3D визуализацией. Группа Б состояла из лапароскопически оперированных больных по 2D технологии. Обе группы сравнивали с точки зрения продолжительности оперативного вмешательства и качества изображений. Результаты: Интервал продолжительности операции для группы А значительно меньше ($12 \pm 3,5$ мин.), по сравнению с группой Б ($23 \pm 5,1$ мин.). Кроме того, отмечается высокое качество изображения при использовании системы 3D технологии, особенно с точки зрения восприятия глубины измерений. Заключение. Трехмерная лапароскопическая холецистэктомия по своему качеству изображения и по продолжительности хирургического вмешательства значительно превосходит стандартную 2D операцию. Широкое применение данной технологии в клинической практике в дальнейшем будет способствовать сокращению интраоперационных осложнений при лапароскопической хирургии.

345. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РАДИКАЛЬНАЯ АНТЕГРАДНАЯ ПЕРЕДНЯЯ ПАНКРЕАТОСПЛЕНЭКТОМИЯ ПРИ ПРОТОВОКОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЕ ТЕЛА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Карачун А.М., Пелипась Ю.В., Сапронов П.А., Козлов О.А., Асадчая Д.П.

Санкт-Петербург

ФГБУ "НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова"

Протоковая аденокарцинома тела и хвоста поджелудочной железы относится к числу наиболее агрессивных опухолей, отличающихся высокой частотой рецидивов после «радикальных» резекций. Стандартом лечения потенциально курабельного рака тела и хвоста поджелудочной железы является расширенная дистальная субтотальная резекция поджелудочной железы со спленэктомией. Традиционный латеромедиальный подход при выполнении такого рода вмешательства сопровождается высоким риском R1 резекции (положительный периферический или тангенциальный край). В 2003 году для решения этой проблемы предложена методика радикальной антеградной модулярной панкреатоспленэктомии (RAMPS). Модулярность этой процедуры заключается в том, что в зависимости от местного распространения опухоли она может быть передней (плоскость резекции кпереди от левого надпочечника и преренальной фасции) и задней (плоскость резекции кзади от левого надпочечника). Оперативное вмешательство начинается с выделения и пересечения поджелудочной железы в области ее перешейка, обработки селезеночной артерии у основания и селезеночной вены у ее устья, а также диссекции 9 группы лимфатических узлов. Далее плоскость диссекции продолжается в медиолатеральном направлении вдоль или позади фасции Героты в направлении ворот селезенки. Цель этой видеодемонстрации заключается в представлении возможности выполнения радикальной антеградной передней панкреатоспленэктомии по поводу протоковой аденокарциномы тела поджелудочной железы из лапароскопического доступа.

346. Лапароскопическое ушивание перфоративных гастродуоденальных язв: наш опыт

Кириенко А.И. (1), Сон Д.А. (1), Лебедев И.С. (2), Балашов А.В. (1), Андрияшкин А.В. (1), Шуляк Г.Д. (1)

Москва

1) РНИМУ им. Н.И. Пирогова 2) ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова

В 2014 г. в России зарегистрированы 19 331 пациент с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Большая часть из них (19 007) были оперированы. Общая летальность при этом осложнении язвенной болезни составила 10%, а среди оперированных – 8,9%. Это указывает на необходимость улучшения своевременной диагностики и способов оперативного лечения перфоративных язв. Цель исследования: Оценить эффективность лапароскопических

методик при лечении перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Материалы и методы: В клинике за 2014 – 2015 годы лапароскопическое ушивание перфоративных язв гастродуоденальной зоны выполнено 51 пациенту. Среди них было 16 женщин (31%) и 35 мужчин (59%) в возрасте от 18 до 87 лет (средний возраст – 43,2 года). Срок заболевания составлял от 2 до 24 часов (средний срок – 7 часов). Прободная язва желудка выявлена у 26 (51 %) больных, двенадцатиперстной кишки – у 25 (49%). Местный перитонит диагностирован в 16 случаях (31%), распространённый – в 35 (69%). Диаметр перфорации составлял от 2 до 30 мм (в среднем – 4,6 мм). Всем больным выполнено лапароскопическое ушивание перфоративной язвы, санация и дренирование брюшной полости. При размере перфоративного отверстия 2 мм и менее использовали один "П-образный" шов (14% наблюдений), при дефекте стенки от 2 до 5 мм – однорядный шов (76%), более 5 мм – двухрядный шов (8%), а также в одном случае (2%) большой (30 мм) перфорации хронической каллезной язвы у больной в крайне тяжелом состоянии была выполнена тампонада перфоративного отверстия сальником. В случаях перфорации хронических язв выполняли интраоперационную гастроскопию с проведением «воздушной пробы», а также с целью оценки проходимости пилородуоденального перехода. Результаты: Средний послеоперационный койко-день у больных с неосложненным течением послеоперационного периода (86% больных) составил 6,1. Абсцессы брюшной полости, впоследствии санированные лапароскопически (2 случая) или под УЗ-контролем (1 случай), сформировались у 3 больных (5,9%). В этой группе средний койко-день удлинился до 17,7. Летальных исходов – 4 случая (7,8%). Они были связаны с сопутствующей патологией. Только в одном наблюдении отмечено прорезывание швов в области ушитой ранее перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. Выводы: Лапароскопическое ушивание перфоративных язв гастродуоденальной зоны – эффективный и безопасный метод лечения этой категории больных. Мы считаем, что любая операция при подозрении на перфоративную язву должна начинаться с выполнения лапароскопии. Это позволяет ускорить реабилитацию пациентов и сократить послеоперационный койко-день. В случае перфорации хронических язв рекомендуем выполнение интраоперационной гастроскопии. Наличие распространенного перитонита мы не считаем противопоказанием для выполнения лапароскопического лечения, однако имеет значение длительность перитонита и характер экссудата. Программное этапное лапароскопическое лечение больных с перфоративной язвой, осложненной развитием распространенного перитонита, ещё недостаточно широко используется в том числе и в нашей клинике, и это является темой дальнейших исследований.

347.ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ АДЕКВАТНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ РАДИКАЛЬНЫХ ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА.

Карачун А.М., Пелипась Ю.В., Сапронов П.А., Козлов О.А., Асадчая Д.П.

Санкт-Петербург

ФГБУ "НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова" Минздрава России

На данный момент мы наблюдаем успешное внедрение эндовидеохирургических технологий в лечение целого ряда онкологических заболеваний и их успешное применение в хирургическом лечении ранних форм рака желудка. До настоящего времени остается дискуссионной роль

лапароскопических вмешательств при местнораспространенном раке желудка (РЖ). Целью настоящего исследования явилась оценка онкологической адекватности и безопасности радикальных видеоассистированных вмешательств при РЖ. С 2010 года по октябрь 2015 года радикальные лапароскопические вмешательства при РЖ выполнены у 89 пациентов. Кривая обучения достигла плато (устойчивый алгоритм и навык лапароскопической резекции желудка) к 19-му вмешательству. Таким образом, в анализируемую группу включено 70 больных из одного центра. Частота конверсий на этапе отработки методики составила 21,9%, но после выхода на плато «кривой обучения» снизилась до 14,3% (10 больных). Причинами конверсии в 5 случаях были неконтролируемые кровотечения, в 2 случаях – технические трудности при формировании интракорпорального эзофагоэнтероанастомоза с использованием циркулярного сшивающего аппарата, и в одном случае линейный эндоскопический степлер сработал с техническим дефектом. В двух случаях причинами конверсии послужила инвазия опухоли желудка в головку поджелудочной железы, что можно расценивать не как результат технических сложностей при выполнении вмешательства, а как недостаток предоперационного обследования. Таким образом, запланированный объем вмешательства лапароскопически выполнен у 60 пациентов. Видеоассистированная гастрэктомия (ГЭ) произведена у 21 пациента, видеоассистированная дистальная субтотальная резекция желудка (ДСРЖ) – у 39 больных. Объем лимфодиссекции определялся согласно требованиям Japanese Gastric Cancer Association (версия 3 на англ. яз.). Контроль объема лимфодиссекции проводился путем подсчета удаленных регионарных лимфатических узлов (ЛУ) и независимой оценки техники вмешательства по видеозаписи. Средняя продолжительность оперативного вмешательства при лапароскопической ДСРЖ составила 211 мин, при лапароскопической ГЭ – 246 мин, средний объем интраоперационной кровопотери составил 103 мл при лапароскопической ДСРЖ и 105 мл при лапароскопической ГЭ. D2 лимфодиссекция произведена у 53 больных, D1+ – в 7 случаях. Среднее число удаленных регионарных ЛУ составило $25,3 \pm 11,3$. В послеоперационном периоде осложнения диагностированы у 11 (15,7%) пациентов. II степень послеоперационных осложнений в соответствии с классификацией Clavien-Dindo диагностирована у 3 пациентов, IIIa степени - у 5 пациентов, IIIb степени - у 3 пациентов. Перистальтика кишечника согласно аускультативным данным восстановилась к исходу первых суток у 31 пациента и к исходу вторых - у 25 пациентов, на третьи сутки – у 2 больных. Таким образом, настоящим исследованием продемонстрирована техническая возможность, безопасность и онкологическая адекватность радикальных лапароскопических вмешательств при РЖ, однако небольшое количество наблюдений диктует необходимость продолжения исследований.

348. Современный подход к лечению острой спаечной тонкокишечной непроходимости.

Кириенко А.И., Егиев В.Н., Лебедев И.С., Балашов А.В., Селиверстов Е.И., Сон Д.А., Страдымов Е.А.

Москва

1. ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова 2. РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Актуальность проблемы. Острая тонкокишечная непроходимость составляет до 80% от всех видов механической непроходимости. В подавляющем большинстве случаев причиной возникновения

механической тонкокишечной непроходимости является спаечный процесс брюшной полости. Острая спаечная тонкокишечная непроходимость по летальным исходам делит первое место среди всех острых заболеваний органов брюшной полости. В настоящее время происходит бурное развитие лапароскопических технологий в лечение ургентной хирургической патологии органов брюшной полости. К настоящему времени методом выбора является лапароскопический адгезиолизис, который менее травматичен, сопровождается меньшим числом осложнений и летальных исходов, позволяет быстрее реабилитировать пациентов. Материалы и методы. В нашей клинике с 2014 по 2016 год оперированы 48 пациентов с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью. Возраст пациентов варьировал от 26 до 81 года. Средний возраст составил 53 года. Продолжительность заболевания составила от 1 дня до 4 суток. 15 пациентов (31 %) перенесли неоднократные оперативные вмешательства. Результаты обсуждения. Всем пациентам выполнена видеолапароскопия, лапароскопический адгезиолизис. В 6 случаях (12,5 %) для восстановления проходимости кишечника потребовалась конверсия, лапаротомия, что было обусловлено выраженностью спаечного процесса, отсутствием свободного пространства в брюшной полости для наложения пневмоперитонеума. У 2 больных (4%) во время вмешательства произошло повреждение тонкой кишки, что потребовало конверсии на лапаротомию. В послеоперационном периоде функция кишечника у пациентов, перенесших лапароскопический адгезиолизис, восстановилась в течение 2-3 суток. Продолжительность госпитализации у больных оперированных лапароскопически составила от 3 до 5 суток. Интраоперационно всем больным выполнялась установка назогастрального зонда для декомпрессии желудочно-кишечного тракта. У подавляющего числа больных зонд удаляли в первые сутки послеоперационного периода, после экстубации пациента. У 8 пациентов (17%) назогастральное дренирование выполнялось более суток, что было обусловлено выраженной дилатацией кишечника (более 5 см) практически на всем протяжении, сохраняющимся парезом кишечника в ближайшем послеоперационном периоде. В ходе нашего исследования не было выявлено четкой связи выраженности спаечного процесса в брюшной полости и количества ранее перенесенных операций. Выводы. Лапароскопическая технология является методом выбора в лечение острой спаечной кишечной непроходимости. Она позволяет уменьшить длительность пребывания в стационаре, ускорить реабилитацию, повысить экономическую эффективность лечения больного. В тоже время выраженный спаечный процесс, отсутствие свободного пространства при наложении пневмоперитонеума, диктует выполнение своевременной конверсии с целью профилактики интраоперационных осложнений.

349. Опыт хирургического лечения посттравматической диафрагмальной грыжи

Стрижелецкий В.В., Спичакова Е.А., Макаров С.А.

Санкт-Петербург

Городской Центр Инновационных Медицинских Технологий, Больница Святого Великомученика Георгия

В настоящее время, в клиниках занимающихся эндовидеохирургией, операции по устранению диафрагмальных грыж занимают одно из лидирующих мест. Кроме неуклонного роста таких

вмешательств, последние годы ведется активный поиск новых вариантов устранения диафрагмальных грыж, включая использование современных аллопластических материалов. Однако, если хирургическое лечение грыж пищеводного отверстия диафрагмы более или менее стандартизировано, а хирургическими методами лечения этих грыж владеет достаточное количество специалистов, то в лечении посттравматических грыж диафрагмы таких стандартов нет. Между тем, посттравматические грыжи диафрагмы составляют по разным литературным данным 10 — 14 % от всех диафрагмальных грыж. В развитых странах имеется тенденция к увеличению количества случаев посттравматических грыж, в связи с активной индустриализацией и, сохраняющимся на высоком уровне дорожно-транспортным и производственным травматизмом, а так же случаев криминогенного характера. В структуре разрывов диафрагмы на закрытую травму живота приходится 60 — 70 % , на закрытую травму груди 20 — 30 %, на огнестрельные и колото-резаные торако-абдоминальные ранения 5-10%. Левосторонние диафрагмальные грыжи встречаются в 60-75%, правосторонние в 20-25 % всех посттравматических диафрагмальных грыж. Двусторонние повреждения диафрагмы и вовлечение сухожильного центра редки. Они встречаются у 1-1,5% пациентов с повреждениями диафрагмы. В 90 — 95 % случаев из-за разницы давления в плевральной и брюшной полостях происходит пролабация органов брюшной полости в плевральную полость. Грыжевые ворота отличаются вариабельностью раз-меров (могут достигать 15-18 см) и локализации. В 30-40% случаев всех посттравматических диафрагмальных грыж, встречается ущемление внутренних органов. Невзирая на технический прогресс, повреждения диафрагмы остаются в некоторых случаях не диагностированными, что затрудняет выявление посттравматической диафрагмальной грыжи у больных, и как следствие долгий, а порой и безуспешный диагностический поиск. Ниже мы бы хотели привести пример трудностей диагностики и лечения посттравматической диафрагмальной грыжи у пациента, находившегося на лечении в нашем центре. Больной А., 45 лет обратился на консультацию в плановом порядке с жалобами на боли и тяжесть в эпигастрии, за грудиные боли с иррадиацией в спину, изжогу и горечь во рту. Возникновение всех вышеперечисленных симптомов отмечал после приема пищи в течение последних 6 лет. Все это время находился под наблюдением врача гастроэнтеролога с диагнозом ГЭРБ, по поводу чего получал соответствующую терапию без выраженного эффекта. Ежегодно проходил флюорографическое исследование грудной клетки,- патологических изменений выявлено не было. Из анамнеза известно, что в 2005 г. пациент получил колото-резанное ранение живота, со слов непроникающее (выписная справка не представлена). Больной был госпитализирован в центр с предварительным диагнозом грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, подтвержденный инструментально. При рентгеноскопии желудка выявлена скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, при ФГДС – гастроэзофагеальный пролапс. Учитывая данные обследования, выраженный болевой синдром и неэффективность консервативной терапии, было принято решение о выполнении планового оперативного лечения. 22.10.2014г. была выполнена диагностическая лапароскопия. При ревизии брюшной полости,- в области левого купола диафрагмы определялся конгломерат, состоявший из большого сальника, поперечно-ободочной кишки с брыжейкой, окруженных плотными рубцовыми сращениями с диафрагмой. При разделении конгломерата и низведении большого сальника с рассечением рубцовых спаек в левом куполе диафрагмы выявлен дефект размером 5см x 3см. В связи с развившимся в этот момент левосторонним пневмотораксом, выполнено дренирование левой плевральной полости по Бюлау. Дефект в диафрагме ушит непрерывным швом нитью V-loc. Поверх ушитого дефекта установлен сетчатый аллотрансплантат Bard Crurasoft размером 11,0x8,0 см. При осмотре пищеводного отверстия диафрагмы, последнее соответствует анатомическим размерам, ножки диафрагмы не изменены, показаний к фундопликации не было. Гладкое течение послеоперационного периода. Больной выписан на 4-е

сутки после операции. При контрольном осмотре больного через год – жалоб активно не предъявляет, болевой синдром не беспокоит, периодически возникает изжога, купируемая приемом антацидных препаратов. Несмотря на то, что с первого упоминания о посттравматической диафрагмальной грыжи прошло уже более 400 лет, как мы уже упоминали выше, посттравматические диафрагмальные грыжи зачастую остаются не диагностированными. По нашему глубокому убеждению, лапароскопия должна применяться в качестве основного метода диагностики и одного из основных методов лечения посттравматических диафрагмальных грыж. Опираясь на наш опыт лечения данной патологии, мы пришли к выводу, что использование композитной сетки позволяет улучшить результаты оперативного лечения пациентов с посттравматическими диафрагмальными грыжами.

350. Опыт применения однопортовой холецистэктомии в плановом оперативном лечении желчнокаменной болезни

Прудков А.И.(1), Нишневич Е.В.(1,2), Федорова К.Е.(1,2)

Екатеринбург

1) МАУ Городская клиническая больница № 40 2) Кафедра ФПК и ПП Уральского государственного медицинского университета

В последние годы вектор развития лапароскопической хирургии направлен на внедрение минимально инвазивных технологий. Одной из них является однопортовая лапароскопическая хирургия (SILS - single incision laparoscopic surgery). Представлен опыт применения технологии SILS-холецистэктомии (одноинцизионная) в плановой хирургии желчнокаменной болезни (ЖКБ). Цель – изучение эффективности, безопасности и клинических результатов применения однопортового доступа в оперативном лечении хронического калькулезного холецистита. Материалы и методы С июля 2011 по декабрь 2015 года выполнено 1680 холецистэктомий в плановом порядке, из них – 345 (20,5%) операций по методике однопортовой лапароскопической холецистэктомии с применением оригинального порта ППП (г. Казань). Средний возраст пациентов – 36,5 лет (от 20 до 53 лет), из них 290 (84%) женщин и 55 (16%) мужчин. Были определены следующие показания для выполнения данной операции: наличие пупочной грыжи, неосложненное течение ЖКБ с наличием крупных конкрементов в просвете желчного пузыря по данным УЗИ брюшной полости. Противопоказаниями считали: осложнения ЖКБ, операции на верхнем этаже брюшной полости в анамнезе, общие противопоказания для лапароскопических вмешательств. Доступ в брюшную полость осуществляли через пупочное кольцо. Длина разреза не превышала 3 см, через который под контролем зрения устанавливали оригинальный порт ППП (г. Казань). Для осуществления оперативных приемов использовали удлиненный 5-мм лапароскоп с направлением оси зрения 30° и изгибаемые инструменты. При технических трудностях (большие размеры желчного пузыря, внутрипеченочное его расположение) дополнительно в правом подреберье устанавливали 5-мм троакар для создания более комфортного угла операционного действия (SILS+ холецистэктомия). Извлечение желчного пузыря производили вместе с портом. Результаты. Средняя продолжительность операции составила 93±16,5 минут. Из 345 оперативных вмешательств 42 операции (12,2%) проведены по методике SILS+. Все пациенты выписаны в удовлетворительном

состоянии, летальных исходов не было. Ранние послеоперационные осложнения диагностированы в 9 случаях (2,7%), из них – у 8 пациентов серомы послеоперационной раны (2,3%), в 1 случае – желчеистечение из культи пузырного протока вследствие несостоятельности клипс (0,4%). Выполнена релапароскопия, дополнительное клипирование пузырного протока, санация, дренирование брюшной полости. Послеоперационный период – без осложнений. Большинство осложнений (6 случаев – 1,7%) - зафиксированы в первые полтора года от начала внедрения операций – в период освоения технологии. Отдаленные результаты прослежены у 270 пациентов (78,3%) - в 2 случаях выявлены послеоперационные грыжи (0,6%). Заключение: 1. однопортовая лапароскопическая холецистэктомия применима в плановой хирургии ЖКБ при условии строго отбора пациентов при наличии следующих показаний: наличие пупочной грыжи, неосложненное течение ЖКБ при наличии крупных конкрементов в просвете желчного пузыря; 2. необходимо дальнейшее изучение результатов применения однопортовых вмешательств в плановой хирургии ЖКБ в сравнении с традиционной холецистэктомией с целью минимизации послеоперационных осложнений.

351.Трехлетний опыт лечения пациентов с паховыми грыжами с использованием минилапароскопии

Стрижелецкий В.В., Макаров С.А., Амеличев А.А., Суворов И.И.

Санкт-Петербург

Городской Центр Инновационных Медицинских Технологий, Больница Святого Великомученика Георгия

Эффективность хирургического лечения различных заболеваний, в частности паховых грыж, определяется достижением в результате хирургического лечения стойкого, положительного результата, другими словами – отсутствие рецидива заболевания. Однако, в последнее время, наряду с качественным выполнением оперативного пособия, а также использованием современных синтетических материалов, немаловажную роль имеет место и косметический эффект. Прогресс в лапароскопической хирургии дал серьезный импульс для разработки и совершенствования технологий, направленных на меньшую травматизацию тканей при проведении различных операций, одной из таких методик является минилапароскопия. Минимизация травмы передней брюшной стенки, связанной с операционным доступом, обеспечивает незначительные послеоперационные боли либо их полное отсутствие. При этом ультратонкие инструменты обладают повышенной гибкостью, в связи с чем можно рекомендовать их установку не перпендикулярно к передней брюшной стенке, как при стандартных лапароскопических операциях, а под углом, в сторону органа-мишени, т.е. зоны оперативного вмешательства. За трехлетний период в условиях ГЦИМТ (Городской Центр Инновационных Медицинских Технологий) выполнено свыше 717 герниопластик, из них минилапароскопическим способом – 176 (24,5%), традиционным – 119 (16,6%) (пластика по Лихтенштейну), 422 (58,8%) – лапароскопическая протезирующая герниопластика. Учитывая, что проведение минилапароскопической операции связано с применением герниостеплера (11 мм), а также необходимостью проведения в брюшную полость полипропиленовой сетки, нужно

использовать один 11 мм троакар. Для лапароскопа устанавливается 3 мм троакар в пупочном кольце, рабочий троакар устанавливается в подвздошной области на стороне, противоположной грыже, 2 мм троакар для щипцов устанавливается на стороне грыжи. Первым этапом минилапароскопической герниопластики является раскрой и мобилизация брюшины в области медиальной, латеральной и бедренной ямок, которые в дальнейшем будут закрыты полипропиленовым протезом фирмы Линтекс из поливинилиденфторидных монопнитей размером 12,0x8,0 см. При фиксации протеза могут быть использованы как многоразовые, так и одноразовые степлеры с перезаряжаемыми кассетами. Завершающим этапом операции является перитонизация протеза брюшиной. Это является важным этапом, так как сетчатый протез без покрытия при контакте с кишкой может вызвать кишечную непроходимость. Ушивание ран не является необходимостью, за исключением раны рабочего троакара, где, как правило, накладывается одиночный косметический шов. Таким образом, преимуществами, присущие минилапароскопии, являются в первую очередь отсутствие послеоперационных рубцов, снижение интенсивности болевых ощущений в послеоперационном периоде, значительное снижение частоты инфекционных осложнений, уменьшение сроков госпитализации, трудовой и социальной реабилитации. Это наиболее безопасный хирургический метод с отличным косметическим эффектом для больных. Минимальная травматизация передней брюшной стенки и органов малого таза снижает интраоперационную кровопотерю, длительность операции, формирование спаек и послеоперационных грыж. Для хирурга нет необходимости в изучении новых операционных методов с новым инструментарием и новой операционной техникой.

352.Лапароскопическая аппендэктомия – оптимальное вмешательство при остром аппендиците.

Лебедев И.С.(1,2), Егиев В.Н.(1), Сон Д.А.(2), Селиверстов Е.И.(2), Балашов А.В.(2) Кириенко А.И.(2)

Москва

1) Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова,(главный врач А.В.Свет) 2) Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет имени Н.И. Пирогова

Введение: Аппендэктомия наиболее распространенное оперативное вмешательство в ургентной хирургии. В 1983 году немецкий гинеколог К. Semm впервые предложил в качестве альтернативы «открытому» способу – лапароскопическую аппендэктомию, которая с течением времени стала «золотым» стандартом при воспалении червеобразного отростка. Однако, преимущества эндохирургического вмешательства в сравнении с традиционным вмешательство не так однозначны, и в литературе можно встретить дискуссии по данному вопросу. Мы полагаем, что лапароскопическая аппендэктомия является операцией выбора при любой форме острого аппендицита. Материалы и методы: В хирургическом отделении ГКБ №1 имени Н.И. Пирогова, за 2015 год было прооперировано 210 пациентов с диагнозом острый аппендицит. Средний возраст пациентов составил 43,4 года. Средний индекс массы тела составил 23,2. Распределение по формам острого аппендицита было следующим: 29 (13,8%) - катаральный, 132 (62,8%) – флегмонозный, 31 (14,7%) - гангренозный, и 18 (8,7%) с гангренозно-перфоративный аппендицит, осложненный периаппендикулярным абсцессом, либо перитонитом. Таким образом, деструктивных форм острого аппендицита было 86,1%, из них 9,9% - осложненные формы. Всем

пациентам была выполнена лапароскопическая аппендэктомия, в условиях общей анестезии, и интраоперационной антибактериальной профилактики инфекционных осложнений. В случаях осложненных перитонитом, периаппендикулярным абсцессом антибактериальная терапия была продолжена в послеоперационном периоде. Среднее время хирургического вмешательства составило 1,2 часа. Результаты: В одном случае (0,4%) была выполнена конверсия, в связи с распространенным фибринозно-гнойным перитонитом. Послеоперационные осложнения в виде формирования инфильтрата правой подвздошной области с абсцедированием выявлены у 3 (1,4%) больных. Пациентам была выполнена релапароскопия, вскрытие, дренирование абсцесса. В послеоперационном периоде пациентам этой группы продолжали антибактериальную терапию. Средний койко-день составил $3,7 \pm 1,1$ день. У пациентов с осложненным течением послеоперационного периода - $12 \pm 3,2$ дня. Выводы: Лапароскопическая аппендэктомия – малоинвазивный и высокоэффективный метод лечения острого аппендицита. Малоинвазивное вмешательство уменьшает операционную травму, что способствует уменьшению койко-дня, сокращению затрат системы здравоохранения, быстрой реабилитации пациента и возвращению к привычному образу жизни.

353.Эффективная тракция желчного пузыря облегчает лапароскопическую холецистэктомию

Абдулжалилов А.М. (2), Иманалиев М.Р. (1), Абдулжалилов М.К. (1), Магомедов М.М. (1), Магомедов М.А. (1), Гусейнов А-К.Г. (1), Закариев З.М., Исаев Х.М-Р. (1), Ашурлаев К.М. (1)

Махачкала

(1)ГБУ ВПО «ДГМА» , (2)ГБУ «РБ№2-ЦСЭМП»(2).

Актуальность. При эмпиеме желчного пузыря стенка его становится ригидной. В связи с этим надежный захват стенки желчного пузыря при ЛХЭ не представляется возможным. Зажим многократно соскакивает со стенки желчного пузыря и пузырь сваливается на зону операции, увеличивая и продолжительность не только операции, и нервозность хирурга. При этом лапароскопическая холецистэктомия становится более дорогостоящей. Предложено множество способов тракции дна желчного пузыря у таких пациентов, но в виду малой эффективности эти методы не получили широкого клинического применения. Материал и методы. Мы тоже при выполнении ЛХЭ у пациентов с «тяжелым» холециститом испытывали большие трудности. Испытали разные способы фиксации и тракции желчного пузыря во время операции. Наиболее простым и надежным оказался следующий: после обзорной лапароскопии, освобождения желчного пузыря от сальника, упираясь в среднюю часть тела желчного пузыря последний отводим в сторону диафрагмы. После этого хорошо визуализируется область кармана Гартмана. Или более проксимальные отделы желчного пузыря. В этой области по передней стенке производим пункцию желчного пузыря, аспирацию его содержимого. Пункционное отверстие расширяем электрокоагулятором до 0,5 см. Через это отверстие в просвет желчного пузыря с помощью внутреннего металлического проводника-направителя вводим катетер Фолея 14-16 fr. Манжету катетера Фолея путем введения антисептической жидкости раздуваем до 2-3 см или больше по желанию хирурга, но не доводя до разрыва манжеты. После этого катетер вытягиваем из желчного пузыря до упора, наружную часть катетера захватываем прямо у стенки желчного

пузыря эндозажимом и используем для тракции пузыря во время операции. Тракция получается мягкой, эластичной, надежной, эндозажим не соскакивает с катетера и позволяет хирургу свободно оперировать. Манжету катетера можно раздуть и с помощью воздуха, но она может лопнуть от высокой температуры при электрокоагуляции, несмотря на то, что манжета находится внутри желчного пузыря. Разработанный нами способ тракции желчного пузыря при ЛХЭ мы применили у 27 пациентов разного возраста, что позволило убедиться в высокой эффективности разработанного способа. Результаты. При применении данного способа у пациентов не только с ригидной стенкой желчного пузыря, но и при любом деструктивном холецистите, при внутривнутрипеченочном расположении желчного пузыря, малых размерах желчного пузыря и других ситуациях, когда трудно надежно фиксировать стенку желчного пузыря для его тракции во время операции, лапароскопическая холецистэктомия становится комфортной операцией даже для неопытного эндохирурга, что позволяет уменьшить продолжительность операции и наркоза, что небезразлично для пациентов пожилого и старческого возраста. При использовании данного способа желчному пузырю на весь период операции можно придать устойчивое положение, что значительно облегчает и ускоряет оперативное вмешательство. При этом не было ни одного случая разрыва стенки желчного пузыря с вытеканием его содержимого в брюшную полость. Кроме того, в случае кровотечения из ложа, желчный пузырь с раздутой манжетой можно прижать к ложу и получить полный гемостатический эффект по всей поверхности ложа. Выводы. 1). При «тяжелом» деструктивном холецистите лапароскопическая холецистэктомия становится трудным и экономически дорогостоящим оперативным вмешательством. 2). Технические трудности в основном связаны с ригидностью стенки желчного пузыря, внутривнутрипеченочным расположением желчного пузыря, малыми его размерами, которые не позволяют производить эффективную тракцию пузыря во время операции. 3). Применение эффективного метода фиксации и тракции желчного пузыря позволяют хирургу обеспечить комфортные условия для операции, которые снижают его утомляемость, уменьшают продолжительность операции, позволяют избежать интраоперационных ошибок и осложнений, характерных для ЛХЭ у пациентов с «тяжелым» деструктивным холециститом

354. Новое решение в профилактике послеоперационных осложнений при лапароскопической холецистэктомии у пациентов с «тяжелым» деструктивным холециститом

Абдулжалилов А.М. (2), Иманалиев М.Р. (1), Абдулжалилов М.К. (1), Магомедов М.М. (1), Магомедов М.А. (1), Гусейнов А-К.Г. (1), Закариев З.М.(1), Исаев Х.М-Р (1), Ашурлаев К.М. (1)

Махачкала

(1)ГБУ ВПО «ДГМА», (2)ГБУ «РБ№2-ЦСЭМП»

Актуальность. Послеоперационные осложнения при ЛХЭ чаще всего бывают связаны не только с дефектами оперативного вмешательства, но и с неэффективностью дренирования подпеченочного пространства, связанной миграцией дренажа, с его дисфункцией, ретенцией выпота или желчи в подпеченочном пространстве с последующим инфицированием, развитием спаечного процесса. Цель исследования – повысить эффективность дренирования подпеченочного пространства путем разработки устройства для дренирования. Материал и

методы исследования. Проведен анализ 125 случаев лапароскопической холецистэктомии по поводу деструктивного холецистита. При этом послеоперационные осложнения диагностированы у 17 пациентов, что составляет 13,6%, т.е. у каждого десятого оперированного. Осложнения распределились следующим образом: дисфункция дренажа – 8, биллома – 3, подпеченочный абсцесс – 4, желчный перитонит -2. Всех пациентов пришлось оперировать повторно с исходом выздоровление. Главной причиной оказалось неадекватное дренирование подпеченочного пространства. Для улучшения результатов ЛХЭ при деструктивной холецистита нами использован катетер Фолея с надувной манжетой в дистальной его части. Конструкция дренажа позволяет фиксировать дренаж в области ложа желчного пузыря и предупредить его миграцию в свободную брюшную полость, оказать компрессию ложа желчного пузыря с целью профилактики крово- и желчеистечения из его поверхности, а также предупреждения спаивания окружающих органов с ложем желчного пузыря и воротами печени для профилактики послеоперационной спаечной непроходимости. Предлагаемый способ дренирования использован при лечении 27 пациента с деструктивным холециститом и с высоким риском развития послеоперационных осложнений в раннем послеоперационном периоде. Дренаж вводили в брюшную полость через правый латеральный 5 мм порт, а дренаж большего диаметра - через прокол брюшной стенки после удаления порта. Дистальную часть дренажа до резиновой манжеты вводили в Винслово отверстие на глубину 3-4 см, затем раздували надувную манжету до необходимого диаметра, позволяющего оказывать компрессию на поверхность ложа желчного пузыря. С целью капиллярного гемостаза на ложе желчного пузыря накладывали гемостатическую губку. При этом раздутая манжета отодвигает вниз двенадцатиперстную и поперечноободочную кишки, а также большой сальник, что позволяет предупредить образование спаек этих органов с ложем желчного пузыря, а также закупорку боковых отверстий дренажной трубки. С целью повышения эффективности дренирования у последних 5 пациентов дополнительно формировали еще 2 боковых отверстия дистальнее манжеты. При необходимости проточного лаважа дренируемого пространства использовали 3-х канальный катетер Фолея. Результаты и их обсуждение. В послеоперационном периоде изучали наличие остаточной жидкости в подпеченочной области, дебит дренажа, УЗИ тканей в области ложа желчного пузыря, частоту послеоперационных осложнений. Наши наблюдения показали, что дренаж, предлагаемой конструкции, обеспечивал эффективный отток выпота их подпеченочной области, раздутая манжета сохраняла заданную первичную позицию дренажа в подпеченочном пространстве, обеспечивал компрессионный гемостаз ложа желчного пузыря. Результаты динамического УЗ-исследования показали, что ткани ложа желчного пузыря у пациентов основной группы без выраженных воспалительных изменений. Послеоперационные осложнения у пациентов основной группы не наблюдались. Дренаж функционировал лучше, чем обычный. У пациентов основной группы болевой синдром после операции не был выражен, о чем свидетельствовало меньшее число инъекций анальгетиков. Выводы: 1.Применение многофункционального дренажа при ЛХЭ у пациентов с «тяжелым» холециститом позволяет уменьшить частоту послеоперационных осложнений. 2.Эффективное дренирование подпеченочной области обеспечивает менее выраженный болевой синдром в послеоперационном периоде.

355.Целесообразность ремоделирования формы желчного пузыря при ЛХЭ у пациентов с «тяжелым» деструктивным холециститом.

Абдулжалилов А.М. (1), Иманалиев М.Р. (1), Абдулжалилов М.К. (1), Саидов М.Г. (2), Саиддибиров Ш.М. (2), Гусейнов А-К.Г. (1), Магомедов М.А. (2), Исаев Х.М-Р. (2), З.З.Нажмудинов (1).

Махачкала

(1)ГБУ ВПО «ДГМА», (2)ГБУ «РБ№2-ЦСЭМП»

Актуальность. Довольно деликатная и простая операция как ЛХЭ, у пациентов с деструктивным холециститом превращается в тяжелое рискованное оперативное вмешательство, сопровождающаяся такими интраоперационными осложнениями как перфорация желчного пузыря с вытеканием инфицированного содержимого и выпадением конкрементов в брюшную полость, коррекция которых увеличивают продолжительность операции. Чаще всего эти осложнения развиваются при напряженном желчном пузыре, плотной инфильтрации его стенки. Из-за невозможности захватить стенку желчного пузыря эндозажимом хирург вынужденно производит его пункцию с аспирацией содержимого. При этом желчный пузырь уменьшается в размерах, облегчается его фиксация эндозажимом для тракции во время ЛХЭ. Но в тоже время, после опорожнения теряются четкие границы поверхности печени и стенки желчного пузыря, что технически усложняет ЛХЭ, т.к. довольно часто происходит перфорация его стенки даже у опытных эндохирургов. Цель исследования. Улучшить результаты ЛХЭ у пациентов с «тяжелым» деструктивным холециститом путем ремоделирования его формы и размеров после пункции и аспирации содержимого. Материал и методы. Нами изучены результаты ЛХЭ у 17 пациентов с «тяжелым деструктивным холециститом», у которых хирургу пришлось пунктировать желчный пузырь для эвакуации инфицированного содержимого. После этого нами и многими другими авторами отмечено, что желчный пузырь уменьшается в размерах, облегчается захват стенки эндозажимом, но теряются четкие визуальные границы между печенью и стенкой желчного пузыря. Выполнение ЛХЭ в этих условиях у 12 пациентов привело к перфорации стенки желчного пузыря с выпадением конкрементов в брюшную полость, сбор которых увеличила продолжительность операции от 12 до 35 минут. Вначале мы для восстановления формы и размеров желчного пузыря вводили в просвет желчного пузыря антисептический раствор. Однако антисептический раствор в процессе операции вытекал из желчного пузыря и технические проблемы возвращались вновь. В связи с этим, мы разработали простой, но в тоже время очень надежный способ восстановления первоначальной формы желчного пузыря, сущность которого заключается в проведении в просвет желчного пузыря через расширенное пункционное отверстие после аспирации его содержимого катетера Фолея 14-16 fr. Раздувание манжеты катетера Фолея в просвете желчного пузыря антисептическим раствором позволяет воссоздать первоначальную его форму. Результаты. Разработанный способ восстановления размеров и формы желчного пузыря мы применили у 11 пациентов с «тяжелым» деструктивным холециститом при ЛХЭ. При этом мы в начале апробации способа во время операции наблюдали лишь один случай перфорации стенки желчного пузыря. При выполнении ЛХЭ с использованием разработанного способа нами отмечено восстановление четкой границы между печенью и стенкой желчного пузыря, а также значительное облегчение удаления желчного пузыря без развития каких-либо осложнений. Также необходимо помнить, что в просвет желчного пузыря необходимо вводить жидкость, а не воздух. Выводы: 1.При деструкции и напряженности стенки желчного пузыря, у пациентов с «тяжелым» холециститом хирургу приходится произвести пункцию желчного пузыря и аспирацию содержимого. 2.Аспирация содержимого с целью декомпрессии желчного пузыря приводит к

ухудшению визуализации границ его стенки с печенью, что способствует перфорации стенки во время операции. 3. Восстановление формы и размеров желчного пузыря позволяет улучшить визуализацию его границ с печенью, облегчить выполнение удаления желчного пузыря, предупредить перфорацию его стенки во время операции у пациентов с «тяжелым» холециститом.

356. Эндовидеохирургическое лечение больных с грыжами передней брюшной стенки.

Стрижелецкий В.В., Макаров С.А., Ломия А.Б., Суворов И.И.

Санкт-Петербург

Городской Центр Инновационных Медицинских Технологий, Больница Святого Великомученика Георгия

Хирургическое лечение больных с послеоперационными вентральными, пупочными и грыжами белой линии живота является одной из самых распространенных задач плановой хирургии. Последние 2 года в Городской больнице «Святого Великомученика Георгия» в Городском Центре Инновационных Медицинских Технологий выполнено 316 операций у больных с данной патологией, из них пупочные – 154 (48,7%); грыжи белой линии живота – 93 (29,4%); послеоперационные вентральные – 69 (21,9%); из них традиционно – 198 (62,6%); эндовидеохирургически (ЭВХ) - 118 (37,4%). Все вмешательства, ЭВХ и традиционные, выполнялись с установкой полипропиленового имплантата фирмы Линтекс. Мы установили, что при использовании ЭВХ технологий сокращается время операции, койко-день, сроки реабилитации, и возврат к привычному образу жизни. ЭВХ лечение вышеперечисленных больных осуществлялось в положении больного на столе лежа на правом боку. Оптический 10 мм троакар устанавливали в проекции пупочного кольца по среднеподмышечной линии слева, 5 мм троакар над остью подвздошной кости по передней подмышечной линии и 11 мм троакар в левом подреберье по передней подмышечной линии, через него производится фиксация сетчатого имплантата герниостеплером к передней брюшной стенке. Фиксация сетчатого имплантата производится предбрюшинно, для чего в начале операции производится мобилизация париетальной брюшины в области грыжевого выпячивания. Далее выделяется грыжевой мешок из плоскостных сращений и устанавливается сетчатый имплантат, который после фиксации к передней брюшной стенке закрывается брюшиной. При наличии крупных грыжевых ворот, дефект передней брюшной стенки ушивается мононитью при помощи иглы для ушивания троакарных ран. Край сетчатого имплантата после его фиксации должны выходить за край грыжевых ворот на 1,5-2,0 см. Обычно такие пациенты выписываются на амбулаторное лечение на дневной стационар на 4 сутки после операции, где больным проводятся перевязки и в некоторых случаях физиотерапевтические процедуры. В среднем такие больные находятся на амбулаторном лечении еще около 4-5 дней, после чего в 90% случаях выписываются к труду с рекомендациями ношения послеоперационного бандажа в течение 30 дней. За время наблюдения за этой группой пациентов в течении двух лет данных за рецидив грыжи не отмечалось. Послеоперационные осложнения в виде развития сером послеоперационной раны мы наблюдали у больных после традиционных вмешательств в 7 (3,5%) случаях, и в 1 (0,8%) случае после ЭВХ вмешательства. По

нашему мнению, ЭВХ методики оперативного лечения грыж передней брюшной стенки, должны как можно чаще, применяться в современной медицине.

357.Медно-латеральный подход при лапароскопической мобилизации селезеночного изгиба ободочной кишки

Карачун А.М., Пелипась Ю.В., Козлов О.А., Сапронов П.А., Петрова Е.А., Асадчая Д.П.

Санкт-Петербург

ФГБУ "НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова" Минздрава России

В настоящее время с высокой степенью доказательности подтверждена безопасность и онкологическая адекватность радикальных лапароскопических вмешательств при раке ободочной кишки. Мобилизация селезеночного изгиба требуется при локализации опухоли в левой половине ободочной кишки для обеспечения необходимого проксимального клиренса и при опухолях прямой кишки для формирования анастомоза без натяжения. В то же время, мобилизация селезеночного изгиба ободочной кишки является достаточно сложным и ответственным этапом всего вмешательства ввиду высокого риска интраоперационных осложнений, в особенности у пациентов с высоким индексом массы тела. При выполнении вмешательства из лапароскопического доступа мы применяем медно-латеральный вариант мобилизации селезеночного изгиба. На первом этапе клипируется и пересекается нижняя брыжеечная артерия. Далее диссекция продолжается в каудальном направлении в эмбриональном бессосудистом слое между фасцией Тольдта и висцеральной фасцией толстой кишки. Нижняя брыжеечная вена не пересекается, а используется в качестве ориентира и удерживающего каркаса париетальной брюшины корня брыжейки поперечной ободочной кишки. Далее визуализируется нижний край тела поджелудочной железы левее связки Трейца. Проникновение в сальниковую сумку осуществляется с медиальной стороны путем пересечения основания брыжейки поперечной ободочной кишки ультразвуковым диссектором. На этом этапе принципиальным моментом является визуализация «бордюра» поджелудочной железы и движение над ним, поскольку дальнейшее движение в эмбриональном слое в каудальном направлении вдоль фасции Тольдта приводит к «соскальзыванию» под поджелудочную железу. После вскрытия сальниковой сумки с медиальной стороны (абсолютным ориентиром является визуализация задней стенки желудка) приступаем к пересечению желудочно-ободочной связки на 1,5-2 см левее желудочно-ободочной дуги. Мобилизацию селезеночного изгиба заканчиваем пересечением селезеночно-ободочной связки и париетальной брюшины левого бокового канала. Цель настоящей видеодемонстрации заключается в представлении преимуществ медно-латерального подхода при лапароскопической мобилизации селезеночного изгиба ободочной кишки.

358.Результаты лапароскопического ушивания перфоративной язвы

Абдулжалилов М.К.(1), Иманалиев М.Р.(2), Саиддибиров Ш.М.(2), Саидов М.Г.(2), Абдулжалилов А.М.(2), Гусейнов А-К.Г.(1), Магомедов М.А.(1), Абдуллаев У.М.(1), Закариев З.М. (1).

Махачкала

(1)ГБУ ВПО «ДГМА», (2)ГБУ «РББ№2-ЦСЭМП»

Актуальность. Несмотря на достижения абдоминальной хирургии, проблема хирургического лечения перфоративной фзвы остается актуальной до настоящего времени. Наличие множества способов ушивания перфоративной язвы свидетельствует о малоэффективности существующих способов операции. Более перспективным направлением многие авторы считают лапароскопическое ушивание перфоративной язвы. Накопление опыта и анализ собственного материала позволяют выявить недостатки существующих способов лапароскопического ушивания перфоративной язвы и разработать новый или более простой в техническом плане способ. Материал и методы. Нами проанализирован материал лапароскопического ушивания перфоративной язвы 27 пациентов в возрасте от 20 до 56 лет. Пациенты были доставлены бригадой скорой помощи в течение первых часов после перфорации. «Желудочный» анамнез был у 17 пациентов. К врачам не обращались, не обследовались. При госпитализации пациентам выполняли обзорную рентгенографию брюшной полости стоя на наличие «свободного газа» под куполом диафрагмы, УЗИ органов брюшной полости, общеклинические и биохимические анализы крови. В брюшной полости обнаруживали от 100 до 400 мл выпота. После кратковременной предоперационной подготовки под ЭТН выполняли оперативное вмешательство. Более удобно было оперировать когда хирург становится между раздвинутыми ногами пациента. Проколом брюшной стенки выше пупка накладывали карбоксиперитонеум 12 мм рт. ст. Затем выполняли продольный разрез кожи по ходу белой линии выше пупка, здесь же вводили первый 10 мм троакар. При ревизии брюшной полости обнаруживали 300-700 мл выпота с фибрином, больше всего под правым куполом диафрагмы, под печенью, правом боковым канале и малом тазу. Дополнительные троакары устанавливали под мечевидным отростком, справа и слева от пупка. Вначале с помощью электроаспиратора эвакуировали выпот из брюшной полости, затем выполняли ушивание перфоративного отверстия в поперечном направлении по отношению к продольной оси полого органа. Достаточно было наложить 1-3 шва (викрил) скользящим способом. У 5 пациентов использовали прядь большого сальника для герметизации шва. После основного этапа операции проводили лаваж брюшной полости антисептическим раствором до «чистых вод». Дренировали подпеченочное пространство справа, малый таз. При наличии выпота у части пациентов (7-25,9%) дренировали и левый боковой канал. После завершения операции устанавливали НГЗ для декомпрессии и аспирации содержимого желудка. Антибиотики получали все пациенты как до, так и после операции. Кроме того, всем пациентам назначали ингибиторы протонной помпы и инфузионную терапию. Результаты. Течение послеоперационного периода в начале освоения технологии осложнилось несостоятельностью шва у одного пациента (3,7%), которая зажила без операции консервативным лечением. Послеоперационный период у остальных пациентов протекал без каких-либо осложнений, более благоприятно, чем после традиционной открытой операции. При контрольной ФГДС через 1-2 месяцев после операции обнаруживали лишь нежный рубец зажившей язвы. Выводы. Эндоскопическое ушивание перфоративной язвы обеспечивает более благоприятное течение послеоперационного периода и хорошие отдаленные результаты, что позволяет рекомендовать эту операцию для широкого клинического применения.

359. СРАВНЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В РАННЕЙ ФАЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Плаксин К.В., Нишневич Е.В., Багин В.А.

Екатеринбург.

МАУ ГКБ №40, кафедра хирургических болезней ФПК и ПП.

Введение. Цель исследования. Изучить клинические исходы у пациентов, оперированных по поводу острого панкреатита, с применением малоинвазивных технологий в I A фазе заболевания. Сравнить факторы, влияющие на неблагоприятный прогноз. Материалы и методы. Нами проведено ретроспективное когортное исследование, в которое включены 79 пациентов с диагнозом “панкреонекроз”, находившихся на стационарном лечении в МАУ ГКБ №40 в 2011-2015 году. Критериями для включения в исследование явились: тяжелая и средняя степени тяжести панкреатита по классификации Atlanta Revision (2013), необходимость в проведении оперативного лечения в виде лапароскопического дренирования и фенестрации забрюшинного пространства в ранней фазе заболевания (IA). Оценку тяжести общего состояния проводили согласно шкалы APACHE-II, а наличия органной дисфункции и её тяжести - по шкале SOFA. Все пациенты получали комплексную терапию панкреонекроза и сепсиса в основном согласно рекомендациям Surviving Sepsis Campaign (2012) и American College of Gastroenterology Guideline: Management of Acute Pancreatitis (2013). Статистическую обработку проводили при помощи программ Excel для Windows XP, MedCalc® (version 11.4.2.0., Mariakerke, Belgium). Данные представлены в виде Me (95%ДИ), где Me – медиана, 95% ДИ – 95% доверительный интервал. Для выявления факторов риска смерти рассчитывали относительный риск (ОР) и 95% доверительный интервал. Результаты. В исследованной когорте пациентов средний возраст составил 40(32; 53) лет, из 79 пациентов 51 (64,6%) были мужского пола, 28 (35,4%) женского пола, средняя длительность госпитализации составила 12 (9; 16,5) суток. Тяжесть состояния по шкале APACHE II 8,5 (6,76; 16) баллов и по шкале SOFA – 3 (2; 6) баллов. По этиологии пациенты распределились следующим образом: алкогольной – 60 (75,9%) пациентов, билиарной – 16 (20,3%), другой – 3 (3,8%). По классификации Atlanta Revision (2013) пациенты распределились следующим образом: средне-тяжелый панкреатит – у 38 (48,1%) пациентов, а тяжелый – 41(51,9%) пациентов. ССВР был диагностирован у всех больных. В среднем лапароскопия, фенестрация и дренирование брюшной полости произведены в течение 1-х суток (от 1 до 4) от момента госпитализации. В IA фазу всем 79 пациентам была произведена лапароскопия и дренирование брюшной полости, 33-м (89%) фенестрация по правому боковому каналу, 19-ти (51%) фенестрация по левому боковому каналу (в том числе у 15(41%) пациентов с двух сторон). Летальный исход зарегистрирован у 25(31,6 %) пациентов, из них 12 (15,2 %) скончались в IA фазу, 6 (7,6 %) в IB фазу, 7 (8,9 %) – во II фазу. Факторами риска смерти явились: возраст >65 лет (ОР=1.95[1.0-3.7]) и тяжесть по шкале APACHE II>15 баллов (ОР=6.76[2.85-16.05]). Такие факторы риска как пол, этиология панкреатита, вид и сроки выполнения операции, уровень амилазы в экссудате не оказывают влияние на прогноз заболевания. Выводы. Факторами риска летального исхода пациентов, оперированных по поводу панкреонекроза в ранней фазе заболевания, являются: старший возраст и тяжесть состояния по шкале APACHE II.

360. Результаты оперативного лечения гастроинтестинальных стромальных опухолей желудка.

Плотников А.Ф., Белослудцев Д.Н., Пузанков А.А.

Нижний Новгород

Хирургическое отделение Клинической больницы №3 ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России

Введение: Гастроинтестинальные опухоли (ГИСО) составляют 1 % всех новообразований желудочно-кишечного тракта. Наиболее частой локализацией ГИСО является желудок. Цель работы: Оценить эффективность и безопасность различных видов хирургического лечения ГИСО желудка. Материалы и методы: Проведено ретроспективное исследование результатов лечения 23 пациентов с ГИСО желудка, проходивших лечение в отделении с 2008 по 2015г. У 22 пациентов были первичные солитарные опухоли без отдалённых метастазов, у 1 пациентки наблюдалась рецидивная опухоль желудка с метастатическим поражением печени, левого надпочечника. Средний возраст пациентов 63 года \pm 5, среди них 7 мужчин, 16 женщин. Выполненные оперативные вмешательства условно разделены на 2 основные группы: традиционные открытые вмешательства (5) и малоинвазивные вмешательства (18). Средний размер опухоли при открытых вмешательствах составил 9.4 ± 6.1 см, при малоинвазивных 3.4 ± 1.4 см. Во всех случаях диагноз ГИСО подтверждён данными послеоперационного гистологического и иммуногистохимического исследования. Открытые вмешательства выполнялись в следующих случаях: опухоль передней стенки тела желудка максимальным размером 8см (выполнена сегментарная резекция желудка); опухоль антрального отдела желудка максимальным размером 9см (выполнена дистальная субтотальная резекция желудка по Бильрот–II –Ру); рецидивная опухоль большой кривизны желудка размерами до 20 см с ростом в брыжейку поперечной ободочной кишки, забрюшинное пространство, солитарным метастазом в печень, метастазом в левый надпочечник (выполнено удаление опухоли с сегментарной резекцией желудка, резекцией поперечной ободочной кишки, резекция II сегмента печени, левосторонняя адреналэктомия); в случае технически-сложных локализаций (в 1 случае- рост опухоли в кардии в непосредственной близости к желудочно-пищеводному переходу- выполнена сегментарная резекция кардии; в 1 случае- вынужденная конверсия (невозможность интракорпорального ушивания дефекта задней стенки желудка после внутрисветной полнослойной резекции). Малоинвазивные вмешательства представлены следующими вариантами: эндоскопическая мукозэктомия (выполнена в 1 случае при опухоли пилорического отдела желудка размером 2см на выраженной ножке); эндоскопическая электроэксцизия опухоли с лапароскопическим контролем у 2 пациентов (в 1 случае потребовалось ушивание дефекта стенки желудка интракорпоральным швом); лапароскопическая сегментарная резекция желудка линейными сшивающими аппаратами в 9 случаях; лапароскопическая сегментарная резекция желудка линейными сшивающими аппаратами с интраоперационным внутрисветным эндоскопическим контролем в 6 случаях (эндоскопия использовалась в случаях затруднений при поиске опухоли при лапароскопии- выполнялась транслюминация; с целью контроля проходимости кардиального жома и привратника при локализации опухолей в близлежащих отделах желудка после пробного наложения браншей сшивающего аппарата перед этапом прошивания и пересечения стенки желудка). Большой

сальник удалялся при подозрении на метастатическое поражение перигастральных л/узлов и при местнораспространённом процессе с экстраорганным ростом опухоли при 2 открытых операциях и 1 лапароскопической операции. При наличии сопутствующей патологии открытые и лапароскопические вмешательства сочетались с симультанными операциями (удаление желчного пузыря, пластика грыжи передней брюшной стенки, пищевода отверстия диафрагмы, антирефлюксная операция на пищеводно-желудочном переходе, адrenaлэктомия). Результаты: Во всех случаях гистологически подтверждены R0 резекции. Метастатического поражения сальника во всех случаях не выявлено. Средняя продолжительность открытых вмешательств составила 170 ± 90.2 мин; малоинвазивных 135 ± 84.2 мин. Интраоперационная кровопотеря составила 250 ± 80 мл при открытых вмешательствах, 30 ± 10 мл при малоинвазивных. Осложнение наблюдалось в 1 случае: после открытой сегментарной резекции желудка в раннем послеоперационном периоде развилось желудочное кровотечение из линии швов на желудке. Выполнена релапаротомия, остановка кровотечения дополнительным прошиванием. Конверсия потребовалась в 1 случае после малоинвазивного внутрипросветного вмешательства. 3 пациента после открытых вмешательств находились в отделении реанимации на протяжении 1-3 суток. Пациентам после малоинвазивных вмешательств лечение в отделении реанимации не требовалось. Потребность в введении анальгетиков после открытых операций сохранялась в среднем 7 дней; после малоинвазивных- 2 дня. Послеоперационный парез кишечника разрешался на 2-3 день после открытых операций, в течение первых суток после малоинвазивных операций. Средний послеоперационный койко-день в категории открытых операций составил 11.4 ± 5.2 ; в категории малоинвазивных 7.6 ± 2.3 . В послеоперационном периоде пациенты, нуждавшиеся в химиотерапевтическом лечении, его не получали в связи с отсутствием препаратов. Местного рецидива, метастазирования не было выявлено ни у одного пациента из обеих групп. Выводы: Открытые оперативные вмешательства при ГИСО желудка показаны при больших размерах опухолей, местнораспространённых и рецидивных опухолях, метастатическом поражении, при локализации опухоли в зоне пищеводно-желудочного перехода. При небольших опухолях целесообразно выполнение сегментарных резекций желудка из лапароскопического доступа. С целью уточнения топики опухолей малых размеров и при локализации опухолей вблизи кардии и привратника (профилактика послеоперационных стриктур и деформаций) целесообразно выполнение интраоперационной фиброгастроскопии. Применение малоинвазивных оперативных вмешательств достоверно уменьшает интраоперационную кровопотерю, потребность пребывания в реанимации и длительность пребывания в стационаре, потребность в анальгетиках. Возможна ранняя активизация и реабилитация пациентов, при необходимости- раннее начало химиотерапевтического лечения. Полученные результаты можно расценивать положительно. Необходимо дальнейшее накопление опыта и анализ отдалённых результатов.

361. Негативные аспекты лапароскопической хирургии

Балалыкин А.С.(1), Бирюков А.Ю.(1), Муцуров Х.С.(2), Овсянников В.С.(1), Вербовский А.Н.(1)

Москва, Грозный

1)ФГБУ «З ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России 2)ГБУ "Поликлиника №4 г.Грозного"

Актуальность. Результаты лапароскопических операций невозможно подвергнуть тщательному сравнительному анализу в связи с различными взглядами на их оценку и, прежде всего, в связи отсутствием общепринятой классификации неудач. Одни авторы, приводя статистики в тысячи операций, просто перечисляют осложнения, другие – выделяют «большие и малые повреждения», третьи – все неблагоприятные ситуации ставят в зависимость от тяжести и опасности для жизни больного (от ненаносящих вреда пациенту до фатальных). Результаты. На основании накопленного личного опыта более 3000 операций (о них ниже) мы пришли к выводу о необходимости их деления на неудачи, ошибки и осложнения. Неудачи – это прекращение операции с помощью лапароскопической техники и переход к открытой операции (конверсия) в связи с: 1) – развитием местных осложнений, которые не удается ликвидировать эндоскопически, и общих осложнений, при которых невозможно продолжение операции; 2) – невозможностью дифференцировать органы и ткани и опасность развития осложнений (повреждение органов); 3) техническими причинами – неисправностью оборудования и инструментов во время операции. Конверсия при лапароскопических операциях может быть «по необходимости» и по «благоразумию», она не является свидетельством «слабости» хирурга. Ошибки – это неправильные хирургические действия, приводящие к выполнению неадекватных по объему операций и развитию осложнений в процессе лечения больного. Ошибки мы подразделяем на тактические (дефекты обследования, расширение показаний к эндоскопическим операциям, отказ от тщательной ревизии органов брюшной полости и ее дренированию, длительность операции и т.д.) и технические (неправильный выбор оперативных доступов, нарушение принципов оперирования и т.д.). Осложнения – это, как и считали мы ранее, любые, даже малейшие отклонения от благоприятного течения операции и послеоперационного периода (для начинающих хирургов и в период освоения новых операций). Их оценку мы считаем необходимым проводить со следующих позиций: 1) – специфичность (специфические и неспецифические для эндохирургии); 2) – сроки возникновения (до операции, во время операции, после операции); 3) – локализация (местные, общие); 4) – характер (повреждения органов: механические и электротермические, инфекция...); 5) – виды (кровотечения, желчеистечения, инородные тела); 6) – причины развития (небольшой опыт хирурга, нарушение принципов ведения этапов операционного и послеоперационного периодов, неправильная оценка клинической ситуации); 7) – степень тяжести (опасные и неопасные для жизни пациентов); 8) – виды лечения осложнений (медикаментозное, эндоскопическое, хирургическое). Учет и анализ результатов эндоскопических операций с этих позиций позволяет выявить конкретные персональные недостатки работы хирургов и наметить пути их устранения. Фиксация даже мельчайших отклонений от нормального течения периода лечения больного резко повышает учетное и персональное количество осложнений (до 30-40%), но оценка их с позиции опасности для жизни больного и способов лечения позволяет выявить наиболее опасные, количество которых не превышает 3-4%, а для хирурга является критерием роста. Особое внимание следует уделять первому критерию – специфичности осложнений: отрицательные влияния карбоксиперитонеума, синдром первого троакара, электротермические повреждения и т.д. Следует подчеркнуть, что, кроме неудач и осложнений, как негативных сторон современной эндохирургии, является недостаточное внедрение в сферу областных и городских больниц трудоемких технологий. Мы пришли к выводу и это подтверждают статистики различных учреждений, что все операции приходится разделить на две группы: не связанные со вскрытием полых органов и резекционные. Первые (холецистэктомия, ваготомия, аппендэктомия и др.) стали выполняться достаточно широко (в 90-е годы, даже, не хирургами, а врачами, приобретшими

оборудование). Некоторые из них стали выполняться амбулаторно в некоторых учреждениях России. Вторые (резекция желудка, кишки и др.) теперь остаются уделом энтузиастов и крупных лечебных учреждений. Подтверждением этому служит и наш материал, в котором «нерезекционные» операции (холецистэктомия, аппендэктомия, герниопластика, ваготомия, фундопликация) выполнены у 3418 больных, а резекционные – у 31, то есть у 10%. Кровотечения из регионарных артерий составили 3.5 %, из которых 1.4% лечены конверсией. Желчеистечение отмечены у 0.3%, а повреждения желчных протоков у 0.4%. Общее число конверсий Опыт показывает, что эндоскопическая хирургия требует тщательной специальной подготовки, одной из особенностей ее является тот факт, что опытные «зрелые» хирурги овладевают техникой эндохирургии труднее, чем молодые неопытные. Максимальное количество (до 60-70%) осложнений возникает в период освоения методик и проведения первых 20 операций. Признавая правильным тезис, что эндоскопическая операция – это операция одного хирурга, нельзя недооценивать огромную роль в успешности их проведения мастерству помощников и слаженности действий всей бригады, особенно в трудных ситуациях.

362. Нестандартные ситуации в эндоскопической внутрипросветной хирургии панкреатобилиарной системы

Балалыкин А.С (1), Муцуров Х.С.(2), Бирюков А.Ю.,(1) Вербовский А.Н.(1), Овсянников В.С.(1)

Москва, Грозный

1)ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России 2)ГБУ "Поликлиника №4 г.Грозного"

Актуальность. Эндоскопические вмешательства (ЭРПХГ ЭПГ, экстракция и разрушение камней, назобилиарное дренирование, стентирование) прочно заняли ведущие позиции в лечении доброкачественных (холедохолитиаз, стриктуры, новообразования) заболеваний и их осложнений (желтуха, холангит). Однако, при целом ряде клинических ситуаций, которые можно назвать нестандартными, неудачи применения ЭВПХ, достигают 20-30%, а осложнения и летальность - 10-15%, которые дискредитируют это направление как альтернативу традиционной хирургии. Материал и методы. Работа основана на опыте применения ЭВПХ с 1978 года, а непосредственному анализу подвергнуты 315 чреспапиллярных операций (ЧПО), включающих все современные их виды. К нестандартным ситуациям в ЭВПХ мы относим дивертикулы 12-перстной кишки (23%), аденоматоз устья БДС (18%), множественные складированные и крупные камни(29%), желчеистечения(7%), дренажи гепатикохоледоха (9%), стриктуры желчных протоков (3%), резекция желудка по Б-2 (7%), в том числе и их сочетания. Одни из них создают проблемы доступа (канюляции) в желчные протоки (дивертикулы, аденоматоз); другие - проведения по протокам инструментов и выполнение соответствующих вмешательств (камни, стриктуры) Результаты. Успех применения ЭВПХ в нестандартных ситуациях определяют опыт врача, слаженность работы операционной бригады, наличие качественного рентгеновского оборудования и современного эндоскопического инструментария и его прогнозирования на основании создания индивидуального алгоритма выполнения ЧПО. Неудачи ЭРПХ составили 5,9%, а ЭПТ-3.8% несмотря на применение всех видов инструментов. Таким образом, у 10% методом лечения остается традиционный хирургический. Кроме того, у ряда больных ЧПО были

паллиативными при крупном камне, синдроме Мирриззи и стриктурах, ибо хирургическое лечение им не проводилось, а естественный ток желчи обеспечен установкой стентов. Операции МЭК и МЛТ выполнены у 239 больных (90.5%), у 21 (8.8%) они были неудачными. Операция НБД производилась либо для лечения холангита, либо, как и стентирование пластиковыми стентами, для восстановления естественного тока желчи. Попытки стентирования предприняты у 64 (24.2 %) больных и были успешными у 51 (78%). Неудачи отмечены при крупных камнях и стриктурах после повреждений и клипирований во время операций. Таким образом, при холангиолитиазе ЧПО были успешны у 91.2% пациентов. Осложнения имели место при проведении ЧПО у 18 (5.7%) пациентов, умерли – 4 (1.3%), несмотря на их коррекцию традиционными хирургическими операциями. Резюме. Нестандартные ситуации являются проблемой современной эндоскопической внутрипросветной хирургии заболеваний панкреатобилиарной системы. Однако, при наличии современного оборудования и инструментов опытные врачи могут добиться хороших результатов у большинства пациентов.

363.Изменение микроциркуляции при развитии ИОХВ у больных с острой хирургической патологией

Алексеев А.М. (1), Баранов А.И. (1), Мугатасимов И.Г. (2), Петрова К.В. (2), Блинова Н.П. (1)

Новокузнецк

1) ГБОУ ДПО НГИУВ Минздравсоцразвития России, 2) МБЛПУ ГКБ №1

Актуальность: По данным мировой статистики инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ) являются вторыми по частоте (20%) и третьими по затратам среди всех нозокомиальных инфекций и составляют 38-40% случаев инфекции у хирургических пациентов. Таким образом, проблема ИОХВ в неотложной абдоминальной хирургии имеет большое социально — экономическое значение и требует дальнейшей разработки новых и усовершенствование имеющихся методов диагностики и профилактики. Цель исследования: провести сравнительную оценку параметров микроциркуляции кожи в области операционной раны, у больных оперированных по поводу острой хирургической патологии. Материалы и методы: В исследование вошли 83 больных оперированных по поводу острой хирургической патологии. Распределение по характеру оперативных вмешательств лапароскопические (аппендэктомии, холецистэктомии) – 44(53%), лапаротомные (ОКН, перитонит, и.т.д.) – 21 (25,3%), минидоступы (холецистэктомии, ушивание перфоративных язв) – 18 (21,7%). Среди них женщин было 38 (45,8%), мужчин — 45(54,2%). Возраст больных составлял от 18 до 83 лет. Средний возраст 47,1± 21,4 лет. Средний ИМТ 27,9±6,5 кг/м2. В качестве регистрирующей аппаратуры использовался «Лазерный анализатор капиллярного кровотока – ЛАКК-М», разработанный НПО «Лазма» (Россия). Запись проводили в течение 3 минут до получения наиболее полной информации о базальном уровне перфузии, который характеризует состояние гемомикроциркуляции в покое. Измерение состояния микроциркуляции на передней брюшной стенке выполнялось в области края послеоперационной раны, на расстояние не более 1 см. Измерения проводились на 1,3 и 5 сутки послеоперационного периода. Результаты: В послеоперационном периоде ИОХВ выявлено у 11 (13,3%) больных. Поверхностное ИОХВ – 10 (12%) пациентов, глубокое ИОХВ не выявлено, и у 1

(1,2%) пациента подтверждено ИОХВ органа. При поверхностной ИОХВ выполнялось разведение раны, санация и дренирование. Заживление вторичным натяжением. Чаще всего в посевах из ран высеивался *Staphylococcus aureus*. В случае с глубоким ИОХВ, выполнено повторное оперативное вмешательство с санацией очага инфекции. В группе оперированных пациентов, где заживление проходило первичным натяжением, в среднем показатель микроциркуляции на первые сутки составил $12,8 \pm 1,5$ пер.ед., на третьи сутки $10,7 \pm 1,2$ пер.ед., на пятые сутки $7,5 \pm 1,2$ пер.ед. В группе больных, где было верифицировано поверхностное ИОХВ показатель микроциркуляции в среднем на первые сутки составил $9,4 \pm 1,7$ пер.ед. ($p > 0,005$), на третьи сутки $18,2 \pm 1,9$ пер.ед. (р

364.Лапароскопическое лечение осложненных форм острого аппендицита у детей

Дронов А.Ф., Смирнов А.Н., Чундокова М.А., Аль-Машат Н.А., Залихин Д.В., Маннанов А.Г., Голованев М.А., Чирков И.С., Ратников С.А.

Москва

РНИМУ им. Н. И. Пирогова, ДГКБ №13 им. Н. Ф. Филатова

Проблема острого аппендицита является актуальной как среди взрослых, так и среди детей. И остается открытым вопрос в выборе тактики оперативного лечения детей с данной патологией. Во многих клиниках до сих пор выполняется открытая аппендэктомия при осложненных формах аппендицита. С целью обоснования выбора методики оперативного лечения при осложненных формах острого аппендицита было проведено ретроспективное исследование. В ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова за период с 2009 по 2015 гг находилось на лечении 1456 детей в возрасте от 3 до 17 лет с диагнозом острый аппендицит. Из них осложненных форм было 273 ребенка (периаппендикулярный инфильтрат – 138, периаппендикулярный абсцесс – 74, перитонит – 61). При этом пик заболеваемости отмечен в возрасте от 6 до 14 лет. Всем детям, поступавшим в клинику с диагнозом «острый аппендицит», помимо общих физикальных методов обследования, так же выполнялось предоперационное обследование: определение количества лейкоцитов и лейкоцитарная форма, выполнялся анализ КОС, биохимическое обследование. До операции детям выполнялось УЗИ исследование. В зависимости от состояния ребенка проводилась предоперационная подготовка. Критериями для проведения предоперационной подготовки являлись: температура тела выше 38 С., частота сердечных сокращений свыше 90 ударов в минуту, частота дыхания выше 20 в минуту, выраженные метаболические нарушения, гиповолемия. Всем детям выполнялась лапароскопия, устанавливались 3 троакара в типичных местах. В зависимости от размеров червеобразного отростка в пупок или над лоном устанавливался 11-миллиметровый троакар. Производилась ревизия брюшной полости. В последующем выполнялась лапароскопическая аппендэктомия, традиционным или ретроградным способом. На основании червеобразного отростка накладывалось две петли Рёдера. Конверсий не было. В случае невозможности удаления червеобразного отростка по техническим причинам, производилось дренирование брюшной полости. Оперативное лечение на данном этапе заканчивалось. Детям назначалась антибактериальная терапия, аппендэктомия производилась в холодном периоде после рассасывания инфильтрата. Показаниями к дренированию брюшной полости являлись: наличие выпота в брюшной полости, разделение периаппендикулярного инфильтрата, остаточная

полость после санации периаппендикулярного абсцесса. Использовалась модифицированная методика дренирования брюшной полости по Генералову. Дренаж удалялся на 2- 3 послеоперационные сутки. В послеоперационном периоде назначалась антибактериальная терапия по различным схемам: цефалоспорин II поколения + аминогликозид + метронидазол; цефалоспорин III поколения + метронидазол; амоксициллин + клавулановая к-та + аминогликозид; ампициллин + сульбактам + аминогликозид; карбопенем + метронидазол. На 5 – 6 сутки производился УЗ-контроль, повторный анализ крови и мочи. Дети выписывались домой на 6 – 7 послеоперационные сутки. Таким образом, лапароскопическое лечение детей с осложненными формами острого аппендицита оправданно, и приводит к хорошим результатам, так же сокращает период пребывания ребенка в стационаре.

365.Оправданность выполнения аппендэктомии при первичном пельвиоперитоните у девочек

Дронов А.Ф., Смирнов А.Н., Чундокова М.А., Аль-Машат Н.А., Залихин Д. В., Маннанов А.Х., Голованев М.А., Ратников С.А., Черкесова Е.М.

Москва

РНИМУ им. Н. И. Пирогова, ДГКБ №13 им. Н. Ф. Филатова

Вопрос выполнения инцидентальной аппендэктомии при первичном пельвиоперитоните остается спорным до настоящего времени. С целью обоснования необходимости выполнения данной операции было проведено ретроспективное исследование. В ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова за период с 2000 по 2014гг находилось на лечении 158 девочек в возрасте от 3 до 15 лет с диагнозом первичный пельвиоперитонит. При этом пик заболеваемости отмечен в возрасте от 3 до 10 лет. Все пациентки оперированы эндоскопически с предварительным диагнозом «острый аппендицит». У всех детей выявлен первичный пельвиоперитонит из них у 147 девочек выявлен вторичный аппендицит в связи, с чем выполнена аппендэктомия. В 11 случаях вторичных изменений червеобразного отростка не отмечалось, и аппендэктомия не производилась. Послеоперационных осложнений не наблюдалось. При лапароскопии в 65% случаев выявлен мутный, тянущийся выпот, из них в 7% выявлены отложения фибрина, в 35% - прозрачный выпот. Отмечались следующие макроскопические изменения в червеобразном отростке: гиперемия червеобразного отростка (37%), инъецированность сосудами (35%), ригидность (10%), наложения фибрина (3 %), деформирование спайками (7%), в 6 % - изменений не выявлено. При морфологическом исследовании удаленных червеобразных отростков деструктивные изменения отмечены в 39%, вторичные изменения отмечались в 43%, явления хронического аппендицита отмечались в 8%, воспалительной инфильтрации не отмечалось в 7% случаев. Таким образом, выполнение аппендэктомии у детей с первичным пельвиоперитонитом оправданно, поскольку не возможно достоверно оценить уровень поражения червеобразного отростка, исключить и вероятность развития дальнейшего вторичного воспаления. Золотым стандартом лечения у детей является диагностическая/санационная лапароскопия. По нашему мнению, при выполнении лапароскопических операций при патологии органов малого таза у девочек попутная аппендэктомия вполне оправданна и позволяет избежать риск развития острого аппендицита в будущем.

366.Диагностическая и лечебная лапароскопия у больных с закрытой абдоминальной травмой: показания, противопоказания, результаты.

Щеголев А.А.(1), Чевокин А.Ю.(2), Товмасын Р.С.(1), Мурадян Т.Г.(1).

Москва

1) ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России 2) ГБУЗ ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ

Материалы исследования: 335 пациентов, находившихся на лечении в ГКБ им. Ф.И. Иноземцева Департамента здравоохранения города Москвы за период с января 2006 по декабрь 2014 года с диагнозом «изолированная или сочетанная закрытая абдоминальная травма» с выявленной при экстренном УЗИ и КТ «свободной жидкостью в брюшной полости». Средний возраст пациентов составил $38,3 \pm 7,9$ лет. Мужчин - 213 (63,6%), женщин - 122 (36,4%). Основным механизмом получения травмы была кататравма - ДТП, падение с высоты и избиение. Сочетанная травма - 157 пациентов (46,9%). Изолированная абдоминальная травма выявлена у 178 пациентов (53,1%)
Методы исследования: Комплексное общеклиническое обследование, Рентгенография брюшной полости, УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства, компьютерная томография с контрастным усилением, лапароскопия. Результаты исследования: Стратегия лечения пациентов с абдоминальной травмой, подразумевала, по существу, наличие трех тактических решений. Консервативное лечение выполнено 92 пациентам (27,2%). Лапароскопия Выполнена 211 пациентам (63%). Показания к выполнению лапароскопии: Пациентам, у которых по данным УЗИ гемоперитонеум оценивался как «умеренный» (до 1000 мл). Пациентам с меньшим количеством крови в брюшной полости, при отсутствии сознания и нестабильной гемодинамике. Увеличение количества свободной жидкости при УЗИ в динамике. У 52 (15,5%) пациентов было принято решение о необходимости экстренной лапаротомии. У 159 (47,5%) пациентов с гемоперитонеумом лапароскопия явилась единственным инвазивным хирургическим вмешательством. Лапаротомия выполнена 85 пациентам (25,4%). Показания к выполнению лапаротомии: гемоперитонеум более 1000 мл («большой»), продолжающееся внутрибрюшное кровотечение по данным лапароскопии при невозможности эндоскопического гемостаза, перитонит, нестабильные, нарастающие забрюшинные гематомы по данным УЗИ, КТ и лапароскопии, поступление "свежей" крови по дренажу после лапароскопии. Случаев эксплоративной лапаротомии в настоящем исследовании не было. Умерли 62 пациента, общая летальность составила 18,5%. Обсуждение результатов. Внедрение в клиническую практику тактики дифференцированного подхода (которая заключается, прежде всего, в стремлении избежать «напрасной» лапаротомии), значительно снизили оперативную активность, что позволило существенно снизить летальность и количество осложнений у пострадавших с закрытой абдоминальной травмой.

367. Анализ осложнений лапароскопической санации брюшной полости при распространенном перитоните

Джугурян А.С., Покровский Е.Ж.

Иваново

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Вторичный перитонит остается одной из распространенных и трудноразрешимых патологий абдоминальной хирургии. Его доля в общей структуре осложнений после операций на органах брюшной полости составляет от 19,7 до 44% (Н.Д. Томнюк, И.А. Рябков и др. 2008; Назыров Ф.Г. 2005; К.М. Курбонов Н.И., Даминова 2007). Несмотря на быстрое развитие медицинских технологий и новых способов лечения, смертность при этой патологии остается очень высокой и достигает 5,3–19,5% (M. Perez Fontan, A. Rodriguez-Carmona et al. 2005; M. Hynninen, J. Wennervirta et al. 2008; R.L. Bracho-Riquelme, M.A.S. Reyes-Romero et al. 2008; F.C. Riché, X. Dray et al. 2009). Летальный исход обусловлен в первую очередь продолжающимся воспалительным процессом в брюшной полости, развитием септического шока. Хирургическое вмешательство, несмотря на возможности современной антибактериальной терапии, до настоящего времени остается ключевым методом лечения тяжелого вторичного перитонита. В последние годы в арсенал хирурга прочно вошла этапная санация брюшной полости, выполняемая как «по программе», так и «по требованию». В связи с высокой травматичностью открытых ревизий брюшной полости, в настоящее время активно внедряются малоинвазивные (видеолапароскопические) методы санации брюшной полости. Внедрение новой методики неизбежно привело к появлению и новых специфических осложнений. В связи с этим нами предпринята попытка систематизации осложнений видеолапароскопических этапных санаций брюшной полости и формирование путей их профилактики. Цель. Улучшить результаты лечения больных с распространенным перитонитом, за счет проведения мероприятий по профилактике интраоперационных и послеоперационных осложнений этапной видеолапароскопической санации брюшной полости. Материалы и методы. Нами было произведено обследование 63 больных, проходивших лечение по поводу острой хирургической патологии органов брюшной полости, осложненной вторичным распространенным перитонитом. Тяжесть состояния больных оценивали по шкалам SOFA, и показателем ЛИИ по Я.Я. Кальф-Калифу. Первая группа, состояла из 31 больного, подвергшихся этапной санационной релапаротомии. Вторую группу составили 32 пациента, которым этапный лаваж был проведен с помощью видеолапароскопической техники. Способ этапной санации выбирался случайно. Исходный статус больных (стадия тяжелого сепсиса перитонита и коррелирующее состояние основных органов и систем) позволял говорить о сопоставимости групп. В ходе работы мы оценивали эффективность санационных мероприятий этапной релапаротомии и видеолапароскопии. Для этого использовали динамику показателей уровня летучих жирных кислот в крови и экссудате из брюшной полости (Покровский Е.Ж., Станкевич А.М., Акайзин Э.С. 2013); анализировали развитие гнойных осложнений. Параллельно оценке эффективности санационных мероприятий мы изучили реакцию сердечно-сосудистой и дыхательной систем в ответ на агрессивное инвазивное лечение. Результаты исследования. Уровень содержания летучих жирных кислот в крови у больных распространенным перитонитом в стадии тяжелого сепсиса через 24 часа после эндовидеохирургической/ традиционной открытой санации брюшной полости соответствовали: уксусная кислота $0,14000 \pm 0,02000 / 0,12000 \pm 0,01000$ ммоль/л; пропионовая кислота $0,00015 \pm 0,00001 / 0,00013 \pm 0,00001$ ммоль/л; масляная кислота $0,00004 \pm 0,00001 / 0,00004 \pm 0,00002$ ммоль/л. После эндовидеохирургической санации брюшной

полости нами было отмечено достаточно быстрое снижение содержания всех летучих жирных кислот в крови и перитонеальном экссудате. При этом в 2,5-3 уменьшилась концентрация уксусной и масляной кислот. Такая же картина наблюдалась и при традиционной открытой санации, что свидетельствует о сопоставимой эффективности санационных мероприятий. После этапной традиционной санации брюшной полости осложнения локального характера диагностированы у всех больных. Чаще наблюдалось нагноение раны (70,9%) и инфильтраты – (22,6%). У пациентов с эндовидеоскопической санацией данные осложнения отмечены только в 20,9% случаях. Внутрибрюшные абсцессы отмечены в 3,2% при применении санационной релапаротомии и 9,1% – видеолапароскопического этапного лаважа. Из специфических локальных осложнений при лапароскопической санации необходимо отметить развитие абсцессов троакарной раны (20,9%) и в 36,5% наблюдений троакарные грыжи в зоне доступа по Хассану. Реакцию сердечно-сосудистой и дыхательной систем в ходе проведения этапной релапаротомии и видеолапароскопии мы оценивали с помощью мониторинга показателей PetCO₂ (капнометрия), SpO₂ (пульсоксиметрия). Нами были получены следующие результаты. Исходный статус больных характеризовался показателями альвеолярной вентиляции PetCO₂ на уровне 42,7±1,5 мм рт. ст. и уровнем артериальной оксигенации SpO₂=97±1% у пациентов обеих групп. В ходе интраоперационного мониторинга выявлены следующие особенности. Оцениваемые показатели при этапной санации традиционным способом в начале операции (снятие швов), и в ходе оперативного вмешательства имели устойчивый характер. Снижение PetCO₂ было статистически незначимым (p>0,05). Начало операции при эндоскопической санации (создание карбоксиперитонеума) сопровождалось кратковременным ухудшением альвеолярной вентиляции в среднем на 9% (PetCO₂=45,3±2,6 мм рт. ст.), что в 1,5 раза превышает пределы физиологической нормы (p<0,05) носили стабильный характер. В процессе осуществления перитонеального лаважа отмечался выраженный разброс между PetCO₂-min и PetCO₂-max. После стабилизации давления в брюшной полости показатели стабилизировались и соответствовали показателям первой группы. Ход операции и завершение (устранение карбоксиперитонеума) характеризовались стабильностью величин показателей. Традиционные гемодинамические показатели подтверждали полученные данные капнометрии и пульсоксиметрии. Исходный статус больных характеризовался показателями частоты сердечных сокращений 91,3±2,7 в мин.; систолическим артериальным давлением 111,2±5,1 мм рт. ст.; диастолическим артериальным давлением 88,3±4,3 мм рт. ст.; систолическим объемом 44,1±8,9мл. При релапаротомии гемодинамические параметры не имели существенного отклонения от исходных значений. Это невозможно сказать о второй группе больных, где отмечались выраженные изменения показателей. Начало операции (создание карбоксиперитонеума) сопровождалось увеличением ЧСС на 17,3% – до 110,1±2,9 в минуту, АДс и АДд на 20,2% и 21,4% соответственно. При этом СО уменьшался в среднем до 38,2±7,8 мл, что соответствовало нижней границе нормы. После нормализации давления в брюшной полости и адаптации сердечно-сосудистой системы к новым условиям, происходила нормализация показателей. В конце операции (ликвидация карбоксиперитонеума) отмечалось незначительное увеличение ЧСС, повышение АДс и АДд, а также возрастание СО. Выводы. У больных распространенным перитонитом в стадии тяжелого сепсиса возможно проведение этапного перитонеального лаважа с помощью эндовидеохирургической методики, так эффективность процедуры сопоставима с традиционной релапаротомией. Однако в случае выявленных при лапароскопическом исследовании трудностей с санацией межпетельного пространства тонкой кишки, необходимо выполнять релапаротомию, что профилактирует развитие межпетельных абсцессов. Эффективность санационных мероприятий в процессе эндоскопической методики перитонеального лаважа подтверждается дальнейшим течением заболевания и объективизируется уменьшением уровня летучих жирных

кислот в биологических средах. При видеолaparоскопической санации брюшной полости по поводу распространенного гнойного перитонита в 20,9% наблюдений отмечаются абсцессы троакарной раны. В 36,5% наблюдений в зоне доступа по Хассану развиваются торакарные грыжи. Это можно отнести к специфическим осложнениям видеолaparоскопической санации, требующим последующей коррекции. При проведении видеолaparоскопической санации брюшной полости по поводу распространенного гнойного перитонита на этапах создания карбоксиперитонеума и его ликвидации наблюдается большее, чем при релaparотомии напряжение функционального статуса сердечно-сосудистой и дыхательной систем, что должно несколько ограничивать проведение санации брюшной полости таким методом.

368. Малоинвазивные методы оперативного лечения органических форм хронической дуоденальной непроходимости

Разумовский А.Ю., Дронов А.Ф., Смирнов А.Н., Алхасов А.Б., Залихин Д.В., Маннанов А.Г., Митупов З.Б., Халафов Р.В.

Москва

РНИМУ им. Н. И. Пирогова, ДГКБ №13 им. Н. Ф. Филатова

Хроническая дуоденальная непроходимость (ХДН) – это клинический симптомокомплекс, обусловленный нарушением моторной и эвакуаторной деятельности двенадцатиперстной кишки (ДПК) различной этиологии (органической или функциональной природы), который приводит к задержке (стазу) ее содержимого. Наиболее изучена и систематизирована этиология органических форм ХДН, так как они, по сравнению с функциональными, легче диагностируются и в значительной мере требуют хирургического лечения. В ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова наблюдались 4 детей с явлениями ХДН: двое мальчиков 11 и 12 лет (мальчик 11 лет с синдромом Дауна), двое девочек 15 и 17 лет. У всех детей отмечались жалобы на периодические боли в животе, вздутие живота, тошноту, периодическая рвота, снижение аппетита. Девочки были астенического телосложения и пониженного питания. У мальчиков отмечалась «шум плеска» после еды. При проведении УЗИ брюшной полости выявлено расширение двенадцатиперстной кишки (ДПК). При выполнении рентгенологического исследования ЖКТ с контрастным веществом определялось расширение ДПК, задержка эвакуации контрастного вещества, маятникообразное движение стенки ДПК и заброс контрастного вещества в желудок. У мальчиков, проходивших данное исследование, выявлено значительное расширение не только ДПК, но и желудка. По результатам ФГДС у всех детей выявлено нарушение проходимости ДПК, а также гастрит и дуодено-гастральный рефлюкс. У мальчиков выявлено сужение (стеноз) ДПК в нисходящей части. Ввиду этого мы посчитали ясность причины ХДН и от проведения КТ брюшной полости мальчикам решено воздержаться. У девочек на КТ по совокупности признаков определялось артериомезентериальная компрессия ДПК. Детям выполнено лапароскопическое наложение дуодено-еюноанастомоза: одному ребенку дуоденоеюностомия «бок-в-бок», трем детям выполнена дуоденоеюностомия по Ру. После проведения оперативного вмешательства дети находились в отделении реанимации и интенсивной терапии в течение в течение 4 суток, энтеральная нагрузка начата с 5 суток. Дети получали парентеральное питание, инфузионную и

антибактериальную терапию, выписаны из стационара на 10-12 сутки. Через 6 месяцев после операции дети поступили для планового обследования. Состояние детей удовлетворительное, жалоб не предъявляют. При проведении рентгеноконтрастного исследования ЖКТ пассаж контраста удовлетворительный, маятникообразные движения не определяются. Выбор характера операции при хронической непроходимости двенадцатиперстной кишки должен быть индивидуален и строго обоснован формой заболевания. Механическая причина ХДН требует оперативного лечения. Ввиду развития малоинвазивных технологий данную операцию целесообразно проводить лапароскопическим способом, что ведет к благоприятному послеоперационному периоду и хорошему косметическому результату. Способ наложения дуоденоюноанастомоза зависит от решения хирурга. Как нам кажется, более физиологичен анастомоз с использованием петли по Ру, В наших наблюдениях во всех случаях пассаж по ЖКТ удовлетворительный и не зависел от вида анастомоза.

369. Магнитные инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей.

Разумовский А.Ю., Дронов А.Ф., Смирнов А.Н., Тихомирова Л.Ю., Залихин Д.В., Маннанов А.Г., Холостова В.В., Ермоленко Е.Ю., Халафов Р.В.

Москва

РНИМУ им. Н.И. Пирогова, ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова

Употребление несъедобных объектов, случайно или намеренно, является общим среди детей младшего возраста (до 5 лет), но встречается и у детей старшего возраста. Несъедобные объекты, такие как магниты, могут привести к серьезным проблемам со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (перфорации, свищи, заворот и др.). Традиционные алгоритмы диагностики и лечения детей с инородными телами ЖКТ говорят о выжидательной тактике, надеясь на то, что инородное тело выйдет естественным путём. В отношении инородных тел с магнитной силой данная тактика не корректна. При выявлении нескольких магнитов ряд авторов выступает за проведение хирургического вмешательства для их удаления, другие же говорят о неясности тактики при наличии нескольких магнитов в ЖКТ. Увеличение числа случаев осложнений при проглатывании нескольких магнитов привело к созданию определённых схем лечения. В настоящее время мы обладаем опытом лечения 46 детей с инородными магнитными телами желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Преобладали мальчики. Возрастной состав: до 3 лет – 12 детей, от 3 до 7 лет – 23 детей, после 7 лет – 11 детей. У 18 детей магнит был в единственном числе, у 28 диагностированы множественные инородные тела. При наличии нескольких магнитов клиническая картина была стертой и носила неспецифичный характер (периодические боли в животе, субфебрильная температура, рвота, жидкий стул, слабopоложительные перитонеальные симптомы), иногда также отсутствовала. В качестве диагностики нами использованы рентгенография брюшной полости, ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости, фиброгастродуоденоскопия (ФЭГДС), компьютерная томография (КТ). У 17 детей, имеющих одно инородное тело, магнит получен без операции (в стуле в 13 случаях, 4 детям инородное тело извлечено при ФЭГДС). В наблюдениях множественных магнитных тел ЖКТ 11 у детей не производились оперативные вмешательства (у 7 детей инородные тела были получены в стуле,

удалены при помощи ФЭГДС у 4 детей). По поводу множественных инородных магнитных тел ЖКТ выполнено 17 операций. Нами выполнены: 1 лапаротомия по старому рубцу, операций с лапароскопической ассистенцией – 4, полноценных лапароскопических операций – 12. При операциях выявлены осложнения: перфорации и пролежни стенки кишки, местный перитонит, заворот петли кишки, инвагинация кишки. В ходе операций наблюдались соединения как одноименных, так и различных отделов ЖКТ между собой. Выявлено, что спустя 4 часа отмечаются нарушение трофики участки кишки в месте прилегания друг к другу магнитных тел. Учитывая опыт лечения детей с инородными магнитными телами ЖКТ, мы выработали алгоритм лечебной тактики: все дети, поступившие с инородными магнитными телами или телом, должны находится под тщательным наблюдением в стационаре, динамическом рентгенологическим контролем за пассажем магнитов по ЖКТ и при отсутствии пассажа и неудачных попытках извлечения при ФЭГДС возможно проведение полноценных лапароскопических операции, ведущих к благоприятному послеоперационному периоду, хорошему косметическому результату и сокращению срока госпитализации.

370.ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ

Дронов А.Ф., Смирнов А.Н., Чундокова М.А., Тихомирова Л.Ю., Залихин Д.В., Маннанов А.Г., Аль-Машат Н.А., Холостова В.В., Голованев М.А., Ермоленко Е.Ю., Халафов Р.В.

Москва

РНИМУ им. Н.И. Пирогова, ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова

Цель: доказать на клиническом опыте эффективность применения лапароскопических операций при осложненном дивертикуле Меккеля. Метод основан на современных возможностях эндоскопического оборудования и применение различных способов удаления дивертикула Меккеля. С 1995 года выполнено 131 оперативное вмешательство по поводу осложненного дивертикула Меккеля: кровотечение - 75, дивертикулит - 44, кишечная непроходимость – 8, полный кишечный свищ – 4. В 90,6% дети оперированы по экстренным показаниям. Установлена диагностическая ценность УЗИ – 7,3%, РИИ – 43,8%, лапароскопия – 100%. Выполнено 2 открытых оперативных вмешательства и 129 лапароскопических и видеоассистированных операций, из них с использованием сшивающего аппарата 44, наложение петли Редера 81, наложение интракорпорального кишечного шва 4. Получены следующие результаты: переход на открытую операцию - 2, средняя длительность операции - 45 минут, осложнения – 1 (спаечная непроходимость, разрешенная лапароскопическим способом), рецидив кровотечения – 0, срок госпитализации – 5,1 суток. Исходя из имеющегося опыта, установлены ранние активизация больных и возможность энтеральной нагрузки, выраженный косметический эффект, сокращение сроков пребывания в стационаре и времени полного восстановления.

371. Результаты эндовидеохирургического лечения острого аппендицита.

Копырин Д.С., Шляхова М.А., Бронштейн П.Г., Садыкова Н.У., Семенчева О.В.

Тула

ГУЗ ТГКБСМП им. Д.Я. Ваныкина

Заболеваемость острым аппендицитом (ОА) составляет 4—5 случаев на 1000 человек в год. Лапароскопическая аппендэктомия (ЛАЭ)- предпочтительный способ минимально инвазивного выполнения аппендэктомии для хирургических стационаров, имеющих соответствующее техническое оснащение и подготовленных хирургов. По данным литературы, средняя продолжительность ЛАЭ составляет 90 мин, возникновение послеоперационных осложнений колеблется от 2,35% до 4,2%, продолжительность стационарного лечения 5-10 дней. Единого стандарта обработки брыжейки и культы червеобразного отростка (ЧО) в процессе ЛАЭ в настоящее время нет. Однако перечисленные факторы, являются основными, влияющими на частоту интра и послеоперационных осложнений и продолжительность лечения . Целью нашего исследования было проанализировать результаты малоинвазивного лечения 46 больных с ОА. Материалы и методы: Данное исследование включает в себя ретроспективный анализ 46 историй болезни пациентов, которым проведена ЛАЭ в 1 хирургическом отделении ГУЗ ТГКБСМП им. Д.Я. Ваныкина с 2013г по 2015г. Средний возраст больных составил $32,3 \pm 5,3$ лет. В первой группе (7 больных) обработка брыжейки ЧО проводилась с помощью биполярной коагуляции энергетической станцией ERBE VIO 300D. Во второй группе (39 больных) обработка брыжейки ЧО проводилась ультразвуковым скальпелем Harmonic. Во всех случаях культа ЧО погружена в кисетный шов. Извлечение ЧО проводилось в контейнере или через 10 мм троакар. Из 46 больных в 2(4,3%) случаях имели место осложненные формы острого аппендицита (распространенная форма перитонита и периаппендикулярный инфильтрат). Во всех случаях осложненного аппендицита осуществляли санацию брюшной полости. У всех пациентов операцию завершали дренированием брюшной полости . Результаты: В первой группе больных средняя длительность операции $84,3 \pm 6,2$ мин составила средняя длительность лечения составила $7.1 \pm 0,9$ койко-дней. Конверсии не было. Осложнения со стороны брюшной полости и послеоперационных ран в данной группе больных не наблюдалось. Во второй группе средняя длительность лечения составила $5.3 \pm 0,9$ койко-дней, средняя продолжительность операции $75 \pm 14,3$. Конверсии в 3 случаях: по причине плотного инфильтрата, и невозможности его лапароскопического разделения. Осложнений со стороны брюшной полости в данной группе больных также не наблюдалось, в одном случае (2,5%) наблюдалось нагноение троакарной раны. Выводы: Исползованные способы обработки брыжейки ЧО безопасны, являются простым и доступным методом, обеспечивающим надежный гемостаз. Наложение кисетного шва исключает риск несостоятельности культы ЧО и незначительно увеличивает продолжительность операции. Лапароскопическая аппендэктомия, выполненная описанными способами отличается минимальным количеством интраоперационных и послеоперационных осложнений, быстрым восстановлением трудоспособности.

372.Видеолапароскопические и робот-ассистированные вмешательства при очаговых образованиях органов брюшной полости и забрюшинного пространства, лапароскопической донорской нефрэктомии.

Кислицин Д.П., Хрячков В.В., Добровольский А.А., Колмачевский Н.А.

Ханты-Мансийск,Россия

Окружная клиническая больница

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения, оценить возможность применения видеолапароскопических и роботизированных технологий при очаговых образованиях органов брюшной полости и забрюшинного пространства, лапароскопической донорской нефрэктомии. Материал и методы: За 10 лет выполнено 86 видеолапароскопических вмешательств, в т.ч.- 12 с использованием роботизированного комплекса daVinci S. Нозологии распределились следующим образом: простые кисты и поликистоз печени-38 пациентов, эхинококковые кисты печени-12, кистозные опухоли надпочечников-16, кистозная опухоль селезенки-2, болезнь Минковского-Шоффара-3, кистозные опухоли поджелудочной железы-5, аденома печени-5, ФНГ-2, первичный рак печени-1, рак БДС-1, донорская эксплантация левой почки-2. В диагностике использовали ультразвуковое исследование, включая интраоперационное, спиральную компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию с режимом МРХПГ, иммунологические тесты, данные гистологии. Оперировано 55 женщин и 31 мужчина в возрасте от 21 до 68 лет. У пациентов с простыми кистами в 12 случаях выявлена одиночная киста, в 26-множественные кисты печени; выполнялась фенестрация, у 8 пациентов - при локализации в задних сегментах (VII-VIII, IVA)- с применением роботизированного комплекса da Vinci S. У пациентов с паразитарными кистами осложненная форма выявлена в виде нагноения и цистобилиарного сообщения у двух больных. Выполнены: неанатомическая резекция правой доли печени при гигантской одиночной неосложненной кисте в одном случае, эхинококкэктомия при одиночных кистах III,V,VI и VII сегментов- в 11 случаях, робот-ассистированная эхинококкэктомия нагноившейся кисты VIII сегмента и перицистэктомия неосложненной кисты II сегмента печени. Во всех случаях после эхинококкэктомии и перицистэктомии применяли аргон-плазменную коагуляцию, а при диффузном кровотечении из паренхимы печени-гемостатическую пластину Тахокомб. Антипаразитарную обработку полости кисты после эвакуации жидкостного содержимого проводили 20% раствором хлорида натрия с экспозицией 15 минут. Кистозные опухоли надпочечников во всех случаях имели одностороннюю локализацию. Адреналэктомия при кистозных опухолях надпочечников выполнялась с использованием ультразвуковых ножниц и аппарата LigaSure -5 мм, клипс для обработки надпочечниковой вены. Экспресс гистологическое исследование проводилось интраоперационно в обязательном порядке, у одного пациента выявили адреналокортикальный рак, операция дополнена лимфодиссекцией. Спленэктомия выполнена у двух пациентов с доброкачественными кистозными опухолями селезенки и у трех пациенток - с болезнью Минковского-Шоффара. Ножка обработана сшивающим аппаратом Endo GIA. Дистальные резекции поджелудочной железы со спленэктомией у 5 пациентов выполнялись с использованием ультразвуковых ножниц, аппарата «Лига Шу» 5 мм, обработкой селезеночной вены и селезеночной артерии, пересечением железы по перешейку сшивающими аппаратами. При удалении аденом печени и ФНГ выполнялись неанатомические резекции печени в двух случаях - с использованием роботизированного комплекса daVinci S. При первичном раке печени выполнена анатомическая правосторонняя гемигепатэктомия, обработка портальных и кавальных работ после ультразвуковой диссекции проводилась с использованием клипс «Гемалок» и

сшивающего аппарата (правая печеночная вена). При раке БДС, совместно с коллегами из Москвы, выполнена лапароскопическая ПДР с вариантом однопетлевой реконструкции. Начало программы родственной трансплантации почек в ОКБ успешно осуществлено у двух пациенток лапароскопическими, с ручной ассистенцией, донорскими нефрэктомиями слева. Результаты: Осложнения имели место у четырех пациентов (4,7%) - формирование биломы после неанатомической лапароскопической резекции правой доли печени - устранено на релапароскопии клипированием билиарного протока на фиброзной капсуле; желчный свищ после правосторонней гемигепатэктомии закрылся самостоятельно на 23-е сутки; остаточная гнойная полость после эхинококкэктомии нагноившейся кисты VII сегмента печени потребовала пункционно-дренажных методов лечения под контролем УЗИ. Послеоперационный панкреатит с формированием постнекротической кисты, осложненной аррозивным кровотечением из культи селезеночной артерии в просвет кисты на 18-е сутки послеоперационного периода потребовали лапаротомии. Конверсия при неанатомической резекции аденомы печени была связана с неконтролируемым кровотечением. Осложнений анестезиологического пособия, летальных исходов не было. Заключение: 1.Методы хирургического лечения больных с очаговыми образованиями брюшной полости и забрюшинного пространства индивидуальны и зависят от общего состояния пациента, количества и расположения образований, наличия осложнений, что в значительной степени определяют данные лучевых методов диагностики. 2.Видеолапароскопические вмешательства возможны у пациентов с одиночными неосложненными кистами печени при планируемой эхинококкэктомии с тщательным соблюдением правил антипаразитарной обработки. 3.Применение современных методов гемо- и билиостаза позволяют снизить количество послеоперационных осложнений. 4.Использование роботизированного комплекса оправдано при «трудных» локализациях очаговых образований, с учетом большего количества «степеней свободы» рабочего инструмента при работе в ограниченном пространстве. 5.Наличие опыта лапароскопических вмешательств позволяет безопасно применять наиболее перспективный в трансплантологии минимальноинвазивный вариант донорской нефрэктомии.

373.Консервативный» метод лечения перекрута придатков матки у детей

Черкесова Е.М.(1), Дронов А.Ф.(1), Смирнов А.Н.(1)(2), Чундокова М.А.(1), Аль-Машат Н.А.(1), Залихин Д.В.(2), Маннанов А.Г.(2), Холостова В.В.(1), Голованев М.А.(1), Ратников С.А.(1)

Москва

1)ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова. 2)ДГКБ № 13 им.Н.Ф.Филатова

Введение: Вопрос хирургической тактики при перекруте придатков матки является актуальным, т.к. по данным разных авторов в 60-70% случаев выполняется аднэксэктомия. Однако яичник является одним из звеньев цепи гормональной регуляции, и его удаление в детском возрасте может привести к снижению эстрогенной функции, спровоцировать нарушения менструальной функции и нейроэндокринные расстройства. Последние годы в литературе появились сообщения о «консервативном» методе лечения данного состояния, когда после деторсии яичник и маточная труба не удаляются. Цель исследования: Изучить результаты органосохраняющей тактики при

перекруте придатков матки. Материалы и методы: С 2006 по 2014 гг в ДГКБ№13 им. Н.Ф.Филатова находились 16 девочек с перекрутом придатков матки. Средний возраст пациенток 7,5 лет (5мес-15лет). Давность заболевания составила от 1 до 5 суток. Диагноз при поступлении у 9 детей – подозрение на острый аппендицит, у 5 - киста брюшной полости, у 3 – перекрут придатков матки. До операции диагноз перекрута установлен у 8 девочек, причем только у трех по УЗИ. Все дети оперированы эндоскопически. У 6 детей выполнена аднэксэктомия ввиду явного некроза придатков матки, у 10 детей, несмотря на признаки ишемии, выполнена органосохраняющая операция. В послеоперационном периоде проводилось симптоматическое лечение: трентал, антибиотикотерапия, сеансы ГБО с первых суток. Состояние придатков маткиконтролировалось клиническим осмотром и ежедневным динамическим эхографическим исследованием. Результаты: Состояние детей в послеоперационном периоде было удовлетворительным. После органосохраняющей операции(10 детей) при ЦДК кровотоков определялся в пораженном яичнике на 2 сутки у 2 девочек, на 3 сут – у 4 детей, на 4 сут - у трех, у 1 ребенка результат был отрицательный. Размеры и эхоструктура яичника нормализовались к 5 сут у 4 детей, к 8 сут – у 5, у 1 девочки УЗ-картина осталась без изменений. Родители ребенка с неудовлетворительными результатами по УЗИ от повторной лапароскопии отказались, и ребенок был выписан домой. Остальные дети обследованы в отдаленные сроки после операции (1 - 9 лет). При УЗИ яичники (эхоструктура и размеры) соответствуют возрасту, определяются фолликулы. У 6 девочек пубертатного возраста менструальная функция не нарушена. Выводы: Проведенный метод лечения перекрута придатков матки у 9 детей позволил сохранить анатомическую единицу и потенциал репродуктивной функции. Макроскопические характеристики не являются абсолютно объективными для решения вопроса о аднэксэктомии. Данная проблема требует дальнейшего изучения, т.к. на сегодняшний день не существует объективных методов оценивающих жизнеспособность придатков матки после деторсии.

374. Хирургическое лечение кистозных трансформаций поджелудочной железы

Разумовский А.Ю., Смирнов А.Н., Залихин Д.В., Маннанов А.Г., Халафов Р.В.,

Москва

РНИМУ им. Н.И. Пирогова, ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова

Цель: улучшение результатов лечения кистозных мальформаций поджелудочной железы у детей в результате внедрения в практику эндоскопических оперативных вмешательств. За время работы нашей клиники, накопился определенный опыт курации пациентов с данной патологией. Встречались все основные виды кист поджелудочной железы: врожденные кисты на фоне кистозно-фиброзного панкреатита, ретенционные кисты или псевдокисты, возникающие на фоне хронического панкреатита, в том числе и с панкреонекрозом. Дегенерационные кисты, возникающие на месте некрозов ткани поджелудочной железы при ее травматическом повреждении. Так же, кисты встречались на месте деструктивных очагов, возникающих на фоне острого некротического панкреатита; кисты, как осложнения тяжелой химиотерапии (при лейкозе), на фоне нарушений микроциркуляции после кардиохирургических вмешательств с использованием АИК. Встречались кисты, причиной которых являлось нарушение оттока

панкреатического сока через большой дуоденальный сосочек. И редкие формы кистозных опухолей поджелудочной железы - псевдопапиллярная опухоль. Практически у всех детей, кисты поджелудочной железы протекали с осложнениями, неоднократно возникали приступы обострения хронического панкреатита, в одном случае отмечался эпизод эрозивного артериального кровотечения в кисту головки поджелудочной железы, с выделением крови в просвет 12 п.к. через фатеров сосочек и геморрагическим шоком. Во время мобилизации поджелудочной железы при вирсунголитиазе произошел отрыв верхней брыжеечной вены, что потребовало формирования аутовенозной вставки. Кисты поджелудочной железы обнаруживались во всех отделах органа, исходили в окружающие ткани в различных направлениях. В качестве хирургического лечения применялись все основные виды вмешательств: иссечение кисты, резекция кист, резекция железы, дренирование наружное и внутреннее. Вид и время оперативного вмешательства зависят от этиологии заболевания, но операция должна быть максимально органосохраняющей, функциональной и, по возможности, одноэтапной. За период с 2003 года в клинике наблюдалось 34 ребенка с различными кистами поджелудочной железы. 56% из этих детей были оперированы из лапаротомного доступа. Были выполнены следующие операции: цистоеюностомия - 5 случаев, цистогастростомия - 4, резекция хвоста поджелудочной железы с кистой - 4, вылушивание кисты - 2, панкреатодуоденальная резекция - 2, продольная вирсунгоюностомия - 2. В настоящее время большинство операций при данной патологии в нашей клинике проводятся с использованием миниинвазивной эндоскопической техники. Выполнена лапароскопическая цистоеюностомия по Ру в 5 случаях, иссечение кисты - 8 случаев, продольный панкреатоеюноанастомоз 2 случая.

375. Хирургическое лечение болезни Пайра у детей

Разумовский А.Ю., Смирнов А.Н., Залихин Д.В., Маннанов А.Г., Чундокова М.А., Голованев М.А., Холостова В.В., Ермоленко Е.Ю.,

Москва

РНИМУ им. Н.И. Пирогова, ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова

Большинство исследователей относит болезнь Пайра к порокам развития ободочной кишки и причины формирования препятствия для прохождения каловых масс и газов в области селезеночного изгиба связывают с нарушением анатомии последнего и птозом удлинённой поперечной ободочной кишки. Данные о частоте встречаемости болезни Пайра у взрослых ограничиваются упоминанием о высоком расположении селезеночного изгиба у пациентов с жалобами на хронические запоры в 6,8% случаев, а также об изолированном удлинении и провисании поперечного отдела в 0,79 - 5,14% наблюдений в структуре пороков развития толстой кишки. Среди пациентов детского возраста с врождёнными аномалиями тонкой и толстой кишки удлинении поперечного отдела выявлено в 4,7% случаев. Основными клиническими проявлениями болезни Пайра являются боли в животе и хронические запоры. Некоторые исследователи отмечают связь манифестации клинических признаков болезни со стрессами и перенесёнными кишечными инфекциями. Хронической задержкой опорожнения кишечника страдают более половины пациентов с болезнью Пайра. Продолжительность запоров

обусловлена степенью нарушения пассажа по кишке, на «высоте» запора часто наблюдается боль в животе. Длительная задержка каловых масс в кишечнике приводит к развитию хронической эндогенной интоксикации, что проявляется снижением аппетита, тошнотой, рвотой, головной болью, раздражительностью. Подтверждением являются результаты лабораторного обследования пациентов, которые обнаруживают умеренную анемию, снижение уровня калия в плазме крови, повышение содержания ферментов печени и билирубина. При исследовании микрофлоры толстой кишки в условиях хронического колостазы определяется бурный рост условно-патогенных микроорганизмов на фоне снижения общего количества бифидо- и лактокультур. На основании описанных симптомов болезни Пайра у детей можно выделить три формы её клинического течения, которые являются отражением последовательности течения заболевания: изолированную болевую, изолированную констипационную и смешанную. Согласно нашим данным, среди исследованных пациентов обоих полов значительно преобладает смешанная форма болезни Пайра (68%), для которой характерна комбинация абдоминального болевого синдрома и задержки опорожнения толстой кишки от каловых масс. Однако болевой синдром при этой форме клинического течения может присоединиться к хроническим запорам в разные сроки от начала заболевания. Диагностика болезни Пайра основана на совокупности данных анамнеза, клинического осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования. Ведущим и наиболее информативным методом исследования в диагностике болезни Пайра является рентгеноконтрастная ирригоскопия. В нашем исследовании у 56% пациентов с болезнью Пайра (14/25) в области селезеночного изгиба ободочной кишки отмечалось затруднение ретроградного заполнения ее просвета контрастным веществом. У этих детей дальнейшее распространение контрастной массы по толстой кишке становилось возможным только после длительного массажа передней брюшной стенки и многократного изменения положения тела ребенка. Поперечная ободочная кишка заполнялась фракционно, малыми порциями бариевой взвеси. Качественного заполнения толстой кишки нам удалось достичь у 84 % пациентов (21/25). Однако, в 56% случаев (14/25) по ходу поперечной ободочной кишки определяли множественные копролиты среднего размера (не превышающие ½ диаметра кишки). В лечении болезни Пайра применяются консервативные и хирургические методы. Надо отметить, что, несмотря на комплексный подход в консервативном лечении болезни Пайра стойкий положительный эффект достигается не более чем в 25% наблюдений при условии строгого соблюдения предписанных условий жизни. В остальных случаях требуются регулярные повторные курсы терапии с незначительным улучшением состояния. Ретроспективный анализ течения заболевания у наших пациентов показал отсутствие положительного эффекта от применявшихся мероприятий, что послужило поводом к применению хирургического вмешательства. В последующем, после выполнения морфологических и иммуногистохимических исследований послеоперационного материала, мы получили убедительные доказательства правомочности такого решения. Показанием к оперативному вмешательству мы считаем установленный на основании анамнеза, клинической картины и результатов инструментальных и лабораторных методов исследования диагноз болезни Пайра. Хирургическое лечение болезни Пайра у детей является эффективным методом лечения и приносит ожидаемые результаты, однако оперативные вмешательства достаточно трудоёмки и требуют широкого операционного доступа, умения манипулировать в глубоких отделах брюшной полости. Поэтому для пациентов детского возраста в нашей клинике разработана методика видеоассистированной резекции поперечно-ободочной кишки с мобилизацией селезеночного изгиба толстой кишки. Внедрение эндоскопии в практику детского хирурга позволяет значительно снизить операционную травму, облегчает доступ и обзор ко всем отделам ободочной кишки.

Выработанная в нашей клинике методика видеоассистированного оперативного лечения болезни Пайра внедрена в практику и доказала свою эффективность.

376.Современные методы лечения желчнокаменной болезни у женщин

Салемянов А.З.

Екатеринбург

1) МАУ ГКБ №40 2) Кафедра хирургических болезней ФПК и ПП Уральского государственного медицинского университета

Представлена сравнительная оценка результатов стандартной лапароскопической и трансвагинальной лапароскопической холецистэктомии у больных хроническим калькулезным холециститом. Цель исследования: Оценить преимущества применения трансвагинальной лапароскопической холецистэктомии перед стандартной лапароскопической холецистэктомией. Материалы и методы: На базе МАУ ГКБ №40 г. Екатеринбурга с июня 2009 года 47 пациенткам выполнена лапароскопическая трансвагинальная холецистэктомия (основная группа). Контрольную группу составили 50 пациенток, которым была выполнена стандартная лапароскопическая холецистэктомия. Обе группы были сопоставимы по антропометрическим данным, срокам заболевания, степени деструктивных изменений в стенке желчного пузыря и сопутствующей патологии. Использовали следующую технику лапароскопической трансвагинальной холецистэктомии. 5-мм троакар вводили трансумбиликально, 5-мм и 10-мм троакары вводили трансвагинально. Пузырный проток и артерию обрабатывали биполярным диссектором, клипирование осуществляли через 10 мм трансвагинальный порт. Препарат желчного пузыря извлекали через кульдотомное отверстие под визуальным контролем из трансумбиликального порта. Дренаж подпеченочного пространства выводили наружу через кульдоцентезное отверстие. В послеоперационном периоде оценивали: динамика клинических и лабораторных показателей, потребность в анальгетиках, выраженность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), темпы купирования воспалительного синдрома, длительность пребывания в стационаре, косметический эффект. Результаты: Средняя продолжительность операции составила $42,4 \pm 9,7$ минут (в контрольной группе $33 \pm 7,9$ минут). Конверсий, интра- и послеоперационных осложнений не было. Все пациентки основной группы были выписаны на следующие сутки после операции и в дальнейшем наблюдались амбулаторно. В контрольной группе послеоперационный койко-день составил $1,7 \pm 0,4$. В основной группе течение послеоперационного периода было достоверно легче: быстрее нормализовалась температура тела, были менее выражены болевой синдром и потребность в анальгетиках, раньше наступила стабилизация лабораторных показателей. Выводы 1 данная технология применима и безопасна в лечении больных хроническим калькулезным холециститом; 2 преимуществом метода является отсутствие косметических дефектов на передней брюшной стенке; 3 на основании изучения болевого синдрома, потребности в анальгетиках, сроков нормализации клинических и лабораторных показателей можно говорить о снижении травматичности вмешательства при использовании трансвагинального доступа в сравнении со стандартным лапароскопическим.

377. Опыт применения физиологических имплантов с памятью формы и синтетического протеза «Реперен» для лапароскопической герниопластики

Хитарьян А.Г., Велиев К.С., Завгородняя Р.Н., Дульеров К.А

Ростов-на-Дону

НУЗ « ДКБ на ст. Ростов – Главный »

Эндовидеохирургия является одной из наиболее технологически зависимых направлений в медицине. Наибольшее отражение данное положение имеет в герниологии и появление новых имплантов расширяет возможности лапароскопических герниопластик. Большинство разработок, предлагаемых для лапароскопической герниопластики, направлено на уменьшение травматизации тканей в области интеграции импланта, повышение скорости и удобства оперативного вмешательства, снижение риска спайкообразования. На базе нашего отделения использованы новые импланты, предоставленные американской компанией Bard. Нами выполнена лапароскопическая герниопластика по поводу паховых грыж с использованием инновационного протеза 3 D max у 15 ти пациентов, у 52-ти пациентов произведена лапароскопическая герниопластика пупочной грыжи и у 8-ми пациентов произведена лапароскопическая герниопластика параколомических грыж. Ключевой особенностью протезов 3 D max для паховых грыж является наличие у них памяти формы, конгруэнтно совпадающей с анатомической формой паховой области, что позволяет провести операцию практически без фиксации протеза, избежать таких осложнений, как кровотечения и послеоперационные невралгии, а мягкость протеза обеспечивает особый комфорт в послеоперационной периоде. Наличие по всему контуру импланта плотного полипропиленового каркаса обеспечивала его расправление сразу после введения в брюшную полость, что способствовало дополнительному удобству операции. Импланты Bard 3D Max Mesh варьируют по размеру и бывают левосторонние и правосторонние. От правильного выбора размера импланта зависит качество установки протеза. При выполнении паховой герниопластики имплантом Bard 3D Max Mesh все этапы были стандартными. Система Ventralex для пупочных грыж является композитным протезом, состоящим из каркасной пропиленовой и защитной полимерно- гелиевой основы, предохраняющей кишечник от патологической фиксации. Также имплант имеет специальные полипропиленовые ленты с внешней стороны для позиционирования и фиксации. Гидрогелевый барьер рассасывается через 30 дней, обеспечивая антиадгезивную защиту в течение критического периода заживления. Имплант вводится в брюшную полость через 1,5-2 х сантиметровый герниотомический разрез, после чего происходит самостоятельное развертывание сетки благодаря плотному полипропиленовому каркасу. Производитель позиционирует данные сетки для открытой герниопластики, но мы предпочитаем осуществлять видеоконтроль прилегания сетки к грыжевым воротам через 5 мм троакар в левом мезогастринии. При необходимости в случае сильно выраженной предбрюшинной клетчатки или круглой связки печени выполняем дополнительное выделение зоны герниопластики. На конечном этапе операции имплант с помощью специальных пропиленовых лент фиксируется к апоневрозу к пупочной области. Сетки для парастомальных грыж СК Parastomal mesh состоят из

полипропиленовой основы и внешнего слоя PTFE. В сетке имеется разрез до центральной части, где имеется окно для колостомы с лепестками из PTFE, профилактирующими компрессию на стенку кишечника. Мы имеем опыт лапароскопической герниопластики парастомальных грыж у 8 больных после лапароскопической брюшнопромежностной экстирпации прямой кишки. После размещения вокруг колостомы имплант фиксировали к брюшной стенке с помощью стандартной степлерной методики. Важным моментом считаем фиксацию лепестков непрерывным швом к 2/3 передне-боковой полуокружности выведенной кишки, профилактируя тем самым вероятность ущемления петель тонкой кишки в окне аллотрансплантата. Мы располагаем опытом лапароскопической пластики послеоперационных вентральных грыж и грыже белой линии живота с помощью композитного эндопротеза «Реперен» у 45-ти больных. У 19 пациентов предпринималось оперативное лечение по поводу грыжи белой линии живота, 26 больных оперированы по поводу послеоперационной вентральной грыжи. После висцеролиза и предварительной наружной разметки имплантат через разрез до 2 см вводили в брюшную полость, в шести или восьми точках фиксировали трансдермальными швами. Результаты . Осложнения в раннем послеоперационном периоде у представленных больных не отмечалось. Анальгетики в послеоперационном периоде потребовались у всех больных в течение только первых суток после операции. У больных после герниопластики паховых грыж в послеоперационном периоде не отмечено хронического болевого синдрома. Больные с пупочными грыжами выписаны на 1-2 –е сутки после операции, с послеоперационными вентральными грыжами - на 3-4 сутки. Средняя длительность нахождения в стационаре больных после герниопластики паховых и парастомальных грыж составляла 3 и 5 суток соответственно. Выводы. Положительной стороной в применении имплантов можно отметить удобство имплантации, небольшую продолжительность оперативного вмешательства. Приобретенный опыт применения имплантов для пупочных, вентральных, паховых и парастомальных грыж показал целесообразность их использования в малоинвазивной герниологии.

378.Оптимальные сроки выполнения холецистэктомии при остром калькулезном холецистите.

Натрошвили И.Г.

Кисловодск

ГБУЗ СК "Кисловодская ЦГБ"

В ходе многоцентрового исследования были проанализированы протоколы холецистэктомий, выполненных лапароскопически (n=267), из минилапаротомного (n=173) или лапаротомного (n=139) доступов у 579 больных по поводу острого холецистита без патологии желчевыводящих протоков в сроки от 3 часов до 22 суток (в среднем $90,7 \pm 87,3$ ч) от начала заболевания в клинике г. Екатеринбурга, двух клиниках г. Москвы, четырех — г. Волгограда и в ЦГБ г. Кисловодска. Сложность операций оценивали по шкале Cuschieri, согласно которой все холецистэктомии разделили на лёгкие, средней сложности (умеренно выраженный перихолецистит; шейка желчного пузыря покрыта жировой тканью или имеется спаечный процесс; водянка желчного пузыря) и сложные (гангренозный холецистит, сморщенный желчный пузырь, выраженный перихолецистит, подпеченочный абсцесс, сращение кармана Гартмана с холедохом, сложность

или невозможность диссекции элементов шейки желчного пузыря и пр.). Сложных операций было 163, средней сложности - 220, лёгких — 192, конверсий — 4. Количество «лёгких» холецистэктомий с увеличением времени от начала заболевания уменьшалось, средней сложности и сложных, наоборот, увеличивалось. Их число приблизительно было равным в сроки 36-48 часов от появления жалоб. Следует отметить, что подобная закономерность характерна для малоинвазивных вмешательств, соотношение легких, средней сложности и сложных лапаротомных холецистэктомий существенно не менялось с увеличением сроков от начала заболевания — доля «лёгких» холецистэктомий была в среднем 12%. Вероятнее всего, это связано с тем, что лапаротомные вмешательства в большинстве случаев выполняли при невозможности произвести, по тем или иным причинам, малоинвазивное вмешательство (отсутствие достаточного опыта у хирурга, предполагаемые технические трудности и пр.). Корреляции между сроком от начала заболевания и частотой возникновения интраоперационных осложнений в этой группе больных выявлено не было. Однако, по нашим данным, частота осложнений возростала с увеличением сложности вмешательств и составила при «лёгкой» холецистэктомии 1,23%, при операции средней сложности — 5,45%, при сложной — 11,46%. Таким образом, холецистэктомия должна выполняться в максимально ранние сроки от начала заболевания, лучше — в первые двое суток, что позволяет оперировать в наиболее благоприятных условиях, снижая, тем самым, риск возникновения интраоперационных осложнений.

379.Современные технологии в хирургии гидронефроза у детей.

Врублевский С.Г., Шмыров О.С., Врублевская Е.Н., Лазишвили М.Н., Врублевский А.С.

Москва

Морозовская детская городская клиническая больница, отделение плановой хирургии и урологии-андрологии. РНИМУ им Н.И.Пирогова, кафедра детской хирургии.

Актуальность: В связи с развитием эндохирургических малоинвазивных технологий все больше хирургов-урологов используют их для коррекции гидронефроза. В настоящее время эндовидеохирургическая пиелопластика все шире применяется в детской урологии, вне зависимости от возраста пациентов. Цель: Изучить результаты и осложнения эндохирургического лечения гидронефроза у детей. Материалы и методы: За период с ноября 2011 по декабрь 2015 года в отделении плановой хирургии и урологии-андрологии МДГКБ МЗ РФ выполнено 175 оперативных вмешательств по поводу гидронефроза. Лапароскопический доступ использован в 153 случаях, ретроперитонеоскопический - в 5, 17 детей с субкомпенсированными пороками сердца и легочной системы оперированы открытым доступом. Возраст пациентов от 1 мес до 17 лет. Среди пациентов оперированных эндоскопически, наряду с гидронефрозом типично расположенной почки представлены дети с гидронефрозом подковообразной почки, тазовой дистопированной почки, удвоенной почки. Повторная пиелопластика лапароскопическим способом при рецидиве гидронефроза выполнена 10 пациентам. Во всех случаях пластика пиелоуретерального сегмента осуществлялась по методике Хайнс-Андерсена с использованием непрерывного интракорпорального лоханочно-мочеточникового шва(PDSII-6/0 или 7/0, Моноcril 6\0). Ретроперитонеоскопическая пиелопластика выполнена пятерым детям, перенёсшим

множественные операции на брюшной полости или вентрикуло-перитонеальной шунтирование и принципиально не отличалась от лапароскопической, за исключением начального этапа – доступа и формирования рабочего пространства. У 113 пациентов для дренирования коллекторной системы почки применялся дабл-джей-стент №4-5-6 по Шарьеру, установленный антеградно во время вмешательства. Ретроградное предоперационное стентирование выполнено 33 пациентам. У 9 детей отведение мочи из коллекторной системы осуществлялось с помощью пиелостомы, шестерым пациентам пиелопластика выполнена после предварительной пункционной нефростомии, 3-м пациентам установлен наружный катетер, одновременно дренирующий лоханку и проксимальный отдел мочеточника. Внутриуретеральный стент удалялся через 4-6 недель, пиелостомический дренаж – через 10-14 дней (после выполнения цветовой пробы с индигокармином). Средняя продолжительность госпитализации составляла 7 дней. Оценка результатов лечения основывалась на наличии/отсутствии инфекционных осложнений, размерам коллекторной системы и функционального состояния паренхимы почки по данным УЗИ с доплерографией оценке эвакуаторной функции по данным экскреторной урографии и радиоизотопной реносцинтиграфии. Сроки наблюдения от 1 мес до 4 х лет. Результаты: Рецидив гидронефроза отмечен у трёх пациентов. Все перенесли тяжёлый бактериально-грибковый пиелонефрит в послеоперационном периоде. Двоим детям через 6 и 8 мес успешно выполнена повторная лапароскопическая пиелопластика. У третьего пациента отмечена клиника блока почки через 3 мес после удаления стента, выполнена пункционная нефростомия, планируется повторная лапароскопическая пиелопластика. Конверсия лапароскопического доступа - 1, у пациентки с внутривисцеральной, дорсально-ориентированной лоханкой. Выводы: эндохирургическая пиелопластика является методом выбора при лечении гидронефроза у детей, обеспечивая 98,1% успешных результатов. В настоящее время технические возможности и накопленный опыт позволяют выполнять эндохирургическую пиелопластику без возрастных ограничений, вне зависимости от локализации почки, как при первичной так и при рецидивирующей обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента. Оптимальным способом послеоперационного дренирования считаем антеградно установленный внутренний мочеточниковый стент. При невозможности антеградного внутреннего стентирования показана установка наружного забрюшинного люмбального катетера, дренирующего одновременно почечную лоханку и проксимальный отдел мочеточника.

380. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Романенков С.Н., Анишев А.С., Логинов Е.В.

Нефтеюганск

БУ «Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В.И.Яцкив»

Введение. Авторами проведен анализ результатов обследования и лечения пациентов с заболеваниями толстой кишки. С целью диагностики применены лабораторные исследования и внутривисцеральная эндоскопия. Использование эндовидеохирургических технологий позволили значительно улучшить результаты лечения. Цель. Показать эффективность комбинированных

методов диагностики и лечения неопластических образований толстой кишки. Материалы и методы. Проведен анализ результатов обследования 12008 пациентов, считающих себя практически здоровыми. На первом этапе пациентам проведено двухкратное исследование кала на гемоглобин и трансферрин. Для этого использовали набор производства Alfresa Pharma Corporation, Japan. Скрининг-тест оказался положительным у 1813 (15,09%) пациентов. На втором этапе, пациентам с положительным скрининг-тестом, проведена диагностическая колоноскопия, во время которой патология толстой кишки диагностирована у 1291 (71,1%) пациента. Среди выявленных заболеваний: неопластические образования диагностированы у 602 (46,6%) пациентов, хронический геморрой - 335 (25,9%), воспалительные заболевания - 223 (17,3%), дивертикулярная болезнь - 131 (10,1%). Всем пациентам с неопластическими образованиями выполнена биопсия с последующим гистологическим исследованием биопсийного материала. Колоректальный рак диагностирован в 36 (2,8%) случаях, доброкачественные новообразования в 566 (43,8%). Результаты и их обсуждение. В эндоскопическом отделении БУ «НОКБ им.В.И.Яцкив» у 436 пациентов выполнена эндоскопическая полипэктомия неопластических образований толстой и прямой кишки методом петлевой электроэксцизии опухоли – 427 случаев и методом диссекции в подслизистом слое – 7. У 2 пациентов с ворсинчатыми опухолями, диаметр основания которых занимал более $\frac{1}{2}$ диаметра кишки, выполнена открытая операция: правосторонняя гемиколэктомия – 1, резекция сигмовидной кишки – 1. Мужчин было 171 (39,2%), женщин – 265 (60,8%). Средний возраст $46,6 \pm 4,1$ лет. Наибольшее количество удаленных опухолей локализовалась в сигмовидной кишке – 176, прямой кишке (75), в ректосигмоидном отделе – 24, в нисходящей ободочной – 35, в поперечной ободочной – 49, в восходящей ободочной – 36, в слепой кишке – 34. Таким образом, в левой половине толстой кишки ворсинчатые опухоли располагались у 310 пациентов, в правых отделах – у 119. Синхронные опухоли были у 128 пациентов: у 29 пациентов в прямой и сигмовидной кишке, у 37 – сигмовидной и поперечной ободочной кишке, у 24 – в восходящей, поперечной ободочной и сигмовидной кишке, 38 – в нисходящей ободочной, сигмовидной и слепой кишке. Послеоперационные осложнения в виде кровотечения из основания удаленной ворсинчатой опухоли были у 6 пациентов. В 5 случаях кровотечения были остановлены введением в подслизистый слой раствора адреналина 0,1% в разведении 1:10000 с последующим применением диатермокоагуляции, а в 1 случае клипирование кровоточащего сосуда. После проведенного лечения все пациенты были осмотрены в сроки 6, 12 месяцев. У 2 пациентов при гистологическом исследовании удаленного новообразования диагностирована аденокарцинома. Пациенты консультированы и обследованы в онкоцентре. При контрольных колоноскопиях с гистологическим исследованием в сроки 3,6,12 месяцев рецидива заболевания нет. У 1 пациента через 12 месяцев после эксцизии латерально распространяющейся опухоли был выявлен местный рецидив заболевания. Проведено повторное эндоскопическое удаление с диссекции в подслизистом слое с проведением контрольного гистологического исследования. Среди 36 пациентов с колоректальным раком мужчин было 14, женщин 22. Средний возраст пациентов составил 63,5 года. По локализации злокачественные образования распределены следующим образом: правая половина толстой кишки – 5 пациентов, левая половина толстой кишки 31. Все больные с колоректальным раком были пролечены в специализированных стационарах. По результатам комплексного обследования и комбинированного лечения по стадиям процесса пациенты распределены следующим образом: I стадия -10, II стадия – 17, III стадия – 6, IV стадия – 3. Таким образом комплексное обследование практически здоровых людей в 15,9% случаев позволило диагностировать заболевания толстой кишки, среди которых колоректальный рак и неопластические образования составили 46,6%. Внутрископическая эндоскопическая комбинированная полипэктомия оказалась эффективной в 98,4% случаев.

381.ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Романенков С.Н., Сучков В.С., Логинов Е.В.

Нефтеюганск

БУ «Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В.И.Яцкив»

Введение. Авторами проведен анализ результатов лечения пациентов с механической желтухой. С целью диагностики причин, вызвавших механическую желтуху, и их лечения применены внутрисветовая и внутрисветовая эндоскопия и чрескожные вмешательства под ультразвуковым и рентгеновским контролем. Использование эндовидеохирургических и навигационных технологий позволили значительно улучшить результаты лечения. Цель. Показать эффективность малоинвазивных методов диагностики и лечения заболеваний гепатобилиарной зоны, осложненных механической желтухой (МЖ). Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 847 пациентов с МЖ. Средний возраст пациентов $59 \pm 7,1$ лет. Причиной МЖ у 233 (27,5%) пациента был холедохолитиаз, у 166 (19,7%) – папиллит, у 88 (10,4%) – опухоли головки или терминального отдела холедоха, у 59 (6,9%) – стриктуры терминального отдела холедоха. Транзиторные желтухи на фоне желчнокаменной болезни, острого холецистита и печеночной колики были у 301 (35,5%) пациента. Диагностика МЖ базировалась на данных анамнеза, клинических проявлений, лабораторных показателях, данных ультразвуковой сонографии органов брюшной полости (УЗИ), эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ), чрескожного чреспеченочного дренирования желчных протоков под УЗИ-контролем с холангиографией (ЧЧДЖП) и компьютерной томографии (КТ). Результаты и их обсуждение. Диагностический поиск в 100% случаев начинался с УЗИ органов брюшной полости. Следующим этапом было выполнение ЭРХПГ, по данным которой причина механической желтухи установлена в 98% случаев. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), как лечебная манипуляция, выполнена в 460 (54,3%) случаях у пациентов с холедохолитиазом, папиллитом, стриктурой терминального отдела холедоха. Механическая экстракция конкрементов (МЭК) проведена 181 (21,4%) пациентам, причем для 59 (6,9%) пациентов пожилого и старческого возраста - это явилось основным методом лечения, а для остальных ЭРХПГ с МЭК в предоперационном периоде позволило выполнить лапароскопическую холецистэктомию. Лечение начинали с проведения дезинтоксикационной терапии, которая включала экстракорпоральные методы детоксикации (плазмаферез). Оперативное лечение проведено 609 (71,9%) пациенту. Из них у 518 (61,2%) пациентов лапароскопическая холецистэктомию (ЛХЭ) после ЭРХПГ и МЭК в предоперационном периоде. Традиционная холецистэктомию в сочетании с холедохолитотомией выполнена у 91 пациентов (10,7%) с деструктивными изменениями стенки желчного пузыря, явлениями перитонита, крупными конкрементами холедоха. Операция заканчивалась дренированием холедоха или наложением билиодигестивных анастомозов. Из 88 (10,4%) пациентов с МЖ опухолевого генеза ЭПСТ, как лечебная манипуляция выполнена в 59 случаях. У 51 (6,0%) пациентов с опухолью терминального отдела холедоха или головки поджелудочной железы удалось при ЭРХПГ выполнить эндостентирование холедоха. ЧЧДЖП выполнено 23 (2,7%) пациентам. Холецистостомия под УЗИ-

наведением, как первый этап декомпрессии, выполнена 8 (0,9%) пациентам. Однако, при неэффективном функционировании холецистостомы в 4 случаях выполнено ЧЧДЖП (в 1 случае - раздельное дренирование правого и левого протоков). В 9 (1,1%) наблюдениях на первом этапе для купирования МЖ выполнены паллиативные операции (билиодигестивные анастомозы). В 8 случаях 2-м этапом выполнено чрескожное чреспеченочное стентирование гепатикохоледоха с проведением стента в двенадцатиперстную кишку. Осложнения после ЭРХПГ с ЭПСТ зафиксированы в 12 (1,4%) случаях: в 4 (0,5%) - кровотечение из папиллотомной раны, в 6 (0,7%) - развился панкреонекроз (интенсивное консервативное и оперативное лечение), в 2 (0,2%) – перфорация ДПК (оперативное лечение). После холецистэктомии осложнения отмечены в 6 (0,7%) наблюдениях. Летальных исходов 8 (0,9%). Выводы. 1. Внутрипросветная эндоскопическая коррекция механической желтухи выполнена у 54,3% больных, в 21,4% случаев в сочетании с механической экстракцией конкрементов. 2. Оперировано 71,9 % пациентов, при этом у 61,2% выполнена лапароскопическая холецистэктомия. 3. Эндоскопическое стентирование и чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков под УЗИ-наведением привели к купированию механической желтухи опухолевого генеза в 88,9% случаев.

382.ВЫБОР СПОСОБОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ГЕРНИОПЛАСТИК ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ И СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИХ ЭФФЕКТИВНОСТИ (TAPP, TEP).

Тимербулатов М.В.(1), Сендерович Е.И.(1), Зиганшин Т.М.(2), Санников Е.Н.(2), Рахимов Р.Р.(1), Гришина Е.Е.(1), Муратов И.И.(1)

Уфа

1) Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии БашГМУ, 2) ГБУЗ ГКБ №21 МЗ РБ

В настоящее время арсенал лапароскопических операций при хирургическом лечении паховых грыж представлен значительным многообразием, но 2 принципиально отличающимися методиками являются способы вне- и черезбрюшинных эндовидеохирургических операций (TEP и TAPP). Несмотря на то, что большинство авторов предпочитают лапароскопический трансбрюшинный предбрюшинный способ (TAPP), некоторые авторы свидетельствуют о преимущественном использовании тотальной экстраперитонеальной пластики (TEP). Например, в Германии в 2010 году процент выполнения TAPP операций к общему числу при паховых грыжах составил 30%, а TEP – 17%, хотя некоторые университетские клиники применяют исключительно внебрюшинную пластику. Целью работы явилось определение технических особенностей каждой из методик в сравнительном аспекте а также определение критериев выбора к тому или иному способу. Материалы и методы. Доля операций, выполняемых эндовидеохирургическими способами неуклонно растет и в настоящее время в нашей клинике при паховых грыжах составляет около 40%. За последние 3 года (2012-15 гг.) таким способом было прооперировано 183 пациента. Подавляющее большинство - мужчины 165 (90,2%). По возрасту эндовидеохирургические операции выполнялись с 23 лет (моложе – пластика местными тканями) в основном лицам молодого и среднего возраста. Средний возраст пациентов составил 42,6±9,6 лет. Пациентам пожилого возраста предпочтительным считаем пластику по Лихтенштейну. Двухсторонних грыж было 42 (23%). Распределение грыж по сторонам патологии и

анатомическим особенностям нами не определялось, но преобладали косые грыжи в соотношении примерно 2,5:1, причем ожидаемо при двухсторонних грыжах преобладали прямые грыжи. У женщин в 2 случаях были отмечены бедренные грыжи. Из осложнений и особенностей клиники отметим пахово-мошоночные грыжи у 12 пациентов, скользящие – у 4, врожденные – у 2, сочетание с крипторхизмом – у 1 пациента. В подавляющем большинстве случаев операцию выполняли по методике TAPP 170 случаев (92,9%), TEP – в 13 случаях. В качестве протеза использовали нераскроенную полипропиленовую сетку 10x15 см. Результаты и обсуждение. Лапароскопическая операция при паховой грыже является известной и хорошо отработанной операцией. При этом при ревизии четко определяются все анатомические ориентиры, при односторонней грыже достоверно осматривается противоположная сторона. При определении грыжи на другой стороне, не диагностированной до операции, вопрос о выполнении двухсторонней герниопластики решался в зависимости от степени выраженности грыжевого выпячивания. В связи с попаданием в брюшную полость, становится возможным диагностика и лечение другой патологии брюшной полости. В 2 случаях была выполнена холецистэктомия, в 1 – тубэктомия, в 3 – рассечение спаек. Экономический аспект – фиксация сетки. Ручная фиксация – кроме объективных трудностей фиксации основного шва к лобковому бугорку, существует опасность дискредитации методики деформированием сетки, качеством шва и т.д. В большинстве случаев использовали недорогой отечественный герниостеплер «Гера-5», к недостаткам которого относим невысокая надежность аппарата, необходимость ровно перпендикулярного расположения относительно сетки, высокая травматичность внедряемых скрепок. Наиболее удобными являются зарубежные адсорбируемые фиксаторы, которые являются одноразовыми и очень дорогими. Альтернативным вариантом явилось использование сетки Progrid (5 случаев), которая не фиксируется, но требует правильного размещения и переместить сетку после этого довольно сложно. При использовании этой сетки мы получили хорошие результаты, послеоперационный период с минимальным болевым синдромом, отсутствие технических сложностей, рецидивов. При необходимости устанавливали дренаж под сетку. Брюшина ушивалась ручным непрерывным швом. Средняя длительность операции составила $59,5 \pm 18,6$ мин (от 28 до 136 мин). Болевой синдром медикаментозно купировался в среднем 2-3 дня. Релапароскопии выполнены по поводу гематомы предбрюшинного пространства при фиксированной бедренной грыже, что потребовало эвакуации и дренирования гематомы, кровотечения из троакарной раны после 12 мм троакара. Рецидивов не отмечено. Ранее, в 2003-04 гг. отмечено туннельное повреждение коагуляцией сигмовидной кишки и повреждение тонкой кишки иглой при закрытии брюшины. В отличие от лапароскопических грыжесечений, которые выполняются с 1999 года, внебрюшинная пластика выполняется лишь в последние два года. Полость в предбрюшинном пространстве предпочтительно формировать с помощью специальных баллон-диссекторов. При этом сразу получается значительная по размерам полость, с обнажением анатомических ориентиров и без нависающей сверху жировой ткани. При этом меньше вероятность повреждения брюшины и кровеносных сосудов. При отсутствии специализированных приспособлений, полость формировали вручную, имея вышеописанные трудности и недостатки. Создание карбоксипреперитонеума в изолированной полости позволило увеличить давление до 20 мм рт.ст., которое снижает интенсивность венозного кровотечения и облегчает диссекцию. Более того, зачастую небольшие прямые грыжи самостоятельно, под действием давления газа отделялись от поперечной фасции. Технические сложности в диссекции возникают при ранее перенесенных операциях в этой зоне (аппендэктомия) и при косых грыжах с длинным грыжевым мешком. В большинстве случаев, для выполнения операции кроме оптического троакара, использовали только один 5 мм троакар, т.к. при этом не требуется держать брюшину, не нужно ее зашивать. Сетку мы фиксировали, хотя в литературе и практике многие сетку оставляют

свободной. Средняя продолжительность операции составила $79,5 \pm 12,3$ мин (диапазон 55-162 мин). Т.е. время затрачено больше, чем при TAPP, хотя мы не учитывали отдельно время при выполнении двухсторонней операции, при которых, по нашему мнению, более показана методика TEP. При этом значительно сокращается время, т.к. одновременно выделяется обе паховые области, не затрачивается время на ушивание 2 разрезов на брюшине. Переход с TEP на TAPP был выполнен в 4 случаях, в связи с невозможностью выделения грыжевого мешка при большой косой паховой грыже (3) и при повреждении брюшины (1). В последнем случае считаем обоснованным переход на TAPP во всех случаях кроме крайне незначительных повреждений и не считаем необходимым герметизировать дефект. Кроме значительного уменьшения объема рабочей полости, мы получаем карбоксиперитонеум, который практически полностью лишает преимуществ TEP. Рецидив грыжи был отмечен в одном случае, который объяснялся тем, что сетка была установлена после выделения прямой грыжи, без закрытия латеральной паховой ямки, через которую практически сразу же вышла косая грыжа. Больному была выполнена TAPP операция с установкой сетки поверх имеющейся ранее. В послеоперационном периоде больные ощущают сравнительно меньший болевой синдром с необходимостью медикаментозного обезболивания в течении 1-2 дней. Выводы. Таким образом, выбор метода миниинвазивной хирургической операции при паховых грыжах в основном определяется предпочтениями клиники. Нам представляется необходимым использование обоих методов по медицинским критериям. Основной методикой является TAPP, которая позволяет надежно выполнить хирургическую коррекцию заболевания. TEP является перспективной, менее травматичной методикой, которая показана при небольших двухсторонних прямых грыжах. С учетом того, что кривая обучения методики TEP очень длительная, с накоплением значительного опыта, эта операция будет выполняться более широко.

383. Общие принципы выполнения внебрюшинных эндовидеохирургических операций.

Тимербулатов М.В.(1), Гимаев Э.Ф.(2), Зиганшин И.М.(2), Гарифуллин Б.М.(2), Нурыев А.А.(1), Субхангулов З.М.(1)

Уфа

1) Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии БашГМУ, 2) ГБУЗ ГКБ №21 МЗ РБ

Хотя большинство хирургов выполняет операции на внебрюшинных органах транбрюшинно, лапароскопически, мотивируя это привычной анатомией, большой рабочей полостью с возможностью свободных манипуляций, возможностью ревизии брюшной полости и выполнения сочетанных операций, в последние годы значительное развитие получают внебрюшинные эндовидеохирургические операции. Можно выделить две группы таких операций – в пред- и забрюшинном пространстве. К первой группе относятся операции при паховых грыжах, на мочевом пузыре, простатэктомия и ряд других. К ретроперитонеальным операциям – адреналэктомии, операции на почках, забрюшинных образованиях, мочеточнике, поджелудочной железе, забрюшинных нервных сплетениях, сосудах и другие. Цель исследования: оценить возможности и результаты внебрюшинных эндовидеохирургических операций в хирургической клинике. Материал и методы исследования. В работу включены пациенты, которым выполнены

только внебрюшинные операции с различной патологией забрюшинно расположенных органов. Выполнено 12 паховых грыжесечений (ТЕР), 56 адrenaлэктомий (12 справа и 44 слева), удаление внеорганных забрюшинных опухолей у 8 больных. Кроме того, производился ряд урологических операций – иссечение кист почек у 53 больных, 3 уретеролитотомии, 6 нефрэктомий. Для формирования рабочей полости в предбрюшинном пространстве предпочтительно использовать специальные баллон-диссекторы, которые позволяют получить достаточное для работы пространство, с обнажением анатомических ориентиров и без нависающей сверху жировой ткани. При этом меньше вероятность повреждения брюшины и кровеносных сосудов. При отсутствии специализированных приспособлений, полость формировали вручную, либо при помощи самодельных приспособлений, выполняющих функцию баллона. Опыт показывает, что формирование рабочего пространства является принципиально важным аспектом успешного выполнения операции. Сложность в анатомической ориентировке является одним из основных факторов, мешающих широкому использованию этих операций. Кроме того, общеизвестным является чрезвычайно пологая (длительная) кривая обучения внебрюшинным операциям, что также ограничивает рост числа данных операций. Кроме того, при выполнении операций в забрюшинном пространстве, больной лежит на боку, что еще больше затрудняет идентификацию органных ориентиров. С учетом того, что газ нагнетается в изолированную полость, это позволяет увеличить давление до 20 мм рт.ст., которое снижает интенсивность венозного кровотечения и облегчает диссекцию. Более того, часто грыжевой мешок при небольших прямых грыжах, под действием давления газа самостоятельно отделялся от поперечной фасции. Технические сложности в диссекции возникают при ранее перенесенных операциях в рабочей зоне (аппендэктомия при паховой грыже справа, нижнесрединная лапаротомия), при косых грыжах с длинным грыжевым мешком. В ряде случаев, напротив, операции выполнялись в ретроперитонеальном пространстве без технических проблем при выраженном спаечном процессе в брюшной полости. Манипуляции выполняются без контакта с внутренними органами, исключая нежелательные соприкосновения, попадание и оставление жидкости в брюшной полости. При выполнении диссекции тканей, наиболее оптимальным является использование ультразвукового диссектора и аппарата LigaSure. Очень часто в связи с отсутствием необходимости в отведении тонкой кишки, печени или других органов, отпадает необходимость в использовании одного троакара. При выполнении операций на забрюшинных органах в последнее время по показаниям мы используем и задний доступ с расположением больного на операционном столе на животе и введением троакаров в поясничной области. Показанием к данному способу является расположение заинтересованного участка ближе к задней поверхности, определенное на основании данных инструментального исследования (КТ и другие). Например, при кисте правой почке на ее задней поверхности при лапароскопической операции направление операционного действия будет проходить через проекцию печени, нижней полой вены и почки. Переход на лапароскопическую операцию выполнен в 4 случаях при паховых грыжах (с ТЕР на TAPP) был в связи с невозможностью выделения грыжевого мешка при большой косой паховой грыже (3) и при повреждении брюшины (1). В последнем случае переход считаем обоснованным, кроме крайне незначительных повреждений. Герметизировать дефект не считаем необходимым, т.к. кроме значительного уменьшения объема рабочей полости, мы получаем карбоксиперитонеум, который практически полностью лишает преимуществ внебрюшинной операции. При выполнении операций в забрюшинном пространстве переход на лапароскопическую операцию более сложен, поэтому при повреждении брюшины, операцию продолжали забрюшинно, хотя при этом значительно уменьшается рабочая полость. Конверсия выполнена в одном случае при невозможности идентификации надпочечника в период освоения методики. Послеоперационных осложнений не отмечено. В послеоперационном периоде отмечается значительно менее

выраженный болевой синдром, практически не требуется введение обезболивающих препаратов. Таким образом, внебрюшинный доступ имеет ряд преимуществ перед лапароскопическим способом – низкая травматичность, изолированность от брюшной полости, низкий процент осложнений. Однако широкому распространению этого способа мешают необходимость применения специфических навыков, определенная сложность в выполнении манипуляций в ограниченном пространстве. Показания – изолированная операция, особенно после ранее перенесенной лапаротомии в этой же анатомической области.

384.Современные малоинвазивные методы лечения при остром калькулезном холецистите осложненным холедохолитиазом.

Тимербулатов М.В.(1), Сендерович Е.И.(1), Зиганшин Т.М.(2), Казаков Н.М.(2), Сахабутдинов А.М.(2), Смыр Р.А.(3), Рахимов Р.Р. (1)

Уфа, Сухум

1) Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии БашГМУ, 2) ГБУЗ ГКБ №21 г. Уфы МЗ РБ, 3) Республиканская больница Республики Абхазия.

Актуальность. Одним из основных осложнений желчнокаменной болезни в плане диагностики и лечения является холедохолитиаз, который встречается у 7,4-18 % больных, достигая у лиц пожилого и старческого возраста 21-24,3%. В то же время, острый калькулезный холецистит остается одним из наиболее часто встречающихся хирургических патологий, нуждающихся в экстренной хирургической операции. При сочетании данных двух осложнений, принятая в настоящее время тактика двухэтапного хирургического лечения больных с холедохолитиазом может быть несостоятельной и требует одномоментной операции. Холедохолитиаз встречается у 15-30% больных с острым холециститом. Двухэтапное лечения имеет ряд преимуществ, к которым авторы относят отсутствие необходимости холедохотомии, что уменьшает длительность оперативного лечения, не требует длительного дренирования протока и лишена осложнений в брюшной полости. Существуют другие мнения, которые считают холедохолитотомию процедурой безопасной сопоставимой по тяжести с ЭПСТ, однако сроки лечения при 2-хэтапном лечении увеличиваются и лишены осложнений – перфорации 12 п. кишки, кровотечения, острого панкреатита, разрушение большого дуоденального сосочка и его рубцовый стеноз. Целью настоящего исследования является определение возможностей одномоментной лапароскопической операции при желчнокаменной болезни и остром холецистите, осложненным холедохолитиазом. В нашем исследовании мы не ставили целью противопоставить 2 методики и считаем, что каждый из способов должны применяться по четким показаниям. Материалы и методы. Лапароскопическая фиброхолангиоскопия выполняется на эндоскопической стойке с интраоперационным управляемым холедохофиброскопом «КАРЛ ШТОРЦ» с внешним диаметром 3,5 мм, инструментальным каналом – 1,5 мм для подачи-аспирации жидкости и литоэкстракции. В материалы исследования включены 46 пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом и острым воспалением желчного пузыря различной степени выраженности. Диагностика холедохолитиаза и острого холецистита проводилась стандартными методами: УЗИ ОБП (100%), ЭРХПГ (около 65%), по показаниям – КТ и МРХПГ. ЭПСТ была проведена 19 больным

(42%), которая была эффективна у 12 больных в плане лечения холедохолитиаза и купирования острого холецистита. Этим больным вторым этапом была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. При невозможности эндоскопической литоэкстракции а также при наличии противопоказаний выполняли лапароскопическую операцию с холедохотомией и литоэкстракцией. К противопоказаниям к ЭПСТ относили множественный холедохолитиаз, наличие конкрементов более 12 мм. Кроме того, отсутствие убедительных диагностических данных за холедохолитиаз, интраоперационно, при выполнении лапароскопической холецистэктомии, при расширении холедоха более 15 мм, наличии мелких конкрементов в желчном пузыре при широком пузырном протоке, при наличии технических возможностей также расширяли объем операции до лапароскопической интраоперационной холангиографии и литоэкстракции. В случаях тяжелой соматической патологии (острое нарушение мозгового кровообращения, декомпенсированная сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность, противопоказания к общему обезболиванию, ожирение III–IV степени), показаны эндоскопические и пункционные методы, а при выраженном спаечном процессе в правом подреберье – традиционные операции. Результаты и обсуждение. Воспаление желчного пузыря само по себе значительно усложняет технические моменты выполнения лапароскопической операции, нередко сопровождается выраженными воспалительными инфильтративными изменениями в шейке желчного пузыря. Поэтому чрезпузырная холангиография и литоэкстракция часто бывает технически трудновыполнима (2). Супрадуоденальная холедохотомия выполняется эндокрючком вне зоны воспаления. В 2 случаях отмечены технические трудности в идентификации места холедохотомии, при которых отверстие производилось в области широкого пузырного протока. В этих ситуациях приходилось ушивать или клипировать отверстия и делать повторную холедохотомию. Во время холедохоскопии не всегда идентифицировать конкременты, вероятно, в связи с тем, что конкременты самостоятельно или при санации желчевыводящих протоков мигрировали в 12 п. кишку. Протоки осматривались в печени до долевого протока и дистально до попадания аппарата в 12 п. кишку. В 3 случаях это не удалось в связи с рубцовыми изменениями в терминальном отделе холедоха. В данных случаях у 2 больных производили ЭПСТ в послеоперационном периоде. В 5 случаях отмечен гнойный холангит. Конкременты удалялись из протоков промыванием струей жидкости через катетер, извлекались катетером Фогарти, проведенных как через инструментальный канал холедохоскопа, так и рядом. Завершали операцию дренированием холедоха Т-образным дренажом во всех случаях. В 3 случаях была проведена конверсия в минилапаротомию (2) и ассистированную операцию в связи с наличием вклиненного конкремента в терминальном отделе холедоха, который требовал механической ревизии. Особенностью течения послеоперационного периода, явилось отсутствие случаев желчеистечения после удаления дренажа холедоха, что связываем с формированием достаточного спаечного ограничительного процесса вокруг дренажных трубок, чего не происходит при холедохотомии без признаков острого воспаления. Летальных исходов не было. Все пациенты выписаны с выздоровлением. Выводы. Таким образом, одноэтапное хирургическое лечение больных желчнокаменной болезнью, осложненной острым холециститом и холедохолитиазом с выполнением холедохоскопии является выполнимым и эффективным способом ведения этих больных, позволяющим одновременно успешно разрешить несколько хирургических проблем, визуально диагностируя и определяя патологию как желчного пузыря, так и желчных путей. Несмотря на необходимость длительного дренирования холедоха, все же сокращается время диагностического периода, времени между этапами хирургического лечения, проводится профилактика появления новых осложнений при минимальной хирургической травме и сохранении сфинктерного аппарата большого дуоденального сосочка. Оптимальным

представляется тактика комбинированного применения всех имеющихся методик хирургической коррекции с выбором индивидуализированной программы для каждого пациента.

385.Лапароскопическое вскрытие и дренирование периаппендикулярного абсцесса срединной локализации

Черепанин А.И., Поветкин А.П., Нагаев Р.М., Родников С.Е., Шеров Р.Р.

Москва

ЗАО «Группа компаний МЕДСИ», Клиническая больница №1 в Отрадном

Традиционным является дренирование абсцесса брюшной полости через задний свод влагалища, прямую кишку или внебрюшинно по Н.И.Пирогову. Анатомическая недоступность очага для таких доступов, а также невозможность выполнить под УЗ контролем вследствие интерпозиции прилежащих органов является прямым показанием к проведению открытого хирургического вмешательства. По данным ряда авторов, возможности лапароскопической хирургии в санации и дренировании крупных гнойных очагов брюшной полости весьма ограничены из-за опасности инфицирования свободной брюшной полости, неполноценной санации очага и разделения имеющиеся соединительнотканых перемычек. В представленном видеоматериале демонстрируется клинический пример лапароскопического вскрытия и дренирования периаппендикулярного абсцесса размерами 8x8см. срединной локализации. Особенностью случая являлась стертая клиническая картина, расположение абсцесса между петлями тонкой кишки, правой маточной трубой и яичником, отдаленностью от передней брюшной стенки, стенок влагалища и прямой кишки, что препятствовало проведению пункции и дренирования под лучевым контролем. Лечение потребовало проведения однократного хирургического вмешательства в остром периоде, особенностью которого было фиксирование дренажа к телу матки вследствие отсутствия возможности для использования других тканей для фиксации. В ходе плановой лапароскопической аппендэктомии через два месяца в холодном периоде использованы те же точки введения троакаров и констатировано практически полное отсутствие спаечного перипроцесса. Заключение: малоинвазивность и косметические преимущества лапароскопической техники неоспоримы. Перспектива применения программных лапароскопических санаций при отграниченных гнойно-воспалительных заболеваниях органов брюшной полости делает данный доступ методом выбора по сравнению с открытыми хирургическими вмешательствами.

386.Лапароскопическое лечение острой obturационной спаечной толстокишечной непроходимости, вызванной экстрагенитальным эндометриозом и хламидиозом

Черепанин А.И., Нагаев Р.М., Поветкин А.П., Родников С.Е., Шеров Р.Р.

Москва

ЗАО «Группа компаний МЕДСИ», Клиническая больница №1 в Отрадном

Острая обтурационная кишечная непроходимость является относительным противопоказанием для проведения лапароскопических вмешательств при необходимости интубации кишечника с целью его декомпрессии. Сама же спаечная кишечная непроходимость на уровне прямой кишки является исключительно редким случаем в связи с широким просветом прямой кишки, ее анатомической локализацией по отношению к стенкам таза. Из возможных причин выраженного рубцевания ресгит чаще встречаются: парапроктит; глубокие трещины прямой кишки; фистулы и патологические каналы в стенках органа; абсцессы в параректальной клетчатке. В представленном видеоматериале демонстрируется клинический пример лапароскопического лечения острой низкой спаечной толстокишечной непроходимости на фоне хламидиоза и экстрагенитального эндометриоза, а также разрыва кисты желтого тела левого яичника. Кроме вышеперечисленных особенностей следует отметить, что в приведенном случае спаечный процесс вызвал обтурационную непроходимость прямой кишки с выраженной дилатацией вышележащих отделов, что затрудняло визуализацию и доступ к очагу поражения раздутыми петлями кишечника. Первым этапом был выполнена трансанальная интубация толстой кишки под эндовизуальным контролем, адгезиолизис, непосредственно после этого произведена резекция кисты левого яичника гинекологической бригадой. Послеоперационный период без осложнений. Дренаж из брюшной полости удален на 3 сутки. Зонд из ободочной кишки удален на 4 сутки. Нормализовался стул. Заключение: в лечении острой обтурационной спаечной кишечной непроходимости при отсутствии противопоказаний лапароскопический доступ может быть методом выбора даже при наличии субкомпенсации и необходимости интубации кишечника.

387.Лапароскопическое извлечение вклиненной в папиллу корзинки Дормиа у пациентки с холедохолитиазом, холангитом, механической желтухой, желчным перитонитом, перенесшей лапароскопическую холецистэктомию, папиллосфинктеротомию

Черепанин А.И., Нагаев Р.М., Поветкин А.П.

Москва

ЗАО «Группа компаний МЕДСИ», Клиническая больница №1 в Отрадном

Вмешательства на желчных протоках, тем более повторные, являются одним из самых сложных разделов хирургии. Преимущественно данные операции выполняются эндоскопически транспапиллярно или открытым способом. Ущемление корзинки Дормиа, произошедшее при проведении эндоскопической литэкстракции является казуистическим осложнением, требующим проведение экстренного как правило открытого хирургического вмешательства. В представленном видеоматериале демонстрируется клинический пример лапароскопического трансдуоденального извлечения инородного тела (корзинки Дормиа) общего желчного протока, выполненного у пациентки, у которой в ходе РПХГ, эндоскопической литэкстракции по поводу

холедохолитиаза, холангита, механической желтухой, желчного перитонита, перенесшей лапароскопическую холецистэктомию, произошло ущемление корзинки. Произведена релапароскопия, адгезиолизис, ушивание хода Люшке, дуоденотомия с извлечением инородного тела, аппаратный и ручной шов duodenum, дренирование холедоха через культю пузырного протока. Выполнена интраоперационная холангиография: затеки контраста, дефекты наполнения не выявлены, пассаж в двенадцатиперстную кишку не нарушен. Послеоперационный период протекал без осложнений, явления холангита, желтухи купированы. Кроме этого представлены случаи лапароскопической холедохотомии, литэкстракции у пациентов с крупными конкрементами желчевыводящих протоков, не доступных транспапиллярной литэкстракции. Заключение: лапароскопические вмешательства на желчевыводящих путях при обструктивных неопухлевых заболеваниях являются перспективным направлением малоинвазивной хирургии.

388.Лапароскопическая резекция гистиоцитарной опухоли тонкой кишки, характеризующейся стремительным ростом в связи с некрозом и кровоизлиянием и осложнившейся выраженным болевым синдромом, сдавлением правого мочеточника, мочевого пузыря, пиелокаликоектоазией

Черепанин А.И., Поветкин А.П., Нагаев Р.М., Родников С.Е., Шеров Р.Р.

Москва

ЗАО «Группа компаний МЕДСИ» Клиническая больница №1 в Отрадном

В представленном видеоматериале демонстрируется редкий клинический случай. Пациент 23 лет поступил в срочном порядке с выраженными болями в животе, пальпируемом объемным образованием, занимающим все отделы гипо- и мезогастрия, которое появилось и увеличивалось в размерах в течение последних двух недель до поступления. По данным КТ – предположена энтерогенная киста. Клиническая картина характеризовалась нарастающим болевым синдромом с увеличением в объеме живота. При катетеризации мочевого пузыря моча светло-желтая, образование не изменилось в размерах. При ультразвуковом сканировании кистообразная структура располагается в проекции срединной линии и прилегает к мочевому пузырю. Возникло предположение о кисте урахуса. В экстренном порядке выполнена диагностическая лапароскопия: обнаружено шаровидное напряженное образование синюшного цвета до 20см в диаметре плотно спаянное с передней брюшной стенкой, прилежащими петлями тонкой кишки, стенками малого таза, исходящее из тонкой кишки. При выделении образования связи с мочевым пузырем не обнаружено. Произведена аппаратная резекция тонкой кишки, несущей образование. Образование удалено и извлечено через расширенный доступ в параумбиликальной области, на разрезе имеет плотные стенки с очагами некрозов и кровоизлияний, полое. Отделяемое с геморрагическим оттенком. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан на 3 сутки после операции. По данным гистологического исследования – GIST, требующее проведение иммуногистохимического типирования.

389. Возможности импортозамещения в лапароскопической хирургии послеоперационных вентральных грыж.

Панченков Д.Н.(1,2), Иванов Ю.В.(1,2), Кудрявцев П.В.(4), Степанова Ю.А.(3), Соловьев Н.А. (1,2), Злобин А.И.(1,2), Чугунов В.С. (1), Зиновский М.В.(2)

Москва

1) МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России 2) ФНКЦ ФМБА России 3) Институт хирургии им. А.В.Вишневого 4) ЦГКБ г. Реутов

Высокая стоимость сетчатых эндопротезов для герниопластики зарубежных компаний – производителей ограничивает возможности их широкого применения во многих стационарах России. Поиск адекватной альтернативы продукции иностранных производителей позволяет решить данную проблему. Цель работы: оценить клинические и экономические результаты использования сетчатых имплантатов российского производства. Материалы и методы. За период с 2014 по 2015 гг в хирургических клиниках ФНКЦ ФМБА России и ЦГКБ г. Реутов Минздрава МО – клинических базах лаборатории минимально инвазивной хирургии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России находились под наблюдением 16 пациентов, которым были выполнены оперативные вмешательства по поводу вентральных грыж с имплантацией сетки (Нижний Новгород). Средний возраст пациентов составил 48,2 года (от 30 до 65 лет). Мужчин – 6 женщин - 10. У всех пациентов имели место послеоперационные вентральные грыжи, у двух из которых грыжи были рецидивными. Всем пациентам выполнена лапароскопическая герниопластика с интраперитонеальной установкой сетки с антиадгезивным покрытием. У всех пациентов на этапе лапароскопии наблюдался спаечный процесс в брюшной полости разной степени выраженности – все операции начинались с адгезиолизиса. Средний срок пребывания в стационаре - 5,5 дней (3-8 дней). Ранний послеоперационный период протекал без осложнений у всех пациентов. Раны зажили первичным натяжением. Антибиотикотерапия проводилась цефалоспоридами в течение 5 дней у всех пациентов. По данным УЗИ, выполненного в сроки от 3 до 5 месяцев после операции в исследуемой группе спаечного процесса в брюшной полости, связанного с наличием сетчатого протеза, не выявлено. На СКТ определяются фиброзные изменения по периферии имплантата, что свидетельствует о его интеграции в ткани передней брюшной стенки. Миграции сетки, рецидивов грыжи в исследуемой группе пациентов не отмечено. Качество жизни оценивалось по стандартизированной шкале опросника SF-36. Заключение. В целом существенных клинических и диагностических различий по сравнению с применением сетчатых имплантатов для лапароскопического лечения послеоперационных вентральных грыж других производителей не отмечено.

390. Лапароскопическая и чрескожная биоимпедансометрия, как метод морфофункциональной оценки заболеваний печени.

Панченков Д.Н.(1,2), Леонов С.Д.(1), Баранов А.В.(1,3), Агибалов Д.Ю.(4)

Москва

1)МГМСУ им А.И. Евдокимова Минздрава России 2)ФНКЦ ФМБА России 3)ГНЦ лазерной медицины ФМБА России 4)ИАТЭ НИЯУ МИФИ

Оценка морфофункционального состояния паренхимы печени крайне важна на диагностическом этапе при планировании обширных резекций печени. Биоимпедансный анализ является информативным диагностическим методом оценки функционального состояния ткани. Авторами разработана и внедрена методика лапароскопического и чрескожного (под УЗИ контролем) биоимпедансного анализа. Материалы и методы: Методикой чрескожной биоимпедансометрии было обследовано 26 пациентов с очаговыми образованиями печени: гепатоцеллюлярный рак 15 пациентов (57,5%), фокальная нодулярная гиперплазия 5 пациентов (19,2 %) метастазы 6 пациентов 23,1 %. Методикой было обследовано 60 пациентов, у которых проводили преимущественно лапароскопическую биоимпедансометрию паренхимы печени. В первую группу включили 20 пациентов без признаков патологии печени, во вторую группу остальных 40 пациентов (66,7%) с различными диагнозами и имеющих признаки патологии печени. Коэффициент дисперсии электрического импеданса, как отношение электрического импеданса измеренного на низкой частоте к электрическому импедансу на высокой частоте. По данным литературы коэффициент дисперсии отражает функциональную активность биологической ткани, чем он выше, тем более активна ткань в функциональном смысле. Результаты исследований: Лапароскопическая БИМ: при статистическом анализе абсолютных значений электрического импеданса достоверных различий у пациентов с расширенным гепатикохоледохом с группой контроля обнаружено не было. Однако, коэффициент $D_{2\text{кГц}/20\text{кГц}}$ был максимальным в группе с патологией печени и достоверно отличался от коэффициентов $D_{2\text{кГц}/10\text{кГц}}$ и $D_{10\text{кГц}/20\text{кГц}}$. Чрескожная БИМ: В ходе анализа полученных данных удалось найти биоимпедансные дифференциально-диагностические критерии гепатоцеллюлярного рака, которые выражались в минимальных значениях абсолютных показателей электрического импеданса в очаге, особенно на частоте измерения 2 кГц и в максимально высоком коэффициенте дисперсии электрического импеданса $D_{2\text{кГц}/20\text{кГц}}$. Метастазы в печени характеризуются низкими значениями электрического импеданса на частоте 2 кГц и коэффициентом дисперсии на уровне контрольных значений. Заключение: Разработаны и внедрены в клиническую практику инвазивные методики морфофункционального состояния паренхимы печени.

391.ВЫРАЖЕННОСТЬ ОПЕРАЦИОННОГО СТРЕССА ПОСЛЕ ОТРЫТЫХ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ.

Панченков Д.Н.(1,2) Алексанян Г.Б.(1,2), Ахматова Н.К.(3), Ефанов М.Г.(4), Алиханов Р.Б.(4), Иванов Ю.В.(1,2), Астахов Д.А.(1,2)

Москва

1) МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России 2) ФНКЦ ФМБА России 3) НИИ вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова 4) МКНЦ ДЗ г. Москвы

Целью нашего исследования является сравнительный анализ параметров операционного стресса при выполнении лапароскопических и открытых резекций печени. Материалы и методы. Исследование включает экспериментальную и клиническую составляющую; содержит две группы: основная: лапароскопические резекции печени, контрольная группа: открытые резекции печени. В каждой группе сравнивали также объем резекции: «малые» и обширные резекции печени. Экспериментальное исследование включает 40 кроликов породы Шиншилла, обоих полов, весом до 3 кг. В предоперационном периоде, выполнялся забор крови из вены ушной раковины по 5 мл в гепаринизированные и негепаринизированные стерильные пробирки, для сравнения показателей иммунологического статуса: пролиферативная, цитотоксическая и фагоцитарная активность монокулярных лейкоцитов. Оперативное вмешательство выполнялось под общей анестезией. Заключительный этап состоял из трехкратных последовательных заборов крови (по вышеуказанной методике) через 4-6 часов после вмешательства, 24 часа и на 7-е сутки соответственно в гепаринизированные и негепаринизированные стерильные пробирки с последующей лабораторной диагностикой. Оценивались показатели цитотоксической, пролиферативной и фагоцитарной активности. Клиническая часть исследования заключается в сравнительной оценке параметров операционного стресса у 38 пациентов, перенесших резекции печени открытым и лапароскопическим доступом по схеме, ранее отработанной в эксперименте. Определяли профиль интерлейкинов: ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10, белки теплового шока, общее количество лейкоцитов, популяции лимфоцитов CD 3, CD 4, CD 8, CD 20, CD 25, NK, HLA, ИРИ, TLR 2, TLR3, TLR4, TLR5, TLR6, TLR8, TLR 9. Результаты. Согласно полученным данным, при сравнении показателей в основной и контрольной группах экспериментальных животных: фагоцитарная активность сохранилась практически неизменной в основной группе, в контрольной группе снизилась в послеоперационном периоде. Цитотоксическая активность мононуклеарных лейкоцитов снизилась по отношению к NK-чувствительной линии K562 эритробластного лейкоза, в контрольной группе больше, чем на 45 % , в основной группе около 20 % . Эти данные косвенно демонстрируют, что противовирусный и противоопухолевый потенциал NK-клеток снижен. При сравнении пролиферативной активности мононуклеарных лейкоцитов отмечено усиление спонтанной пролиферации и уменьшение индуцированной фитогемагглютинином пролиферации, что обусловлено стрессирующим воздействием. Это означает, что лейкоциты не могут адекватно реагировать на дополнительную стимуляцию ввиду истощения их скрытых резервов. По результатам клинических исследований Показатели субпопуляций лейкоцитов, были значительно повышены как в группе с открытыми, так и с лапароскопическими резекциями печени. Однако показатели в основной группе были выше, чем аналогичные в контрольной группе. В особенности это касается показателей CD4, которые превышали цифры в открытой группе, что касается CD8, показатели сопоставимы. В нашем исследовании выявлялись повышенные уровни экспрессии TLR, что указывает на наличие инфекционных агентов и распознавание ЛПС грамотрицательных бактерий. Значения уровней белков теплового шока, были достоверно повышены в группе с открытыми резекциями печени. Уровень всех цитокинов (за исключением IL-12 и IL-4) у больных до операции, так и после нее, был статистически значимо повышен. Уровни Th1/Th2/Th9/Th17/Th22 у больных были повышены уже до операции, в результате физического стресса, обусловленного наличием опухолевого процесса, инфекции или сопутствующей патологии, что свидетельствует о наличии воспалительного процесса, связанного с активацией эффекторов иммунной системы. Оперативное вмешательство более интенсивно индуцировало повышение данных цитокинов, приводя дисбалансу системы цитокинов хелперных клеток, который может приводить к функциональным и органическим нарушениям через индукцию «цитокинового шторма» и усугублять состояние пациентов. Выводы. Таким образом, полученные лабораторные данные, на ряду с влиянием опухоли и нанесенной операционной травмой,

демонстрируют повышенные показатели в группе с открытыми резекциями печени, в сравнении с лапароскопическими. Имеются убедительные доказательства превосходящих результатов лапароскопических резекций печени, которые имеют меньшее влияние на сохранность иммунитета и, следовательно, на послеоперационную заболеваемость и выживание. Наилучших показателей удалось добиться при «малых» необширных резекциях печени, показатели операционного стресса после обширных резекций печени демонстрировали сопоставимые результаты и требуют дальнейших клинических исследований.

392. Новые подходы к комплексному лечению пациентов с диффузным токсическим зобом.

Соловьев Н.А.(1,2), Иванов Ю.В.(1,2), Панченков Д.Н.(1,2), Степанова Ю.А. (3), Мокшина Н.В.(1,2)

Москва

1)ФНКЦ ФМБА России 2)МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России 3)Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Диффузным токсическим зобом (ДТЗ) в экономически развитых странах страдают почти 1—2% населения, соотношение больных женщин к мужчинам составляет 7:1; заболевание может возникнуть в любом возрасте, но пик заболеваемости приходится на 20—40 лет. Распространенность тиреотоксикоза во время беременности составляет 0,1—0,2%. Основной причиной тиреотоксикоза у беременных является диффузный ДТЗ, или болезнь Грейвса-Базедова. Часто заболевание развивается после перенесенных инфекционных процессов, наблюдается семейная предрасположенность (в 50% случаев). Болезнь Грейвса-Базедова это аутоиммунное заболевание, причиной которого является стимуляция рецепторов тиреотропного гормона ЩЖ на поверхности тиреоцитов под действием аутоантител. В настоящее время расшифрована структура рецептора ТТГ и установлены те антигенные детерминанты этого белка, с которыми взаимодействуют указанные антитела. Мнения относительно лечения больных с ДТЗ значительно различаются. При опросе 69% опрошенных из American Thyroid Association высказались в поддержку аблации радиоактивным (р/а) йодом, тогда как только 22% европейских, 22% китайских, 11% японских и 11% корейских специалистов предпочли этот метод лечения. Большинство клиницистов выбирают аблацию р/а йодом в случае пациентов с рецидивирующим или персистирующим гипертиреозом. В качестве малоизученного, но перспективного и по нашим данным (пролечено 45 пациентов) эффективного этапа в лечении больных с ДТЗ является рентгеноэндovasкулярная окклюзия щитовидных артерий. Данная методика не используется нами как самостоятельный метод лечения, а лишь как этап, направленный на предоперационную компенсацию по тиреоидному статусу и снижающий травматичность операции. Так, рентгеноэндovasкулярная окклюзия щитовидных артерий позволит снизить частоту типичных хирургических осложнений (повреждение возвратных нервов, околощитовидных желез) за счет устранения притока артериальной крови к щитовидной железе с последующим уменьшением ее объема, что приведет к снижению травматичности операции и соответственно интраоперационного кровотечения. Данная методика особенно актуальна при больших объемах железы, а также при загрудинном расположении зоба, при котором высока вероятность травматизации нижней щитовидной артерии, что в некоторых случаях может потребовать

стернотомии. Методика: доступ осуществляется по стандартной методике путем пункции общей бедренной артерии на 1.5-2см ниже паупартовой связки. Диагностическим катетером pigtail катетеризируется восходящая аорта, выполняется аортоартериография брахиоцефальных артерий для уточнения типа строения дуги аорты, уточнения положения устьев БЦА и подбора моделированных катетеров для селективной катетеризации. Наиболее часто используемые типы катетеров: Simmonds-Side Winder, Cobra, HeadHunter, MP, JR40 с внешним диаметром не более 5F(1F=0.33 mm по шкале Шарьера) и внутренним диаметром не менее 0.035", что позволяет беспрепятственно произвести эмболизацию. Во всех случаях мы использовали коаксиальную систему «проводник-катетер». Катетеризация афферентных артерий осуществлялась по принципу «step by step» с заменой моделированных катетеров по мере необходимости. В проведенном нами исследовании эмболизация щитовидных артерий была выполнена 20 пациентам, размеры щитовидной железы которых превышали 150 мл. Эмболизация щитовидных артерий выполнялась за 3-4 дня оперативного вмешательства в качестве подготовительного этапа. При этом объем щитовидной железы снижался на 15-20% от первоначального (подтверждено на контрольном УЗИ щитовидной железы перед операцией). Проведение предварительной эмболизации щитовидных артерий позволило уменьшить кровоточивость тканей во время операции, уменьшить объем кровопотери, среднюю продолжительность оперативного вмешательства. Кроме того, облегчалось проведение выделения нижнего возвратного нерва и околощитовидных желез. Особенно четко положительный эффект предоперационной эмболизации наблюдался при больших зобах с объемом железы более 300-350 мл. Таким образом, рентгеноэндovasкулярная окклюзия щитовидных артерий позволит снизить частоту хирургических осложнений за счет устранения притока артериальной крови к ЩЖ с последующим уменьшением ее объема, что приведет к снижению травматичности операции и соответственно интраоперационного кровотечения. Данная методика особенно актуальна при больших объемах железы, а также при загрудинном расположении зоба, при котором высока вероятность травматизации нижней щитовидной артерии, что в некоторых случаях может потребовать стернотомии.

393. Подготовка специалистов для выполнения ЭРХПГ и эндобилиарных вмешательств.

Родоман Г.В.(1), Соколов А.А.(1), Сиротинский В.В.(2)

Москва

1) РНИМУ им. Н.И.Пирогова, 2)ГКБ №13 ДЗ г. Москвы

Увеличение больных с патологией органов панкреатобилиарной зоны, нуждающихся в выполнении малоинвазивных вмешательств, имеет тенденцию к увеличению, что диктует необходимость в подготовке специалистов данного направления. Такая подготовка может осуществляться только в клиниках, имеющих большой опыт проведения подобных вмешательств, хорошее оснащение эндоскопической аппаратурой и инструментарием. Наш опыт подготовки специалистов по эндобилиарной эндоскопии позволил нам выделить 4 этапа обучения. Первый этап – теоретическая подготовка освоения методики ЭРХПГ и вмешательств на БДС, который включает в себя изучение топографической анатомии органов билиопанкреатодуоденальной зоны, используемой аппаратуры и инструментария, ассистирование при выполнении ЭРХПГ, а

также наблюдение за больными в ранние сроки после выполнения вмешательств. На данном этапе стажеры самостоятельно проводят осмотр ДПК с помощью эндоскопов с торцевой оптикой, визуализируют БДС. Данный этап в среднем занимает 2-3 месяца и зависит от общей подготовки врача-эндоскописта. Второй этап – овладение стажерами навыков работы с дуоденоскопом. Эти исследования могут выполняться больным, которым проводится обследование перед операцией на желчном пузыре, что включает в себя осмотр БДС. На данном этапе стажер получает навыки проведения дуоденоскопа через глоточное кольцо, ориентации в желудке, проведения аппарата через привратник, выведения БДС. Следует учитывать ряд факторов, которые могут повлиять на неблагоприятные результаты обучения: - нельзя поручать стажеру проведение дуоденоскопа через глоточное кольцо у пациентов старших возрастных групп, а также у больных с подтвержденным наличием ценкеровского дивертикула, дивертикулов пищевода или патологии ротоглотки; - следует ограничить время проведения осмотра 10-15 минутами, так как избыточное введение воздуха может затруднить последующие этапы исследования и эндобилиарного вмешательства; - осмотр стажером может быть продолжен при выведении эндоскопа после завершения основного этапа манипуляции. Данный этап обучения сложно оценить временными факторами, в связи с этим мы считаем, что стажеру необходимо выполнить не менее 50 подобных эндоскопических осмотров. Несомненно, эти результаты напрямую зависят от имеющихся у стажера навыков выполнения рутинных эндоскопических исследований. Особое внимание на данном этапе обучения необходимо уделить овладению такого приема, как сбавиванию (собираанию и подтягиванию) кишки для выведения БДС для его прямого осмотра. Для этих целей нами успешно использовался прием, когда стажер и наставник одновременно управляют винтами эндоскопа, что позволяет улучшить моторное восприятие необходимых действий для получения необходимого результата. Третий этап обучения заключается в овладении методом канюляции устья БДС. Основное внимание на данном этапе обучения уделяется выбору правильной позиции эндоскопа по отношению к сосочку, определению оптимального расстояния для введения канюли. Необходимо показать возможности канюляции при собирании кишки, а при ее фиксации – при максимальном введении эндоскопа для фронтального обзора БДС. Количество попыток канюляции устья БДС целесообразно ограничивать 4-5, ибо развивающийся отек слизистой может затруднить выполнение исследования и явиться причиной развития острого панкреатита. Наш опыт показывает, что доверять стажеру на данном этапе обучения выполнению ЭПСТ опасно, так как может стать причиной развития серьезных осложнений. Вместе с тем, обучаемому разрешается выполнение инструментальной ревизии желчных протоков с помощью корзинки Дормия на завершающем этапе вмешательства. Четвертый этап обучения. Вопрос о том, когда стажеру можно доверить выполнение ЭПСТ достаточно дискуссионен и зависит от многих причин, в том числе от наличия в лечебном учреждении сформировавшейся школы данного направления билиарной эндоскопии, количества выполняемых исследований в стационаре. В связи с этим мы считаем, что стажера можно допустить к выполнению ЭПСТ только после проведения не менее 100 успешных канюляций устья БДС. На этом этапе обучения от куратора требуется особое внимание за ходом выполнения вмешательства. Необходимо строго контролировать селективное введение инструмента в устье холедоха с проведением соответствующих проб, определять направление и длину разреза, выбор параметров тока ВЧ для данного случая и т.п. Если при выполнении вмешательства возникают затруднения, то куратору необходимо продолжить выполнение ЭПСТ самому, не допуская неблагоприятных последствий. Получение обучаемым психологической травмы после развившегося осложнения может отрицательно сказаться на его дальнейшем обучении. Для первых ЭПСТ куратор должен отбирать только случаи, когда отсутствуют какие-либо анатомо-топографические затруднения для проведения вмешательства, нет признаков стеноза устья сосочка, наличия аденом и т.п. В зависимости от исходной

подготовки стажера завершение 4 этапа подготовки, при определенной условности данного заключения, наступает на 2-3 год обучения. Это означает, что после данного времени можно достаточно уверенно доверять стажеру самостоятельное выполнение ЭРХПГ с вмешательствами на БДС. Таким образом, обучение эндоскопическим билиарным вмешательствам трудный и кропотливый процесс, который не всегда может завершиться успехом. Как показывает наш опыт и опыт других клиник, специалисты по эндобилиарным вмешательствам – это «штучный товар», так как проводить обучение одновременно нескольких стажеров крайне сложно и, часто, неэффективно из-за множества возникающих проблем. Использование современных эндоскопических симуляторов позволит сократить сроки начального обучения стажеров и, тем самым, повысит качество обучения данному направлению эндохирургии.

394.СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Соловьев Н.А.(1,2), Иванов Ю.В.(1,2), Панченков Д.Н.(1,2), Степанова Ю.А. (3), Мокшина Н.В.(1,2)

Москва

1)ФНКЦ ФМБА России 2)МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России 3)Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

Неблагоприятная экологическая обстановка, снижение неспецифической резистентности и специфического иммунитета, рост стрессовых ситуаций, наличие наследственной и региональной предрасположенности к тиреоидной патологии приводят к росту числа больных с заболеваниями щитовидной железы (ЩЖ). Широкая распространенность заболеваний ЩЖ, неудовлетворительные результаты хирургического лечения, особенно среди лиц трудоспособного возраста придают проблеме социально-экономическое значение, которое лишь усиливается с учетом необходимости оперативного лечения у большого числа больных. Показаниями к оперативному лечению заболеваний ЩЖ в настоящее время считаем: - любое заболевание ЩЖ с развитием симптомов компрессии органов шеи или средостения; - подозрение на злокачественное новообразование при ПТАБ под УЗ-наведением; - кисты ЩЖ более 3,0 см в диаметре при визуализации капсулы кисты при УЗИ в динамике после ПТАБ под УЗ-наведением, а также стабильном накоплении жидкости после 2-кратных пункций с эвакуацией жидкостного содержимого и попытки добиться склерозирования полости кисты при введении этилового спирта; - ДТЗ при неэффективности консервативной терапии, наличии противопоказаний к лечению ¹³¹I или тиреостатиками или невозможности их применения, с обязательным переводом в эутиреоз перед операцией; - хронический аутоиммунный фиброзный тиреоидит с симптомами компрессии соседних органов. Считаем необходимым в каждом случае узлового поражения ЩЖ придерживаться 3 этапов в постановке диагноза – цитологическом исследовании пунктата, полученного при ПТАБ под УЗ-наведением до операции (пунктируются все новообразования ЩЖ более 1,0 см диаметром); обязательном поведении срочного интраоперационного и планового паталогогистологического исследований. В нашей клинике успешно прошел апробацию и широко применяется отечественный аппарат для визуализации возвратного гортанного нерва (ВГН) «НЕЙРОСАН 2000», разработанный в сотрудничестве с МИФИ.

Несмотря на использование в повседневной практике методики интраоперационного выделения ВГН, при операциях по поводу больших и загроудинных зобов, ДТЗ и особенно при повторных операциях на ЩЖ применение аппарата значительно облегчает работу хирурга и снижает риск пареза гортани.

395.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭКСЦИЗИЯ ОСЛОЖНЕННОЙ КИСТЫ УРАХУСА В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ СКОРОПОМОЩНОГО СТАЦИОНАРА

Евсеев М.А.(1), Фомин В.С.(2), Никитин В.Е.(1), Стручков В.Ю.(2), Михайлов В.Г.(2)

Москва

1)ГБУЗ ГKB 52 ДЗМ 2)ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Введение. У взрослого населения не заращение мочевого протока с частотой до 1:5000 по данным аутопсий, что ввиду нередкой асимптомности на протяжении всей жизни остается незамеченным медицинским сообществом (Pedro P.J. et al., 2013). С момента первого описания данной патологии в работах Sabriolus (1550г.) в мировой литературе имеются лишь немногочисленные упоминания данного страдания с редкими обзорами более 10 клинических наблюдений (Yalavar R. et al., 2014). Применение малоинвазивных технологий в лечении патологии урахуса является прогрессивным, хотя при использовании ключевых слов «laparoscopy, urachus, adult» в базе «Pubmed» на 11 февраля 2015 года найдено всего лишь 53 литературных ссылки, что прежде всего указывает на низкую частоту встречаемости патологии (Araki M., et al., 2012). Симптоматика и клиническое течение не заращённого мочевого протока у взрослого населения представляются крайне варибельными за счет различных анатомических вариантов, а также редкостью манифестации ввиду малой частоты встречаемости (Ольшанецкий А.А. и соавт., 2014; Ekwueme K.C. et. al., 2009). Нами демонстрируется случай осложненного течения кисты урахуса у пациента 38 лет с успешной малоинвазивной коррекцией патологии. Клиническое наблюдение. Больной М., 38 лет поступил 18 января 2015 года в ГБУЗ ГKB№52 в экстренном порядке с жалобами на острые боли в нижних отделах живота, правой подвздошной области, общую слабость. Жалобы появились около 2 недель назад с постепенной прогрессией, следствием чего и явилась госпитализация. При объективном обследовании у больного отмечалась локальная болезненность в нижних отделах живота больше справа с отрицательными аппендикулярными и перитонеальными симптомами. Проводилась дифференциальная диагностика между аппендикулярным инфильтратом атипичной локализации и почечной коликой справа. Консультирован урологом: острой урологической патологии на момент осмотра не выявлено. В клиническом анализе крови умеренный лейкоцитоз до $12,4 \cdot 10^9/\text{л}$ без сдвига лейкоцитарной формулы. При проведении УЗИ органов брюшной и области почек была выявлена гепатомегалия, увеличение размера и утолщение паренхимы левой почки, объемное образование брюшной полости - детализация последнего затруднена: над дном мочевого пузыря между петлями кишечника и сальником лоцируется объемное образование $45 \cdot 28\text{мм}$, гипэхогенное, однородное, с ровным нечетким контуром, сливающееся с однородным объемным образованием над брюшиной размером $38 \cdot 34\text{мм}$, анэхогенным с неровным контуром. С целью верификации диагноза выполнено МСКТ: кистозное образование веретенообразной формы, прилежащее широким основанием к дну мочевого пузыря, сверху соединенное

посредством тяжа с пупком. Передняя стенка образования прилежит к прямой мышце живота справа. Размеры образования 51x54x73мм (объемом около 60 мл), содержимое негомогенно, до 18-24 НУ. Стенка образования нечеткая, перифокально клетчатка тяжиста. При контрастном усилении стенка образования накапливает контраст. На уровне исследования определяется аппендикс, типично расположенный 53x5,5 мм, без признаков воспаления. МСКТ-картина наиболее соответствует кисте урахуса с признаками воспаления. Начата консервативная терапия с целью купирования воспаления (антибактериальная, противовоспалительная), однако 20.01.2015 боли в гипогастрии резко усилились, гипертермия до 38.0С0, появились симптомы раздражения брюшины, лейкоцитоз до 20,9*10⁹/л. При экспертном УЗИ: в брюшной полости визуализируется инфильтрат без четких контуров, с вовлечением петель кишечника. Перистальтика на этих участках не определяется, межпетельно визуализируется свободная жидкость, в малом тазу до 230 мл однородной жидкости. В мезогастрии слева – участок тонкой кишки, расширенный до 33 мм, без прослеживаемой перистальтики. Учитывая вышесказанное принято решение о проведении диагностической лапароскопии с расширением объема операции по результатам интраоперационных находок. Ход операции: под эндотрахеальным наркозом в параумбиликальной области был выполнен вход в брюшную полость по методу Hassan, введен 10-мм троакар, наложен пневмоперитонеум, введена оптическая система; дополнительно установлены два 5-мм троакара в правой и левой подвздошных областях и 10-мм троакар в эпигастрии. При ревизии: в гипогастрии, правом латеральном канале, правом поддиафрагмальном пространстве до 150мл гноевидного экссудата; в гипогастрии в проекции срединной линии определяется инфильтрат, распространяющийся от параумбиликальной области до паравезикальной клетчатки, включающий в себя большой сальник, петлю подвздошной кишки, переднюю брюшную стенку. Выполнено разделение инфильтрата, при этом выделилось до 30 мл сливкообразного гноя. На входе в полость малого таза при мобилизации инфильтрированных тканей вскрылся абсцесс объемом до 100мл с мутной жидкостью. Установлено, что инфильтрат сформирован вокруг нагноившейся кисты урахуса размерами 7,0x4,0см. Дополнительно осмотрен купол слепой кишки с червеобразным отростком, последний – без острых воспалительных изменений. Иной патологии в брюшной полости не выявлено. Интраоперационное заключение: Нагноившаяся киста урахуса. Абсцесс брюшной полости. Распространенный гнойный перитонит. Ход операции: Выпот из брюшной полости эвакуирован; произведено лапароскопическое иссечение урахуса от пупочного кольца до паравезикальной клетчатки, при этом истечения мочи не выявлено, препарат удален из брюшной полости в эндоконтейнере; произведена санация брюшной полости 3 литрами физиологического раствора; в полость малого таза, непосредственно к области иссечения урахуса и в подпеченочное пространство установлены 3 силиконовых дренажа через контрапертуры в подвздошных областях и правой мезогастральной области; троакары, инструменты удалены, десуфляция брюшной полости, ушивание операционных ран. В послеоперационном периоде пациенту проводилась антиангинальная, антибактериальная, противовоспалительная терапия. Гистологическое заключение: Стенка кисты представлена фиброзной и грануляционной тканью различной степени зрелости с большим количеством вновь образованных сосудов. В стенке признаки хронического воспаления с диффузной умеренной лимфоплазмоцитарной инфильтрацией, определяются единичные гигантские многоядерные клетки рассасывания инородных тел. Имеются участки, характерные для гнойного воспаления, характеризующиеся скоплением полиморфноядерных лейкоцитов, макрофагов. Заключение: киста урахуса с абсцедированием. Течение послеоперационного периода гладкое. Выписан 28.01.2015г в удовлетворительном состоянии, заживление операционных ран per grima. Осмотрен через 1 месяц. Здоров. Заключение. Кисты урахуса являются редкой аномалией, особенно у взрослого населения. Клиническая симптоматика крайне неспецифична и вариабельна, однако

наличие триады симптомов (болезненное напряжение или инфильтрация в параумбиликальной зоне, гиперемия или мокнутие пупка, а также лихорадка) должно вызывать настороженность в отношении патологии мочевого протока. Операцией выбора как при неосложненной, так и при нагноившейся кисте следует считать ее радикальное иссечение вместе с мочевым протоком, что позволяет избежать как рецидивов, так и риска малигнизации при сохранении культи.

396. ЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА.

Евсеев М.А.(1), Стручкова Е.Ю.(1,2), Фомин В.С.(2), Стручков В.Ю.(2)

Москва

1)ГБУЗ ГКБ 52 ДЗМ 2)ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Введение: Среди «проблемных» заболеваний в ургентной абдоминальной хирургии на протяжении десятилетий считаются гастродуоденальные кровотечения. Несмотря на многочисленные научно-технические достижения и национальные клинические рекомендации РОХ (Российское Общество Хирургов) по язвенным желудочно-кишечным кровотечениям (ЖКК), принятые в 2014 г. до настоящего времени остаются дискуссионными различные варианты лечебно-диагностических подходов к достижению эффективного гемостаза. Лечение больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями - сложная проблема, требующая привлечения значительного количества специалистов, а именно тесного взаимодействия эндоскопистов, хирургов и анестезиологов-реаниматологов. Общая летальность от язвенных ЖКК по ГКБ №52 составила 2,1%, а послеоперационная летальность по поводу язвенных ЖКК составила 15,4% случаев. Учитывая высокий уровень летальности после экстренных операций по поводу ЖКК и все более популярную активно-выжидательную тактику, именно эндоскопистам отводится наиболее важная роль в лечении гастродуоденальных кровотечений. Материалы и методы. В данной работе нами был представлен опыт лечения 722 больных поступивших в период с января 2010 по март 2015 года, в хирургические отделения ГБУЗ «ГКБ №52» ДЗМ с диагнозом: «Желудочно-кишечное кровотечение». Следует отметить что в данный анализ были включены пациенты исключительно с язвенным поражением гастродуоденальной зоны. Всем пациентам при поступлении в стационар выполнялось стандартное обследование включающее осмотр хирурга приемного отделения, ОАК и проведение экстренной ЭГДС после промывания желудка. Средний возраст пациентов составил $54,72 \pm 9,34$ лет, что еще больше подчеркивает социальную значимость изучаемой проблемы. Гендерное распределение характеризовалось значительным преобладанием доли мужского населения в изучаемой группе: мужчин-513(71,0%), женщин-209(29,0%). Основная масса пациентов была госпитализирована в сроки до 24 часов с момента начала заболевания, однако примерно 1/4 больных поступала с большей экспозицией амбулаторного периода. За основу ведения больных нами были взяты национальные клинические рекомендации разработанные Щеголевым А.А. и принятые на согласительной конференции в Воронеже в 2014 г, а также нормативные документы (приказы ДЗМ №№ 181 и 320 соответственно), МЭЛС г. Москвы. РЕЗУЛЬТАТЫ: При проведении экстренной ЭГДС было выявлено, что источниками кровотечения оказались: у 378 (52,3 %) – язвы желудка, у 290 больных

(40,2 %) была выявлена язва двенадцатиперстной кишки, у 29 (4,0 %) – сочетанная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, у 21 (2,9 %) – язва гастроэнтероанастомоза, и у 34 (2,6%) пациентов мы столкнулись с синдромом Дъелафуа (ангиодисплазия-сосудистая мальформация с локализацией в субкардиальном отделе желудка). Для оценки источника кровотечения мы использовали классификацию язвенных гастродуоденальных кровотечений по Forrest (J.Forrest 1987г.). Выявлено Forrest 1A- 96 (13,3%)больных Forrest 1B -134 (18,6%)больных Forrest 2A -143 (19,8%)больных Forrest 2B -175 (24,2%)больных Forrest 2C – 128 (17,7%)больных Forrest 3 – 46 (6,4%).больных Следует отметить что в 67% (n=484) случаев мы столкнулись с острыми язвами, и только в 33% (n=238) причиной кровотечения явилось осложненное течение язвенной болезни. В 75,9% случаев (n=548), нами проводился лечебный, либо профилактический эндоскопический гемостаз, в зависимости от интенсивности кровотечения, в 24,1% (n=174) больных источник кровотечения был оценен по классификации J.Forrest 2C и 3, что не потребовало каких либо действий. Основные методы эндоскопического гемостаза использованные нами: -инъекционный метод(гипертонический раствор + раствор адреналина) -в 38% случаев (n=274). - комбинированный метод (инъекционный метод с последующей диатермокоагуляцией) - в 27% случаев (n=195) -комбинированный метод - (инъекционный метод с последующей аргоно-плазменной коагуляцией) - в 27% случаев (n=194) -клипирование одиночного сосуда в язве - у 9% больных (n=43). Всем больным после проведения эндоскопического гемостаза проводилось контрольное эндоскопическое исследование через 2 часа, с оценкой эффективности гемостаза. Эндоскопические методы гемостаза в группе больных с язвенными кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта позволили остановить кровотечение в 89,2%. Добиться окончательной остановки кровотечения при применении изолированно инъекционной методики удалось в 65,38%(n=179). У 95 пациентов (34,6%) при проведении контрольной ЭГДС был выявлен рецидив кровотечения в связи с недостаточной эффективностью данной методики в моно варианте. При использовании комбинированного метода включающего в себя: инъекционный метод с последующей диатермокоагуляцией (n=195), удалось добиться надежного гемостаза с первой попытки в 89,8% (n=175) наших наблюдений, в остальных 10,2% (n=20) был обнаружен рецидив кровотечения. При применении комбинированного метода с применением инъекционного метода с последующей аргоно-плазменной коагуляцией (n=194) остановить кровотечение с первой попытки удалось в 92,6% (n=180) наблюдений, у 14 больных возник рецидив. При клипировании одиночного сосуда в язве (n=43), в 95,4%(n=41) наших наблюдений рецидива кровотечения не наблюдалось, однако у 2 (4,6%) больных возник рецидив кровотечения из-за миграции клипс, что потребовало повторного эндоклипирования сосуда. После проведения эндоскопического гемостаза все больные получали парентеральную терапию ингибиторами протонной помпы в течение 72 часов с дальнейшим переводом на пероральный прием в течение 27 суток. Заключение. Принимая во внимание не уменьшающуюся частоту регистрации желудочно-кишечных кровотечений в последние годы, проблема малоинвазивного лечения подобных больных представляет собой актуальную задачу современного здравоохранения. Согласно результатам нашей клиники мы с уверенностью можем сказать что «золотым стандартом» эндоскопического гемостаза у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями являются комбинированные методики (Инфильтрация+диатермокоагуляция, либо АПК, либо клипирование) с возможностью круглосуточной реализации любого из вышеописанных способов. А залогом успеха выздоровления данной группы пациентов является комплексный подход включающий в себя помимо эндоскопического воздействия, медикаментозный гемостаз .

397. Раннее выявление и отдаленные результаты лечения ворсинчатых аденом толстой кишки.

Стручкова Е.Ю.(1,2), Фомин В.С.(2), Стручков В.Ю.(2), Воронцов А.В.(1), Могильницкий И.Е.(1)

Москва

1)ГБУЗ ГКБ 52 ДЗМ 2)ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Введение. Основным условием успешного лечения больных раком толстой кишки является диагностика опухолевого процесса на ранних стадиях заболевания. Факторами риска в развитии колоректального рака являются наследственная предрасположенность, возраст, характер питания, наличие хронических воспалительных заболеваний и полипоз толстой кишки. По данным различных авторов малигнизация полипов встречается в 3-8% случаев при одиночном полипе, в 14-18%-при множественных полипах и в 46 и 78% при диффузном наследственном полипозе. (Беселев В.Ю.,1988, Петров В.П., Потехин А.Н.,1998, Гвидо Шахшаль, 2012) Лечение полипов в толстой кишке в большинстве случаев сводится к их удалению. Операцией выбора является эндоскопическая полипэктомия. Результаты. Нами проанализированы данные о 656 больных, оперированных по поводу полипов толстой кишки. В 60% случаев гистологическая структура полипов была представлена аденомами, из них ворсинчатая аденома выявлена у 10 % больных, тубуло-ворсинчатая у 11%, зубчатая аденома в 9% случаев. По данным статистики процент озлокачествления ворсинчатых аденом толстой кишки колеблется от 15 до 42%. Малигнизированные полипы были удалены у 9% больных. Обнаружено, что очаги аденокарциномы локализовались как в поверхностных, так и глубоких (базальных) отделах аденомы. Малигнизированные полипы в 50,8% случаев локализовались в прямой кишке, в 31%-в сигмовидной кишке, у остальных пациентов малигнизированные полипы локализовались в других отделах ободочной кишки. Всем больным проводилась эндоскопическая полипэктомия методом петлевой электроэксцизии единым блоком. Крупные стелющиеся ворсинчатые полипы удалялись фрагментарно. Во всех случаях осуществлялась интраоперационная хромокопия или осмотр структур в режиме NBI. При хромокопии слизистая оболочка окрашивалась 0,1% раствором индигокармина в интенсивный синий цвет с последующим проведением биопсии полипа. В дальнейшем эти участки или иссекались диатермопетлей или коагулировались с применением аргоноплазменной или радиоволновой коагуляции. При осмотре в NBI режиме биопсия проводилась из участков измененной слизистой оболочки с патологической перестройкой сосудистого рисунка с последующим иссечением образования. В 1,2% случаев наблюдалось незначительное кровотечение из ложа удаленного полипа, которое купировалось консервативной гемостатической терапией. Рецидивы полипов наблюдались в 3,9% случаев с последующим выполнением эндоскопической полипэктомии. Все оперированные больные находились под динамическим наблюдением. После удаления доброкачественных полипов первый осмотр –хромоколоноскопия или осмотр в NBI-режиме производили через полгода, а при ворсинчатых опухолях – каждые 3 месяца. в течение первого года после удаления. После удаления озлокачествленных полипов в 1-й год после операции проводился ежемесячный осмотр, на 2-м году наблюдения – каждые 3 месяца. Спустя 2 года после полипэктомии проводились регулярные осмотры каждые 6 мес. В первые 2 года после удаления доброкачественных новообразований возникновение рецидива отмечено у 13 % больных, а новые полипы в различных отделах толстой кишки – у 7% пациентов. В дальнейшем при

наблюдении больных в течение 5 лет риск рецидива значительно снизился и к концу периода наблюдения составил 2,3%. Появление рецидива служило показанием к срочному повторному оперативному вмешательству. Выводы: - Использование метода хромоколоноскопии или осмотр в режиме NBI при диагностических колоноскопиях и интраоперационно позволяет выявлять очаги дисплазии и малигнизации полипов, осуществлять адекватное эндоскопическое оперативное вмешательство, снижая риск развития рецидива полипов и малигнизации. - Хорошие отдаленные результаты пятилетнего наблюдения, низкий процент послеоперационных осложнений и рецидивов эндоскопических полипэктомий позволяют рассматривать эндоскопическое удаление малигнизированных ворсинчатых аденом из толстой кишки как операцию выбора.

398.ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ УДАЛЕНИИ КРУПНЫХ ПОЛИПОВ В ТОЛСТОЙ КИШКЕ.

Стручкова Е.Ю.(1,2), Бархатова И.В.(1) , Стручков В.Ю.(2), Могильницкий И.Е.(1), Михайлов В.Г.(2)

Москва

1)ГБУЗ ГКБ 52 ДЗМ 2)ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Резюме: Нами проанализирован опыт эндоскопического удаления крупных полипов толстой кишки и технические особенности операций, позволившие избежать осложнений за 12 лет. Применяемая методика эндоскопической полипэктомии за счет поэтапного алгоритма действий и прецезионной обработке слизистого и подслизистого слоя в сочетании с применением новых технологий позволяет минимизировать риски интраоперационных осложнений, таких как кровотечение и перфорации, а также обеспечивает соблюдение принципов радикальности в лечении крупных полипов толстой кишки. Целью работы является проанализировать опыт эндоскопического удаления крупных полипов толстой кишки и технические особенности операций, позволившие избежать осложнений . Материалы и методы. За период с 2000 по 2012г. 813 больным удалено 986 полипов из толстой кишки. Полипэктомия методом петлевой электроэксцизии единым блоком произведена 543 больным, у 270 больных произведена комбинированная полипэктомия, во время которой основную массу полипа отсекали диатермической петлёй, а основание полипа, либо оставшиеся ткани подвергали радиоволновой или аргоно -плазменной коагуляции коагуляции. . Результаты. Кровотечение при диатермической полипэктомии возникло у 1,5% больных, при этом гемостаз был обеспечен с помощью дополнительной аргоно-плазменной коагуляции,инъекцией сосудосуживающих препаратов или препарата ГЭК (гидроксиэтилкрахмала). В процессе выполнения комбинированной полипэктомии кровотечений не наблюдали. Для удаления крупных полипов в толстой кишке на широком основании отдавали предпочтение монофильной петле. Для профилактики кровотечения эффективной оказалась инъекция раствора натрия хлорида или ГЭК в основание полипа. Раствор уменьшает сопротивление ткани и тем самым удлинняет начальную фазу резания при подаче высокочастотного электрического тока. Такая инъекция не только уменьшает риск перфорации стенки, но и препятствует обширному термическому повреждению тканей. В инъецируемый раствор добавляли несколько капель метиленового синего или индигокармина, что позволяло лучше идентифицировать структуры расположенные под слизистой оболочкой, отделенные от нее мышечной пластинкой, выявить резидуальную ткань полипа. Крупные полипы удаляли

фрагментарно, следя за тем, чтобы не оставить резидуальную ткань. Остатки полипа, выявляемые при осмотре раневой поверхности удаляли, применяя радиоволновую или аргоноплазменную коагуляцию (мышечную пластинку коагулировать не следует). На методику удаления получен патент. Вывод. Применяемая методика эндоскопической полипэктомии за счет поэтапного алгоритма действий и прецизионной обработке слизистого и подслизистого слоя в сочетании с применением новых технологий позволяет минимизировать риски интраоперационных осложнений, таких как кровотечение и перфорации, а также обеспечивает соблюдение принципов радикальности в лечении крупных полипов толстой кишки.

399.Кривая обучения и возможность её использования в хирургии.

Сажин В.П., Хубезов Д.А., Юдин В.А., Подъяблонская И.А.

Рязань

Кафедра хирургии с курсом эндохирургии ФДПО, Рязанский ГМУ им. акад. И.П.Павлова.

Тема оценки результатов обучения хирургов России лапароскопическим операциям мало изучена. В контексте с «кривой обучения» в хирургии эти вопросы впервые прозвучали на XVI Съезде РОЭХ в 2013 г (Хатьков И.Е.). Первым человеком, который описал кривую обучения, был Герман Эббингхаус в 1885 в области психологии изучения тестов на запоминание серии слогов различного содержания. Термин «кривая обучения» используется в 2х случаях. При оценке уровня опыта, полученного в результате многократных испытаний, или при оценке уровня знаний, полученных в течение определенного отрезка времени. В результате появились новые термины: кривая опыта и кривая обучаемости. Первое известное использование термина «кривая обучения» найдено в исследовании «Брайан и Хартер» в 1909 при оценке обучению телеграфного языка. Кривая обучения в этом случае имела сначала быстрое повышение, а потом период замедления. Психолог Артур Биллс в 1934г. дал более подробное описание кривых обучения. Он выделил 2 типа кривых обучения: с отрицательным и с положительным ускорением, а также плато и кривые интегральной кривой. В 1936 Теодор Пол Райт описал эффект влияния обучения на себестоимость в авиационной промышленности и предложил математическую модель кривой обучения. В 1968 Брюс Хендерсон обобщил модель, введенную впервые Райтом, и использовал её при подготовке Закона о Власти, который иногда называют «Законом Хендерсона». Он назвал эту особую версию «кривой опыта». Что такое обучаемость? Это индивидуальные качества, а соответственно и индивидуальные показатели обучающегося скорости и качеству усвоения определенных знаний, навыков и умений в процессе обучения. Характеристика кривой обучения – это график математического выражения многочисленных повторений одних и тех же операций, выполненных в определенный промежуток время, характеризующих прогресс в накоплении опыта. В этом процессе можно выделить следующие 3 этапа: 1этап – период быстрого прогресса, когда проявляется максимальная способность памяти сохранять у обучаемого новую информацию; 2 этап - после первых занятий скорость обучения постепенно снижается и определенный период остаётся на одном уровне (плато); 3 этап – замедление или прогресс зависит от числа повторений для усвоения материала и соответствующих факторов, влияющих на весь процесс обучения. Математическая формула выглядит достаточно сложно: $Yx = K * x \log 2b$

Если адаптировать эту формулу к медицинским (хирургическим) параметрам, то: K – число часов для выполнения первой операции (первого изделия); Yx – среднее суммарное число часов для изготовления x операций (так что произведение $Yx \cdot x$ дает суммарное число часов для производства всех x операций); x – число операций; b – коэффициент обучения (в долях единицы; для 90% подставляем 0,9); $\log_2 b$ – логарифм b по основанию 2. В последние годы преподаватели различных учебных хирургических программ, достаточно часто, возвращаются к вопросу о длительности проведения того или иного практического цикла подготовки хирургов. Основной целью таких обсуждений является желание ускорить процесс обучения и освоения хирургом практических навыков в лапароскопической хирургии. При этом отсутствуют объективные критерии оценки хирурга до начала обучения и в процессе обучения. Использование системы построения «кривой обучения» может быть полезной при планировании и подготовке практических учебных программ по лапароскопической, так как обладают ценными критериями оценки в числовом выражении. Таким образом, кривая обучения может объективно характеризовать процесс освоения обучающимся определённых практических навыков в хирургии и способствовать расчёту необходимого времени преподавания в рамках различных образовательных программ.

400. Факторы, влияющие на кривую обучения хирургов практическим навыкам.

Сажин В.П., Хубезов Д.А., Юдин В.А., Подъяблонская И.А.

Рязань

Кафедра хирургии с курсом эндохирургии ФДПО, Рязанский ГМУ им. акад. И.П.Павлова.

«Кривая обучения» для своего построения требует конкретных числовых выражений, позволяющих на основе математических расчётов оценить возможности обучающихся хирургов при освоении практических навыков. На сегодняшний день известны 26 факторов, влияющих на величину эффекта кривой обучения в зависимости от сложности изучаемого предмета. Естественно, что каждый фактор требует изучения, дополнительной проработки и конкретизации при их адаптации к использованию в медицинской практике. В общих положениях эти факторы можно разделить на 3 группы: факторы повышающие общий и индивидуальный эффект обучения; факторы организации и координации учебных процессов; факторы экономического влияния на процесс обучения и внедрения. 1я группа факторов: создание эффективной системы планирования обучения; создание эффективной схемы индивидуального и группового обучения; разработка и осуществление схемы эффективного контроля; повышение эффективности выбора учебного оборудования; внедрение эффективной системы обслуживания и ремонта оборудования; использование новых, эффективных технологий обучения и его предмета; оптимизация загрузки учебного оборудования; стандартизация навыков и операций. 2я группа факторов: улучшение организационной структуры и организации и процессов; внедрение информационно-управляющих систем; улучшение методов организации труда; его обучения на рабочих местах и за счет повторения работ; снижение количества часов сверхурочных работ; повышение числа повторяющихся процессов; лучшее оснащение рабочих мест инструментом и приспособлениями; 3я группа факторов: улучшение координации практического и теоретических

циклов; повышение производительности труда обучающего персонала путем систематического экономное расходование материалов; внедрение новых форм обучения; целенаправленное совершенствование системы обучения; сокращение числа дорогостоящих инструментов при обучении; снижение количества изменений в изучаемых практических навыках в процессе обучения; оптимизация количества обучающихся курсантов и количества хирургических навыков. Несомненно, что среди факторов повышения эффективности обучения являются: предшествующий опыт работы обучаемого; наличие базовых навыков; количество выполненных «простых» циклов обучения; время выполнения освоенных операций, количество осложнений и конверсий при выполнении освоенных операций; количество ассистенций на «сложных» лапароскопических операциях; количество отработки практических навыков на отдельных этапах «сложных» операций и многое другое. По мнению Горшкова М.Д., Логвинов Ю.И. 2013 в России практически отсутствует система объективной оценки хирурга владения навыками лапароскопической хирургии. Каждая кафедра, где преподаются основы лапароскопической хирургии, имеет собственный взгляд на процесс приобретения базовых навыков необходимых в эндохирургии. Данная проблема давно обсуждается во всем мире, были выполнены десятки научных исследований. Разработаны и обще признаны несколько систем тренинга и объективной оценки умений хирурга: MISTELS ; OSATS ; FLS. Однако те же авторы считают, что «...ни одна из имеющихся на сегодняшний день программ не отвечает всем сформулированным ранее характеристикам курса освоения базовых эндохирургических навыков » М.Д.Горшков 2015 (РОСОМЕД). Неоднозначна и современная оценка обучения. За рубежом итог обучения оценивается в баллах, при этом разница в баллах (180 баллов и 370 баллов) квалифицирует начинающего хирурга и эксперта. В России в уровень хирурга оперирующего лапароскопически в, лучшем случае, оценивается по количеству конверсий, осложнений, кровопотери, при этом основным термином оценки является «уровень приемлемый». Несомненно, что поиск принципов построения кривых обучения принесет новые подходы к оценке современных критериев эффективности обучения.

401. Современное лечение доброкачественных новообразований желудка.

Ефремов А.П.(1), Шестопапов С.С.(2), Базанов А.В.(1), Бондаревский И.Я.(1), Лаврентьев О.В.(1), Тарасов А.Н.(2).

Челябинск

Челябинская Областная Клиническая больница, Южно-Уральский Государственный Медицинский университет.

С развитием эндоскопической диагностики все чаще стали выявляться подслизистые образования желудка. Ранее к ним применялась тактика наблюдения, но с ростом числа данных образований и возможности их детального изучения (ЭУС) стали чаще выявлять GIST опухоли, и выставлять показания для их удаления. Возможности эндоскопических методик в данном случае ограничены расположением образований в подслизистом слое, оставляя хирургам проблему лечения в толще мышечного слоя. В нашей клинике с 2013 по декабрь 2015 проходило лечение 17 человек с установленным диагнозом доброкачественного образования желудка (GIST, лейомиомы). Среди

них мужчин 5, женщин 12, средний возраст 56 лет. Все пациенты обследованы по стандартной методики, в обязательном порядке проводилось ЭУС пищевода и желудка. Среди выявленных образований 1 локализовалось в кардиальном отделе, 1 в абдоминальном отрезке пищевода, 4 в антральном отделе желудка, 11 в теле желудка. При выставлении диагноза при ЭУС и росте образований из 4 мышечного слоя выставлялись показания для оперативного лечения. Оперированы лапароскопически 11 человек – 9 парциальные резекции желудка, 2 резекция антрального отдела желудка. При открытых операциях 5 парциальных резекций желудка, 1 резекция ½ желудка по Бильрот 1. При лапароскопии и при открытом доступе использовали для десекции монополярную коагуляцию и ультрозвуковые ножницы «Гармоник». Десекция, по возможности, проведена без вскрытия слизистой желудка, в 4 случаях резекция с вскрытием просвета, проведено ушивание стенки желудка в 2 ряда. Двое больных оперированы с краевой резекцией желудка при помощи сшивающего аппарата, механический шов не укрывался. Для точной локализации образований применяли интраоперационную ЭГДС. Все оперированные больные выписывались под наблюдение хирургов в различные сроки. Безусловно, более короткий койко день был в группе больных оперированных лапароскопически, составил 9к/д, против 18,7 в группе лапаротомных операций. Все больные получали противоязвенную терапию, в 3 случаях проведена комбинированная анестезия с последующей эпидуральной аналгезией. В группе лапароскопических операций выраженность болевого синдрома значительно меньше, нежели в группе открытых операций. У 3 больных оставлен зонд для декомпрессии на сутки, остальные начинали питаться вечером в день операции, и были активизированы. При гистологическим исследованием получено 10 лейомиом, 4 GIST опухоли различной дифференцировки, 2 гиперпластических полипа, 1 ворсинчатая аденома с фокусами аденокарциномы, что потребовало расширения оперативного лечения данной больной в условиях онкологического отделения. Получено 1 (6,25%) осложнение в виде несостоятельности швов на стенке желудка, что потребовало реоперации и ушивания стенки желудка. Данное осложнение получено ввиду ушивания стенки через ткань, подвергшуюся воздействию «Гармоника», при повторной операции проведена резекция краев дефекта острым путем, и ушивание в один ряд. Выводы: Доброкачественные образования желудка, при невозможности мукозальных резекций и десекции в подслизистом слое, должны быть оперированы. Предпочтительнее выбирать лапароскопический доступ, как наименее травматичный, но не менее эффективный способ лечения данной патологии. В зависимости от гистологического ответа, лечение больных данной патологией может быть расширено.

402. Эндоскопические операции в лечении заболеваний паразитовидных желез

Вертянкин С.В. , В.Л. Мещеряков, А.В. Чолахян, А.Г. Шубин, В.В. Греков, М.В. Приго-родов

Саратов

Саратовский государственный медицинский университет

Первичный гиперпаратиреоз в подавляющем большинстве случаев (80 – 85 %) обусловлен одиночной аденомой паразитовидных желез, в 2-3% случаев – множественная аденома. У 15 – 20 % больных гиперпаратиреоз вызывается гиперплазией паразитовидных желез и примерно в 0,5-

2% карциномой паращитовидных желез. В настоящее время общепризнано, что ПГПТ - распространенное заболевание (частота встречаемости -1/4000, поражает 2-3% популяции). Наиболее часто поражаемый – 40-60 лет; у женщин он встречается в 4 раза чаще, чем у мужчин. Цель исследования: Оценить возможность эндоскопических операций при патологии паращитовидных желез. Материалы и методы: За период с 1993 г. по 2015 г. в клинике факультетской хирургии и онкологии СГМУ и Клинике «Авеста» находились на лечении 40 больных с первичным гиперпаратиреозом. У 14 пациентов были висцеральные и костные проявления (в двух случаях с развитием патологических переломов). Из висцеральных проявлений следует отметить язвенную болезнь, желчнокаменную болезнь, уролитиаз у 14 пациентов. Смешанная форма выявлена у 1 больного. Бессимптомная форма - у 11 больных. У 21 больного ПГПТ, находившихся на лечении в клинике факультетской хирургии СГМУ рентгенологически выявлялся диффузный остеопороз, периостальная резорбция. Почечную форму, которая встречается в 60% случаев, проявляется мочекаменной болезнью, нефрокальцинозом. Иногда поражение почек может быть единственным его проявлением. Желудочнокишечная форма. Чаще всего проявляется диспепсическим синдромом, язвенной болезнью, клиникой острого панкреатита. Нарушения психической и неврологической сферы наблюдаются редко. Одни методы по изменениям в костной ткани позволяют судить о развивающемся первичном гиперпаратиреозе, другие — о топографии патологически измененных желез, их массе. Неинвазивные методы 1) УЗИ. Чувствительность метода составляет 60—85%. Трудности возникают при наличии небольших аденом до 1 см, расположенных позади трахеи и пищевода. Полностью недоступными УЗИ являются медиастинальные опухоли ОЩЖ, расположенные глубоко в средостении. 2) Компьютерная томография. Чувствительность достигает 70—86%, специфичность — 100%. КТ является методом выбора при локализации аденом в средостении или их расположении позади трахеи и пищевода. 3) магнитно-резонансная томография — чувствительность 65—80%. Особую значимость метод приобретает при загрудинном расположении аденомы. 4) Сцинтиграфия с ^{201}Tl и $^{99\text{mTc}}$. Достоинством метода является высокая чувствительность и специфичность, достигающие 91% и 99% соответственно. Позволяет выявлять опухоли ОЩЖ при типичной и атипичной локализации. Инвазивные методы исследования применяют при несовпадении или сомнительности данных, полученных с помощью неинвазивных методов. Для облегчения поиска ОЩЖ во время операции используются методы их интраоперационного выявления. Наибольшее распространение получил метод: интраоперационного окрашивания ОЩЖ метиленовым синим. План биохимических и гормональных исследований, необходимых и достаточных для решения диагностических задач, представлен в данной таблице. Здесь же приведены сведения об изменениях лабораторных показателей, характерных для ПГПТ. Основу диагностики составляет определение таких лабораторных показателей, как концентрация в крови общего и ионизированного кальция, концентрация ПТГ в крови, активность щелочной фосфатазы. 1. В норме содержание общего кальция в крови составляет 2,25—2,75 ммоль/л, его ионизированной фракции — 1,03—1,37 ммоль/л. 2. Уровень ПТГ в сыворотке. Содержание его повышено – 5-8 мг/мл и более. 3. ЩФ - повышение уровня свыше 5 ЕД по Боданскому при норме 2 – 4 ЕД. У больных ПГПТ, находившихся на лечении в клинике факультетской хирургии СГМУ: Обсуждение результатов. Гиперкальциемия обнаружена у 19 и только у одного из них отмечено повышение содержания в крови ионизированного кальция. У 4 больных отмечалась гиперкальциурия. У всех пациентов выявлено повышение уровня щелочной фосфатазы. Показания к хирургическому лечению: 1) Повышение уровня паратормона. 2) клинические проявления гиперкальциемии. 3) Концентрация общего кальция в сыворотке на 0,25 – 0,4 ммоль/л превышающее норму. 4) Гиперкальциемические кризы в анамнезе. 5) Мочекаменная болезнь, подтвержденная рентгенографически. 6) Суточная

экскреция кальция более 10 ммоль/л 7) Возраст менее 50 лет. 8) Невозможность длительного наблюдения за больным. На сегодняшний день хирургическое лечение ПГПТ – единственно радикальный и эффективный способ. Единичная аденома подлежит удалению, в ходе операции необходимо осмотреть все железы, чтобы исключить возможность асимметричной гиперплазии. При гиперплазии всех четырех желез выполняют субтотальную паратиреоидэктомию – удаляют три железы и часть четвертой с сохранением хорошо кровоснабжаемого участка до 100 мг, обеспечивающего нормальное содержание ПТГ (рецидив наступает в 5% случаев). Радикальное лечение – удаление всех паращитовидных желез с немедленной ауто-трансплантацией части измельченной паратиреоидной ткани в мышцы предплечья, что позволяет исключить повторные операции на шее. Здесь легче контролировать рецидив, так как, если оставить железу на шее, вследствие рубцовых изменений после первой операции будет сложно ее искать и удалять рецидивные ткани. Опасность состоит в возможности развития необратимого гипопаратиреоза при гибели ауто-трансплантата. Паратиреоэктомию приводит к излечению в 90–95% случаев. У больных ПГПТ, находившихся на лечении в клинике факультетской хирургии СГМУ объем оперативного вмешательства определялся интраоперационно с учетом морфологических изменений в паращитовидных железах. Как правило, производилось удаление одиночных аденом. В отдаленном послеоперационном периоде: у 29 больных наблюдалось полное сворачивание всех клинических проявлений первичного гиперпаратиреоза. У остальных больных – улучшение состояния с регрессом висцеропатических проявлений, снижением диуреза и отсутствием прогрессирования остеопороза. Послеоперационный гипопаратиреоз отмечен у одного пациента, который купировался в течение ближайших суток после операции. Примерно в 50% случаев болезнь протекает бессимптомно и только случайно обнаруженное повышение паратгормона или гиперкальциемия позволяет заподозрить гиперпаратиреоз. В большинстве случаев заболевание на ранних стадиях протекает с нормокальциемией, что значительно затрудняет его своевременную диагностику. Диагноз ПГПТ нередко устанавливают на поздних стадиях болезни при возникновении тяжелых осложнений и необратимых изменений в органах и системах, а паратиреоидэктомию лишь останавливает их прогрессирование. Пациенты не знают о своей болезни и не получают надлежащей помощи. К эндокринологам они попадают в весьма запущенном состоянии. С 2014 года нами применяются эндоскопические методы в лечении патологии паращитовидных желез. Нами выполнено три эндоскопические паратиреоидэктомии. Всем больным в обязательном порядке в дооперационном периоде выполнялось радиоизотопное сканирование паращитовидных желез. Нами применялся Axillo Bilateral Breast Approach (ABBA), – подмышечный билатеральный грудной доступ. Для обеспечения оптимального доступа к щитовидной железе использовалось стандартное положение больного на спине с валиком под лопатками. Относительно больного хирург находится со стороны предполагаемого вмешательства. Ассистент располагается рядом с оперирующим хирургом в голове больного. Стойка с эндоскопическим оборудованием находится у изголовья пациента с противоположной стороны. Эндоскопом манипулирует ассистент. Под или эндотрахеальным наркозом производился линейный кожный разрез длиной до 1,0 см в средней трети по наружному краю большой грудной мышцы. При помощи иглы Вереша под подкожную фасцию нагнетается углекислый газ, затем вводятся троакары с эндоскопом и два дополнительных троакара с инструментами у места прикрепления большой грудной мышцы и по краю ареолы. Далее путем диссекции с помощью эндоскопических инструментов, и эндоскопом создается пространство (операционная полость) для выполнения операции механической тракцией (лифтинга) ткани вверх, обнажаем щитовидную железу. Следующим этапом операции визуализируется возвратный гортанный нерв. Далее после визуализации и выделения возвратного нерва производилась паратиреоидэктомию. Рана дренировалась аспирационным дренажом. Трудностей с извлечением

удаленной ткани железы не возникало. Следует отметить, что десятикратное увеличение, полученное благодаря эндовидеоскопическому оборудованию, позволяет достаточно легко визуализировать все мелкие структуры во время операции, в том числе паращитовидные железы, сосуды и возвратный гортанный нерв. При контроле паратгормона отмечалось его снижение во всех трех случаях. Больные были выписаны на третьи сутки. Выводы Современные средства для эндоскопических вмешательств позволяют выполнить адекватное удаление паращитовидной железы видеоскопическим способом. По результатам первого опыта можно сделать вывод, что эндоскопические операции оставляют максимально выгодный с косметической точки зрения послеоперационный рубец, не нарушает функции органов шеи.

403.Лапароскопическая транспозиция и фиксация aberrантного сосуда при гидронефрозе у детей.

Коварский С.Л.1,2 , Захаров А.И.2, Агеева Н.А.1,Соттаева З.З.1,2, Текотов А.Н.1,2, Склярова Т.А.2, Струянский К.А.1,2

Москва

1 Кафедра детской хирургии педиатрического факультета РНИМУ имени Н.И. Пирогова 2 Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф. Филатова

Введение: Врожденный гидронефроз является наиболее распространенным заболеванием среди обструктивных уропатий. Помимо структурной патологии в стенке мочеточника, одной из причин врожденного гидронефроза служит aberrантный сосуд. Предложено несколько методик по устранению патологического влияния aberrантного сосуда на область пиелоретерального сегмента. Наиболее распространенной техникой является разобщающая пиелопластика с наложением антевазального анастомоза. Помимо этого, существует ряд методик, которые позволяют выполнить перемещение и фиксацию сосуда без резекции пиелоретерального сегмента. Методы: В отделении урологии и плановой хирургии ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова с 2012 года по настоящее время находилось 52 ребенка с вазоретеральным конфликтом, из них 32 мальчика и 20 девочек. 41 ребенку выполнили разобщающую пиелопластику с формированием антевазального анастомоза, средний возраст детей 12.3 года. 11 детям проведена неразобщающая пиелопластика с транспозицией и фиксацией aberrантного сосуда, возраст пациентов в этой группе – 14.2 года. Выполнение лапароскопической вазопексии возможно при соблюдении дооперационных и интраоперационных критериев отбора детей. Лапароскопическим доступом в области пиелоретерального сегмента, ориентируясь на силуэт почки вскрывается капсула почки. При подтверждении наличия aberrантного сосуда и отсутствии видимых изменений (сужений, перегибов мочеточника) в области лоханочно-мочеточникового сегмента - возможно выполнении вазопексии. По передней поверхности лоханки, отступя вверх от пиелоретерального сегмента берется часть лоханки и муфтообразно окутывается вокруг aberrантного сосуда. Важно: чтобы сосуд свободно перемещался внутри муфты и область пиелоретерального сегмента не деформировалась. Далее в этой области накладываются два-три отдельных узловых шва нерассасывающейся нитью 2/0 – 3/0. Результаты: Средняя продолжительность операции составила 60 минут (40-120 мин). Внутреннее дренирование J-J стентом проводилось первым трем детям. Далее все дети велись бездренажно.

Послеоперационное пребывание в стационаре составило в среднем полтора дня (1-3 дней). Длительность катамнеза составила 2 года. У одного ребенка возник рецидив гидронефроза. Заключение: Неразобщающая пиелопластика при строгом соблюдении дооперационных и интраоперационных критериев отбора детей для выполнения этой методики, позволяет достичь хороших результатов лечения врожденного гидронефроза у детей, причиной которого является аберрантный сосуд.

404.«Нехирургический" метод лечения детей раннего возраста с нерефлюксирующим мегауретером

Меновщикова Л.Б., Захаров А.И., Склярова Т.А., Левитская М.В., Шумихин В.С., Гуревич А.И., Бетанов З.В.

Москва

ДГКБ №13 им.Н.Ф.Филатова

Введение. Мегауретер – врожденная аномалия мочевых путей, характеризующаяся увеличением диаметра, расширением просвета и удлинением мочеточника и составляет 20-40% от всех диагнозов. С внедрением в медицинскую практику обязательного пренатального ультразвукового исследования плода выявляемость мегауретера повсеместно возросла, а необходимость поиска рациональных схем раннего лечения заболевания, начиная с периода новорожденности стала объективной реальностью. Вместе с тем многие вопросы, касающиеся протокола и сроков первичного исследования новорожденных с пренатально установленным мегауретером, проведения дифференциальной диагностики функциональных и органических обструкций на уровне пузырно-уретерального сегмента, выбора способа консервативного или хирургического лечения, остаются мало разрешенными. Актуальность. В последние годы малоинвазивные методы лечения мегауретера рассматриваются как альтернатива длительной антибиотикотерапии и оперативным вмешательствам. Цель исследования. Улучшение результатов лечения детей раннего возраста с нерефлюксирующим мегауретером путем эндоскопического стентирования мочеточников. Материалы и методы. За период времени с февраля 2009 г по декабрь 2013 года на базе отделения урологии и плановой хирургии и отделения хирургии новорожденных и недоношенных детей ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова пролечено 170 детей с нерефлюксирующим мегауретером (98 мальчика и 70 девочек) в возрасте до 1года. Двусторонний мегауретер выявлен у 25 детей (14,7%), односторонний – у 145 (85,3%). Дети поступали планово после антенатальной диагностики и сохраняющимся расширением мочеточника в постнатальном периоде. Причиной обследования у 50 пациентов (29,4%) являлись инфекционные осложнения. Эндоскопическое лечение у всех детей проводилось после достижения клинко-лабораторной ремиссии инфекционных осложнений. Показанием к внутреннему стентированию являлось выраженное расширение мочеточника на всем протяжении и дилатация чашечек, сопровождающиеся нарушением функции почки. Длительность стояния стента в среднем составляла 8 недель. Результаты. Стентирование мочеточника выполнено 132 детям (78%). 38 (22%) детям в связи с незначительным расширением мочеточника в дистальном отделе без расширения чашечно-лоханочной системы, нормальной функцией почки по данным радиоизотопных методов

исследования назначен курс консервативной терапии. В послеоперационном периоде внутреннее стентирование принесло положительный эффект у 127 детей (96%). В связи с неэффективностью эндоскопического лечения, сохранением расширения мочеточника, снижением функции почки оперативное лечение потребовалось 5 детям (4%). На наш взгляд, положительная динамика по клиническим результатам, купирование инфекционных осложнений, отсутствие признаков нарушения уродинамики со стороны верхних мочевых путей, нормальные темпы роста почки и отсутствие ухудшения почечной функции по данным радиоизотопных исследований позволяют оценить результат как положительный. Таким образом, мы можем считать, что эффективность лечения достигает 96%. Вывод. Использование малоинвазивных методов лечения позволяет добиться стойкого положительного результата лечения нерефлюксирующего мегауретера у детей в 96% случаев. Отсутствие осложнений и случаев рецидива дают возможность рассматривать вышеприведенную методику как эффективную и сопоставимую по результатам с открытыми операциями.

405. Спортивная грыжа, опыт лечения и наблюдения

Ахметов А.Д., Лодыгин А.В., Желнинов М.Г.

Санкт-Петербург

НУЗ Дорожная Клиническая больница «ОАО РЖД»

Грыжа Гилмора — это обобщенное понятие патологии задней стенки пахового канала, встречающееся у спортсменов. В настоящее время ведутся дискуссии относительно правильности терминологии данного синдрома. Как правило, данный диагноз может быть поставлен только после исключения множества других патологических состояний, вследствие которых возникает пубалгия у людей, активно занимающихся спортом, тяжелым физическим трудом. Опыт работы основан на лечении 35 пациентов. Род деятельности больных — спортсмены-профессионалы (легкоатлеты), бывшие спортсмены (легкоатлеты, футболисты, регбисты, пловцы), любители, интенсивно занимающиеся физкультурой с элементами интервальных нагрузок, любители здорового образа жизни, после перенесенной неадекватной нагрузки, рабочие (обобщенно) с профессиональным тяжелым трудом (монтеры пути, машинисты). Подавляющее большинство пациентов отмечают рывковые нагрузки ударного характера, травмы при избыточных нагрузках, а также столкновения, падения, удары в области верхней части бедра и паха. Данные этиологии заболевания различны, вероятно, развитие патологии связано с травмой, состоянием мышечного и связочного аппарата, повышенные нагрузки и др. Диагностика осложняется отсутствием видимой картины паховой грыжи и отсутствием расширения наружного пахового кольца при осмотре. Средний возраст 27 лет (18;38), мужчины, первичное обращение у пациентов — жалобы на боли в области паха, иррадиирующие в бедро, мошонку с наличием у 15 пациентов выпячивания в области паха, причем в 6 случаях выпячивание — увеличенный л/у паховой области. Логистика обследования была следующей: после исключения острых травм костно-мышечной системы (симфизит, остеоит, повреждение мышцы/сухожилия в месте прикрепления к лонной кости (PBSI)) и других патологий, косвенно вызывающих боли в паховой области (иррадиация из других зон, артрит, корешковый синдром) - осмотр невролога и травматолога,

выполнялось УЗИ паховой области для уточнения состояния задней стенки пахового канала (устанавливался диагноз - синдром мышечного дисбаланса паховой области (PWD)). Отмечалось, что данная процедура эффективна в руках обученного специалиста, выполняется с кашлем и с пробой Вальсальвы. Диагноз подтвержден у 35 из 46 пациентов. Изменения в паховой области следующего характера (внедрение липомы семенного канатика, стенки мочевого пузыря, расширение внутренних колец, ослабление задней стенки в области медиальной паховой ямки, эхо-признаки гематомы в области прикрепления к костным структурам, отек). При отсутствии значимой патологии со стороны структур пахового канала больному проводилась этапная 6-недельная реабилитация с физиотерапией и противовоспалительным лечением, в этой группе пациентов (11 человек) достигнут положительный эффект после лечения, купирование болей полностью или частично, 5 из группы наблюдаются. Группа из 35 пациентов, у которых диагноз «грыжа спортсмена» подтвержден, перенесли оперативное вмешательство, выполнялось типичная TAPP (трансабдоминальная предперитонеальная герниопластика) с установкой синтетического протеза 10x15 см, различных производителей (Линтекс Эсфил облегченный, BARD mesh, 3D max, Ethicon Ultrapro). У 4 пациентов выявлено внедрение липомы по ходу семявыносящего протока, в 6 случаях определялись видимые признаки травмы — имбибирование кровью поперечной фасции, связочных структур, частичное повреждение. Полного отрыва связок выявлено не было. У 14 человек косая паховая грыжа, 3 — комбинированный вариант, 11 — выявлен дефект в медиальной паховой ямке. Пахово-мошоночных вариантов грыж не было. Во время операции выявлено грыжа контрлатерально в 9 случаях. Фиксация протеза производилась аппаратом Protack в минимальном кол-ве (2-3 скрепки - в области симфиза, в Куперову связку и в латеральной части при необходимости). Область операции перитонезирована непрерывным швом (нить Пролен 3,0). Среднее время операции 45 минут (35;56), в раннем послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. Отмечается более выраженный болевой синдром после операции в группе пациентов с ГС по сравнению с пациентами, перенесшими TAPP рутинно. Больные выписывались на 1-2 сутки после операции. В дальнейшем пациент наблюдался в ходе 12 недельной программы спортивной реабилитации с постепенным расширением физической активности, проводилась физиотерапия по показаниям и противовоспалительная терапия. В отношении результатов операции (снижение болевого синдрома, восстановление физической деятельности, трудоспособности, возобновлении занятий спортом) получены удовлетворительные результаты у всех пациентов. Все больные зарегистрированы в герниологическом реестре Hernia-lab и подлежат дальнейшему наблюдению через год, 5 лет и 10 лет. На момент наблюдения признаков рецидивов не было. Выводы: лечение пациентов с ГС должно осуществляться с индивидуальным сопровождением, с разработкой четкой логистической программы исключения других патологий, сопровождаемых пубалгией, разработкой индивидуальной программы реабилитации, с наблюдением спортивного врача; мультидисциплинарный подход к патологии гарантирует выполнение оперативного пособия по показаниям.

406.ВОЗМОЖНОСТИ УМЕНЬШЕННОГО МАЛОТРАВМАТИЧНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С МЕТАСТАЗАМИ В РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ ШЕИ

Долидзе Д. Д.(1), Варданян А. В.(1), Лебединский И. Н.(2), Мельник К. В.(1), Комиссаров А. Н.(2), Тарасова Т. В.(2)

Москва

1) ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, 2) ГБУЗ ГКБ им.С.П.Боткина

В настоящее время отмечается значительный рост числа больных с тиреоидной карциномой, доля которой в структуре онкологической заболеваемости населения России достигает до 3% и составляет 6,26 на 100 тыс. населения. Основная категория пациентов с данной патологией это женщины молодого и среднего возрастов. Традиционные методики при раке щитовидной железы с метастазами в регионарных лимфатических узлах предполагают доступ разрезом длиной до 20 см, располагающийся на видимой части шеи. Указанные хирургические вмешательства отличаются неудовлетворительным косметическим результатом. Цель: улучшение косметического эффекта оперативного вмешательства у больных раком щитовидной железы с метастазами в регионарных лимфатических узлах шеи без ущерба радикальности и увеличения количества специфических осложнений. Материалы и методы: в исследуемую группу были включены 16 пациентов с дифференцированным раком щитовидной железы с метастазами в регионарных лимфатических узлах шеи, которые находились на обследовании и лечении в отделении эндокринной хирургии в ГКБ им. С. П. Боткина (г. Москва) с 2009 по 2014 гг. У всех больных была выполнена тиреоидэктомия с футлярно-фасциальным иссечением клетчатки шеи. Средний возраст составил 58 лет. Соотношение мужчин и женщин –1:5. Все пациенты были оперированы под эндотрахеальным наркозом. Для хирургического доступа к щитовидной железе и лимфатическим узлам центральной зоны и бокового треугольника применяли оригинальный уменьшенный разрез длиной 8-10 см. Последний располагался по линии, начинающейся с точки, расположенной на расстоянии 4 см от сосцевидного отростка, проходящей вдоль латерального края грудино-ключично-сосцевидной мышцы и на расстоянии 2-3 см от грудино-ключичного сочленения плавно переходящей в горизонтальную часть (параллельно кожным складкам). Линия разреза заканчивалась на точке, расположенной на расстоянии 3 см от яремной вырезки заходя за среднюю линию шеи на 1см. Для адекватной ревизии щитовидной железы и клетчатки центральной и боковой зон послойно на всем протяжении разреза рассекалась кожа, подкожно-жировая клетчатка, подкожная фасция и мышца шеи. Затем края раны широко отсепаровывались. Далее грудино-ключично-сосцевидная, грудино-щитовидные, грудино-подъязычные мышцы выделялись из фасциальных футляров и мобилизовывались максимально на протяжении для обеспечения достаточной подвижности. Затем производили полное экстрафасциальное удаление щитовидной железы с использованием прецизионной техники, современного медицинского оборудования и увеличительных приборов. Проводили профилактику повреждения верхних и возвратных гортанных нервов, в том числе с применением нейромиографии. Также проводили идентификацию околощитовидных желез с использованием «стресс-теста» и методики фотодинамической визуализации с последующей центральной лимфодиссекцией. Затем удаляли клетчатку и лимфатические узлы II-V зон шеи с сохранением магистральных сосудов и нервов (в том числе кожных ветвей шейного сплетения). Рану послойно зашивали с наложением внутрикожного шва и установлением вакуумно-аспирационной системы. Результаты: при анализе результатов выполненных оперативных вмешательств установлено, что во всех случаях рана зажила первичным натяжением с хорошим косметическим эффектом. По шкале POSAS косметический результат вмешательства у 14 (87,5%) пациентов признан отличным, а у 2 (12,5) – хорошим. Стойких операционных осложнений зафиксировано не было. У 1 (6,3%) больной с выраженным перипроцессом отмечен временный парез гортани на фоне травматизации

возвратного гортанного нерва в ходе его выделения (подвижность голосовых складок восстановилась через 2мес). Ещё у 1 (6,3%) пациента зафиксирован транзиторный гипопаратиреоз с восстановлением уровне кальция через 1 мес. Заключение: таким образом, предложенный оригинальной уменьшенный хирургический доступ у больных раком щитовидной с метастазами в регионарных лимфатических узлах позволяет получить хороший косметических эффект с адекватным обзором операционного поля, возможностью использования методических подходов для контроля необходимого объема оперативного вмешательства и профилактики специфических осложнений.

407.Национальный реестр герниологических больных как средство наблюдения и контроля качества лечения

Ахметов А.Д., Кащенко В.А., Лодыгин А.В., Желнинов М.Г.

Санкт-Петербург

Ахметов А.Д.(1), проф. Кащенко В.А. (2), Лодыгин А.В. (1), Желнинов М.Г.(1) 1. НУЗ Дорожная Клиническая больница «ОАО РЖД» 2. СПбГУ

Современная герниология сегодня это постоянно растущее количество синтетических протезов, шовных материалов; это огромный опыт оперативных вмешательств, наблюдений за пациентами. Без преувеличения можно утверждать, что эта область хирургии находится на острие «хирургической» мысли, все современные разработки медицины своевременно находят свое применение при лечении пациентов с грыжами. Это касается как диагностического этапа, так и операционных возможностей. Что неизменно сказывается на результатах лечения — отмечается их улучшение за последние десятилетия. Тем не менее существуют и проблемы — множество методик, материалов и сетчатых имплантов, вариабельность патологии создают трудности в выборе типа операции и протезов. Одним из решением проблемы стало создание в мире проектов долгосрочного наблюдения за пациентами, которые со временем преобразовались в Национальные герниологические регистры. Самые первые из них насчитывают 170-250 тысяч случаев наблюдений. Использование таких регистров позволило снизить частоту рецидивов и осложнений более чем в 2 раза. Накопленные данные по отдаленному течению п/о периода позволили найти лучшее, при всем многообразии методик. В 2009 году разработан германский герниологический регистр Herniamed, за несколько лет он превратился в мощнейший статистический инструмент в герниологии в Германии, Австрии, Италии и других странах, компилируя результаты работы более 300 клиник в Европе. Результаты представлены общественности в журналах Hernia, Surgical Endoscopy и других. Существуют и другие не менее результативные проекты наблюдения в Швеции, Франции, Дании. С 2013 года наша клиника была также включена в регистр Herniamed, наработан опыт работы с подобными стандартами наблюдения, а с 2015 года начато создание собственного герниологического реестра с он-лайн платформой Hernia-lab.

408. Мультицентровый опыт 1700 лапароскопических нефрэктомий

Галлямов Э.А., Биктимиров Р.Г., Биктимиров Т.Р., Вольных И.Ю., Коваленко А.В., Кочкин А.Д., Мещанкин И.В., Михайликов Т.Г., Новиков А.Б., Орлов И.В., Преснов К.С., Санжаров А.Е., Сергеев В.П.

Москва, 2) Владивосток, 3) Нижний Новгород, 4) Санкт-Петербург, 5) Екатеринбург

1) ЦКБ ГА, 2) ФГБУ ФМБА 119 МСЧ, 3) Больница ОАО "РЖД", станция Владивосток, 4) Больница ОАО "РЖД", станция Горький, 5) ФГАУ ЛРЦ, 6) МЦ ЦБ РФ, 7) Больница им. св. Луки 8) МАУ "Городская клиническая больница № 40" 9) ФГБУ ФМБА ГНЦ РФ им. Бурназяна

Введение. До сих пор для многих клиник стандартной методикой нефрэктомии является открытая техника. Протяженный операционный разрез, обуславливающий болезненность послеоперационной раны, длительный стационарный период, косметический дефект и высокий риск послеоперационных грыж. Клауман уже в 90-х годах описал лапароскопический доступ для нефрэктомии, получивший признание как удовлетворительная техника с сопоставимыми онкологическими результатами при отсутствии вышеуказанных недостатков открытой хирургии. Мы представляем мультицентровый опыт ведущих российских клиник, включающий свыше 1700 лапароскопических нефрэктомий. Материалы и методы. В период с 1 января 1992 г. по 1 июля 2015 г. лапароскопическая нефрэктомия выполнена 1746 пациентам: 1577 (90.3%) по поводу опухолей почки и 169(9.7%) в связи с таким состоянием, как терминальный гидронефроз, коралловидный камень почки или пионефроз. Среди опухолей почки распределение было следующим: быстро растущие ангиомиолипомы у 87(5.2%), T1 у 663 (37.9%), T2 у 725(41.5%) и T3 у 271(15.4%) пациентов. Нами применялся лапароскопический трансперитонеальный доступ, из них 35 пациентов оперированы трансмезентериально. Правосторонние нефрэктомии выполнялись несколько чаще чем левосторонние (884 против 862), число троакаргов справа как правило составляло 4 против 3 с левой, что связано с необходимостью ретракции печени для экспозиции. Эффективность проведённых операций оценивалась по таким показателям как время операции, интра- и послеоперационные осложнения, объём кровопотери, длительность пребывания в стационаре. Результаты: Среднее время операции, объём кровопотери, частота осложнений и длительность операций уменьшались по мере увеличения опыта. Изменения в кривой обучения можно описать таким образом: после выполнения примерно 50 самостоятельных операций отмечается стабилизация указанных показателей. Если сравнивать вышеуказанные показатели через 2 и через 10 лет после освоения методики лапароскопической нефрэктомии, то получатся следующие усреднённые цифры: время операции 243 ± 36.5 и 100 ± 11.1 минут, объём кровопотери 432 ± 56 и 100 ± 13 мл, послеоперационный койко-день 9 ± 3.8 и 5 ± 3.1 дней. Из наиболее распространённых интраоперационных осложнений можно назвать ранение магистральных сосудов, ранение печени или селезёнки, ранение мочеочника. Из послеоперационных осложнений мы наблюдали случаи ТЭЛА, нагноения послеоперационных ран, позднего кровотечения после отошедших клипс. Выводы: Лапароскопическая нефрэктомия при следовании стандартной техники операции, разумном выборе расположения портов, верной анатомической локализации является безопасным и эффективным видом оперативного вмешательства. Качество выполняемых операций с опытом улучшается, достигая плато после 50 выполненных самостоятельных операций.

409.МЕЛКОДИСПЕРСНАЯ САНАЦИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ.

Черкасов М.Ф., Мрыхин Г.А.

Ростов-на-Дону

Ростовский государственный медицинский университет (РостГМУ)

Цель работы: Оценить преимущества применения оригинальной методики профилактики гнойно-септических осложнений, основанной на мелкодисперсной ультразвуковой обработке брюшной полости при лапароскопической аппендэктомии. Материалы и методы: Нами произведено лечение 294 пациентов острым деструктивным аппендицитом в период с 2009 по 2014 год. Все пациенты были разделены на две сопоставимые по возрасту, полу и характеру дооперационных осложнений группы. В первую - контрольную группу клинических наблюдений нами включен 151 пациент с острым деструктивным аппендицитом, которым проводилась профилактика гнойно-септических осложнений, заключающаяся в назначении антибактериального препарата, относящегося к группе цефалоспоринов 3-ей генерации в комбинации с метранидазолом за 30 минут до операции и промывании брюшной полости раствором фурациллина интраоперационно. Вторую группу наблюдений составили 143 больных острым деструктивным аппендицитом, которым проводилась профилактика гнойно-септических осложнений по оригинальной методике, основанной как на системном применении антибактериальных препаратов, так и местном антибактериальном эффекте мелкодисперсной аэрозольной взвеси в очаге воспаления (патент РФ № 2468739), при помощи разработанного устройства (патент РФ №122580). После использования полного комплекса неинвазивных методик исследования, больным выполнялась диагностическая лапароскопия, в ходе которой окончательно определялся объем оперативного вмешательства. При этом в исследование включались больные флегмонозным и гангренозным аппендицитом, а также пациенты с такими осложнениями, как: местный отграниченный и неотграниченный перитонит. Во всех клинических наблюдениях выполнялась лапароскопическая аппендэктомия, перехода на конверсию не требовалось. После основного этапа операции и удаления аппендикса проводилась профилактика гнойно-септических осложнений одним из указанных выше способов. Результаты: В раннем послеоперационном периоде с целью оценки результатов оперативного лечения и эффективности применения мелкодисперсной ультразвуковой санации брюшной полости проводили изучение уровня лейкоцитов, палочкоядерных нейтрофилов и лейкоцитарного индекса интоксикации. В результате применения оригинальной методики профилактики гнойно-септических осложнений у больных острым деструктивным аппендицитом во II клинической группе в послеоперационном периоде средний уровень лейкоцитов - $7,16 \pm 0,43$ был ниже, чем в I группе - $8,45 \pm 0,51$ (при p

410. Опыт видеолапароскопии в диагностике и лечении острого панкреатита

Черкасов М.Ф. (1), Бондаренко В.А. (2), Турбин М.В. (2), Устименко И.В. (2), Бондаренко И.В. (2)

Ростов-на-Дону

1) ГБОУ ВПО РостГМУ, 2) МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону

Цель работы: анализ результатов лечения больных с острым панкреатитом. Материалы и методы: С 2009 по 2014 г. в хирургическом отделении ГБСМП г. Ростова-на-Дону пролечено 562 пациента с острым панкреатитом. При анализе причин острого панкреатита в исследуемой группе пациентов билиарный панкреатит составил 57,1% (321 пациент), алкогольный (алиментарный) 33,9% (191 больной). Холедохолитиаз выявлен у 51 пациента, у 37 диагностирован стеноз большого дуоденального сосочка (БДС) с явлениями механической желтухи. Проводившаяся в стационаре интенсивная консервативная терапия оказалась эффективна у 389 (69,2%) пациентов - был купирован болевой синдром, улучшилось общее самочувствие, нормализовались лабораторные показатели, что позволило избежать оперативного вмешательства. Показаниями для выполнения диагностической видеолапароскопии являлись наличие перитонеальной симптоматики, в том числе с выявленными при КТ, УЗ-исследовании признаками свободной жидкости в брюшной полости, необходимость дифференциальной диагностики с другими острыми заболеваниями органов брюшной полости. Видеолапароскопия была выполнена 208 больным, в том числе в первые сутки нахождения в стационаре - 151 (77,4% прооперированных). Интраоперационно диагноз острого панкреатита был подтвержден у 173 больных, острая хирургическая патология брюшной полости не выявлена у 9 (4,3%), у 26 (12,5%) пациентов выявлены иные заболевания, потребовавшие неотложной операции (острый аппендицит, перфорация полого органа, мезентериальный тромбоз и др.). Острый панкреатит при выполнении лапароскопии выявлен также у 35 больных, поступавших с иной острой хирургической патологией, что позволило своевременно установить диагноз и корректировать лечебную тактику. Лечебными задачами при выполнении лапароскопии являлись эвакуация перитонеального экссудата и дренирование брюшной полости, лапароскопическая декомпрессия забрюшинной клетчатки (выполнялась в случаях геморрагического пропитывания вдоль восходящей и нисходящей ободочной кишки), вскрытие и дренирование сальниковой сумки с осмотром поджелудочной железы, при сочетании острого панкреатита с деструктивным панкреатитом выполнялась холецистэктомия с дренированием холедоха. Отечная форма панкреатита, характеризовавшаяся наличием стекловидного отека корня брыжейки, наличием серозного выпота в брюшной полости с повышенным содержанием амилазы, единичными очагами стеатонекроза, диагностирована у 162 больных (77,8% прооперированных). Геморрагический панкреатит, свидетельствующий о ферментативной аутолитической деструкции поджелудочной железы — у 32 пациентов (15,4%). Деструктивный панкреатит (инфицированный панкреонекроз) с выраженной гнойно-некротической инфильтрацией печеночно-двенадцатиперстной, круглой и желудочно-ободочной связок, брыжейки поперечной ободочной кишки, забрюшинной клетчатки, распространенными очагами стеатонекроза, выявлен у 14 пациентов (6,7%). Данной группе больных выполнялась лапароскопическая холецистэктомия с дренированием холедоха, а затем — лапаротомия с санацией, дренированием брюшной полости, забрюшинной клетчатки, секвестрнекрэктомией, оментобурсостомией. Всем больным с острым панкреатитом выполнялась дуоденоскопия с осмотром БДС. При подозрении на «вклиненный» конкремент БДС, а также при выявлении на интраоперационной холангиографии конкремента дистального отдела холедоха 27 пациентам выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, холедохолитоэкстракция.

Послеоперационная летальность составила 2,3% (4 больных). У всех умерших пациентов интраоперационно был диагностирован деструктивный панкреатит. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре при использовании эндохирургического метода лечения острого панкреатита составила 10,2 койко-дня. Выводы: Использование видеолапароскопической методики в комплексном лечении больных с острым панкреатитом решает задачу улучшения ближайших и отдаленных результатов лечения, позволяет значительно снизить количество осложнений, летальность, сроки пребывания больных в стационаре. Эндоскопическая хирургия в лечении острого панкреатита имеет возможность обеспечить этиопатогенетическое лечение острого панкреатита, расширяет диагностические, тактические и лечебные возможности хирурга, позволяет отказаться от ранних лапаротомий на высоте эндогенной интоксикации, сопровождающихся высокой летальностью.

411. Опыт применения лапароскопической герниопластики в военном госпитале.

Малов А.С., Кошечев А.Г., Шамардина А.К., Клевцевич А.В.

Краснознаменск

Филиал №4 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России

Показанием к применению лапароскопической герниопластики считаем наличие неосложненной паховой грыжи, особенно двусторонней. Не использовали данную методику при наличии общих противопоказаний для наркоза и выполнения лапароскопических операций. больших пахово-мошоночных, а также невризмальных грыжах, сочетании паховой грыжи с водянкой яичка. За период с 2007 по 2015 год в плановом порядке по поводу паховой или бедренной грыжи нами прооперировано 409 пациентов. Из них 129 (32,4%) пациентам выполнена герниопластика по методике TAPP. Средний возраст больных составил 42,6 года. Мужчин 127, женщин 2. У одной из них имелась бедренная грыжа. Двухсторонние паховые грыжи были у 28 (21,7%) пациентов. В трёх случаях паховая грыжа являлась рецидивной. В качестве протеза нами использовались легкие сетки из полипропилена или полиэстера. До 2014 года в ходе операции, независимо от формы грыжи, выполняли мобилизацию семенного канатика с подведением под него раскрытого сетчатого трансплантата (исключением явились обе женщины). В 61 (47,2%) случаях использовался имплантат размерами 11 x 6 см, в 27 (20,9%) – 12 x 8 см. С 2014 года мы используем импланты размером 15x10 см, не прибегая к мобилизации семенного канатика и к раскрою сетки. Вмешательство по такой методике выполнено 41 (31,7%) пациенту, в 7 случаях грыжа была двухсторонней. При наличии прямой паховой грыжи выполняем фиксацию поперечной фасции в проекции медиальной паховой ямки к Куперовой связке. Фиксацию импланта осуществляем 5-миллиметровым герниостеплером, им же фиксируем лоскуты брюшины в конце операции. Общее число осложнений: 6 (9,6%). Дважды наблюдались кровотечения из троакарных ран, в одном случае - гематома семенного канатика. У трёх пациентов (2,3%) наблюдали парестезию в зоне иннервации латерального кожного нерва бедра. Патологические явления разрешились в течение 2-12 недель. Зафиксирован 1 рецидив заболевания. Причиной рецидива стали технические погрешности при фиксации сетки на этапе освоения методики. Среднее время операции

составило 1 час 26 минут для односторонних грыж и 2 часа 20 минут – для двухсторонних. Продолжительность пребывания больных в стационаре – 4-7 дней.

412. Опыт использования лапароскопической хирургии в лечении перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки

Захаров Д.В., Уханов А.П., Большаков С.В., Леонов А.Л., Соболева Л.М., Амбарцумян В.М., Смирнов В.Н., Жилин С.А., Прилуцких Ю.А., Лимарь С.С., Гарбач А.С.

Великий Новгород

Центральная городская клиническая больница

Под наблюдением с 2013 по 2015 годы находилось 182 больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки поступившими в экстренном порядке в хирургические отделения Центральной городской клинической больницы Великого Новгорода. Все больным поступающим с клинической картиной перфоративной язвы выполняли рентгенологическое исследование на предмет наличия свободного газа в брюшной полости. В случае отсутствия признаков пневмоперитонеума больным проводили экстренную фиброгастродуоденоскопию с последующим рентгенконтролем. Проведение ФГДС позволяет оценить состояние желудка и двенадцатиперстной кишки и помимо перфорации распознать другие осложнения язвенной болезни, такие как пенетрация, рубцово-язвенный стеноз, которые рассматривали как противопоказание к лапароскопической хирургии. При отсутствии противопоказаний, наличии технических и организационных возможностей операцию проводили с использованием лапароскопии, которая была выполнена у 50 больных (27,5 %). При выполнении эндовидеохирургического вмешательства использовали 3 троакара: первый, 10 мм - вводили на 1 см ниже пупка для лапароскопа, второй 10 мм - на 3-4 см ниже правой реберной дуги по среднеключичной линии, третий 5 мм четвертый - на уровне пупка по передне-подмышечной линии. При необходимости, с целью ретракции печени или лучшей экспозиции пилорoduоденальной зоны вводили четвертый 5мм троакар на 2-3 см ниже мечевидного отростка. Объем операции заключался в ушивании перфоративного отверстия интракорпоральным одно- или двухрядным швом. Из 50 вмешательств полностью лапароскопическим способом выполнено 47 операций, в трех случаях потребовалась конверсия. В послеоперационном периоде после лапароскопических вмешательств характерными особенностями являлись минимальная потребность в анальгетиках, быстрое восстановление перистальтики и начало энтерального питания на второй день после операции, уменьшение койко-дня до 7 суток. Послеоперационные осложнения встретились у 4 больных. У 1 больного возникла недостаточность эндошва, что потребовало лапаротомии и ушивания перфорационного отверстия на 2 сутки после лапароскопической операции. Еще одной больной повторно оперирован в связи с остро развившимся пилорoduоденальным стенозом, ему произведена резекция желудка в модификации Гофмейстера-Финстерера с хорошим результатом. Еще у двух больных отмечены осложнения в виде подпеченочного абсцесса и острого панкреатита. Наш небольшой опыт использования лапароскопического ушивания перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки показывает, что данная методика обладает определенными

преимуществами и при отсутствии противопоказаний и по мере приобретения опыта должна более широко внедряться в практику отделений неотложной хирургии.

413. Оценка эффективности методики местной интраоперационной анестезии при выполнении тотальной экстрAPERитонеальной пластики паховых грыж (ТЕР)

Савин А.С.(1), Дворянкин Д.В.(1,2), Хохлов А.В.(1)

Санкт-Петербург

- 1) Кафедра хирургии и инновационных технологий ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М.Никифорова МЧС России
- 2) Кафедра факультетской хирургии им. И.И.Грекова СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Цель исследования - оценка результатов использования местной интраоперационной анестезии при выполнении ТЕР. Материалы и методы: в работе представлен опыт применения интраоперационной анестезии с помощью орошения операционного поля раствором местного анестетика. 20 мл 2% раствора ультракаина вводилось через тубус троакара в предбрюшинное пространство непосредственно перед десуфляцией, что позволило добиться равномерного распределения анестетика по всей зоне оперативного вмешательства при ТЕР. Подобная анестезия проведена у 50 пациентов. В контрольную группу вошли 40 пациентов, которым интраоперационная анестезия не производилась. Критериями оценки результатов эффективности методики была степень выраженности болевого синдрома в 1-е сутки после операции, а также на 7-е сутки послеоперационного периода по 10-бальной вербальной описательной шкале субъективной оценки боли (Gaston-Johansson F., Albert M., Fagan E. et al., 1990). Результаты: Показатель шкалы оценки боли в послеоперационном периоде для группы, в которой использовалась интраоперационная анестезия, составил $2,6 \pm 1,2$ в 1-й день после операции с его регрессом до $1,2 \pm 0,6$ на 7-й послеоперационный день. Для группы, где местная интраоперационная анестезия не использовалась, аналогичный показатель составил $3,4 \pm 1,4$ на 1-й день и $1,3 \pm 0,5$ на седьмой день. Выводы: Использование местной интраоперационной анестезии методом орошения операционного поля при выполнении ТЕР позволяет уменьшить болевой синдром в послеоперационном периоде.

414. Отдаленные результаты лапароскопического хирургического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Тимербулатов М.В. (1), Сендерович Е.И. (1), Гришина Е.Е. (1), Зиганшин Т.М. (2), Сагитов Р.Б. (3), Гимаев Э.Ф. (2), Рахимов Р.Р (1).

Уфа

1)ГБОУ ВПО БГМУ 2)ГБУЗ РБ ГКБ №21 3)ГБУЗ БСМП

На сегодняшний день по литературным данным частота успешных антирефлюксных операций составляет около 90%. Следовательно остается группа пациентов, которая не получает ожидаемого эффекта от хирургического вмешательства, либо эффект оказывается кратковременным. Эндоскопическая оценка фундопликационной манжеты является единственным объективным способом выявления причины «неудачной фундопликации», т.е. операции, сопровождающейся рецидивом симптомов изжоги или новыми симптомами в послеоперационном периоде. Помимо технического компонента ключом к успешной антирефлюксной операции является правильный отбор пациентов для этой процедуры. Манометрия пищевода входит в стандарт обследования больных с ГЭРБ перед оперативным лечением, однако, по мнению некоторых авторов, данные манометрии слабо коррелируют с симптомами до антирефлюксной операции и послеоперационными результатами. В клинике факультетской хирургии БГМУ на базе 1 хирургического отделения ГБУЗ РБ ГКБ №21 в 2004-2014 гг выполнено 199 лапароскопических операций больным с ГЭРБ, использовались самые популярные современные методы лапароскопической фундопликации: «Nissen-Rossetti» - 150 пациентов (75%) и «Short floppy Nissen» - 33 пациента (16%). У пациентов с параэзофагеальными грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (16 пациентов - 8%) выполнялась протезирующая диафрагмокруропластика при площади поверхности пищеводного отверстия более 4 см². Использовался прямоугольный сетчатый имплант, который фиксировался поверх шитых ножек диафрагмы с последующей перитонизацией импланта фрагментом грыжевого мешка, оставленного на передней стенке пищевода при выделении при параэзофагеальных грыжах, париетальной брюшиной ножек диафрагмы при скользящих грыжах. Отдаленные результаты в сроки от 6 месяцев до 5 лет после операции изучены у 81 пациента. Для исследования жалоб использовалась шкала интенсивности изжоги: 0 - нет изжоги, 1 – легкая изжога не более 1 раза в неделю, 2- умеренная изжога 2-3 раза в неделю, 3 - выраженная изжога каждый день. Для оценки симптомов дисфагии была использована следующая шкала: 0 – нет дисфагии, 1- нарушение прохождения твердой пищи, 2- нарушение прохождения жидкой пищи. Также у исследуемой группы пациентов выполнено эндоскопическое обследование фундопликационной манжеты. Для количественной оценки недостаточности манжеты, приводящей к недостаточности нижнего пищеводного сфинктера (НПС) разработана следующая шкала: 0 – состоятельная манжета, 1- наличие расстояния между эндоскопом и пликационными складками, 2- соскользнувшая манжета, 3- частично разрушенная манжета, 4- полностью разрушенная манжета. Проводилось измерение давления НПС и процента релаксации НПС в ответ на глоток перед лапароскопической антирефлюксной операцией и в различные сроки послеоперационного периода. Пациенты разделены на группы в зависимости от метода выполненной антирефлюксной операции: «Short floppy Nissen» - 33 пациента, «Nissen-Rossetti» - 150 пациентов и протезирующая диафрагмокруропластика – 16 пациентов. Среди исследуемых в послеоперационном периоде пациентов 21(26%) имели жалобы на изжогу различной степени интенсивности. Только у 4 пациентов (5%) были выявлены жалобы на затруднение прохождения твердой пищи. Проблем с глотанием жидкой пищи у исследуемой группы пациентов не обнаружено. У всех пациентов с возобновлением симптомов изжоги в послеоперационном периоде выявлены какие-либо нарушения формы и расположения фундопликационной манжеты. Самой частой причиной рецидива симптомов рефлюкса стала «скользящая фундопликация», при которой манжета перемещается на кардиальный отдел или тело желудка вместо пищеводно-желудочного перехода. «Перекрученная фундопликация» вызывала симптомы изжоги в случае неплотного контакта пликационных складок манжеты с пищеводно-желудочным переходом вследствие

перекрута складок. Все пациенты с эндоскопическими признаками «перекрученной манжеты» оперированы по методу «Nissen-Rossetti». Сравнивая частоту обнаружения эндоскопических признаков недостаточности фундопликационной манжеты в группах «Short floppy Nissen» и «Nissen-Rossetti», получили статистически значимое различие в пользу метода «Short floppy Nissen»: 7 пациентов (22%) против 20 пациентов (43%), $p=0,0470$. Выявлена умеренная обратная корреляционная связь между величиной давления НПС и интенсивностью изжоги в послеоперационном периоде, $r=(-0,48)$, $p=0,000004$. Также выяснилось, что использование сетки для укрепления ножек диафрагмы статистически значимо повышает давление НПС по сравнению с методами, предполагающими только крурорафию, и это не приводит к увеличению симптомов дисфагии в послеоперационном периоде. Выводы. В сроки до 5 лет после лапароскопической антирефлюксной операции количество пациентов с рецидивом симптомов изжоги составляет 26%, полное разрушение фундопликационной манжеты наблюдается в 5% случаев. Наличие достоверных различий между двумя методами лапароскопической фундопликации по частоте обнаружения эндоскопических признаков недостаточности манжеты, а также по частоте возникновения симптомов изжоги в послеоперационном периоде в пользу метода «Short floppy Nissen» может говорить о том, что сама методика формирования манжеты только из передней стенки дна желудка без мобилизации задней стенки предрасполагает к соскальзыванию манжеты. На основании полученных достоверных различий в частоте рецидивов ГЭРБ в зависимости от величины давления НПС перед операцией, умеренной обратной корреляционной связью между давлением НПС и интенсивностью изжоги в послеоперационном периоде, считаем возможным давление НПС ниже 11 мм рт.ст. считать прогностическим критерием неудачной фундопликации.

415.Стратификация предикторов рецидива язвенного дуоденального кровотечения при эндоскопической PRGF-профилактике.

Ярема В.И. (1), Сенченко И.С. (1), Медведев Д.А. (2)

Москва

1) ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, 2) ГБУЗ г. Москвы «ГКБ № 64 ДЗМ»

Актуальность. Рецидив кровотечения при острых язвенных кровотечениях остается «ахиллесовой пятой» в ургентной хирургии. Традиционные методы эндоскопического гемостаза создают иллюзию решения данной проблемы. В настоящее время первичный гемостаз удается выполнить в 98% случаев, однако, у 18% больных отмечен рецидив кровотечения. Одной из причин рецидива геморрагии является развитие некробиоза и некроза в зоне локального воздействия на источник кровотечения. Применение биологических методов показало достоверную эффективность в профилактике данного осложнения. Одним из перспективных направлений является локальная PRGF-профилактика. Цель: оценить эффективность эндоскопического лечения острых язвенных дуоденальных кровотечений с применением PRGF. Задачи: разработать и обосновать технику проведения эндоскопического PRGF-лечения, а также лечебный алгоритм. Материал и методы. Проведение локальной профилактики геморрагии с применением традиционных методов гемостаза у больных с интенсивностью кровотечения Forrest IIb, IIc, III остается дискуссионным.

Однако, прогноз рецидива дуоденальной геморрагии по одним лишь эндоскопическим или только клиническим характеристикам неуместен. Необходимо проводить комплексную оценку возможного течения заболевания. Нами выделен ряд критериев (анамнестические, клинические, эндоскопические), имеющий корреляцию с рецидивом язвенного кровотечения. Наличие двух и более факторов риска является показанием к проведению эндоскопической PRGF-профилактики в указанной когорте больных. Эффективность метода, применяющегося как при продолжающихся, так и остановившихся геморрагиях, обусловлена тройным воздействием на источник кровотечения: временной гидравлической тампонадой тканей с находящимся в них кровоточащим сосудом, экскрецией тромбоцитами факторов свертывания крови, а также факторов роста, что приводит к остановке кровотечения и стимуляции репаративных процессов в зоне язвенного дефекта. Проведено сравнительное клиническое рандомизированное исследование, в ходе которого изучены результаты эндоскопического PRGF-лечения острых язвенных дуоденальных кровотечений. В группе сравнения пациентам выполнялся традиционный эндоскопический гемостаз, принятый в клинике. Результаты. По результатам проведенного исследования достоверно доказано, что проведение эндоскопического PRGF-лечения в группах риска снижает частоту рецидива кровотечения до 1,7%, стимулирует скорость эпителизации язвенного дефекта до 0,66 мм./сут. Средняя длительность лечения сократилась до 9,6 дней. Влияния означенного метода на летальность не выявлено.

416.ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСОВ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ ЭНДСКОПИИ

Аксенов И.В., Оноприев А.В.

Краснодар

Кафедра хирургии №1 ФПК и ППС ГБОУ ВПО Кубанского государственного медицинского университета Минздрава России

Цель исследования: оценка возможности использования компьютерных образовательных программ в обучении эндоскопии. Материалы и методы. С 2012 года на нашей кафедре при прохождении профессиональной переподготовки по эндоскопии стали использоваться компьютерные программы, находящиеся в свободном доступе и не требующие после инсталляции постоянного подключения к интернету. В результате исследований нами было отобрано 6 программ: 1) The Gasrolab Endoscopy Learning Center- очень большой ресурс с обширной базой высококачественных изображений практически всех заболеваний желудочно-кишечного тракта, диагностирующихся с применение эндоскопической техники; 2) ENDO3® Atlas of Gastrointestinal Endoscopy- атлас диагностической гастроинтестинальной эндоскопии с большим объемом изображений; 3) Endo video atlas (Ferring Pharmaceutical)- эндоскопический видеоатлас с обширным объемом исследований; 4) Lower Endoscopy (Lehigh Valley Health Network)- атлас эндоскопических изображений различных заболеваний толстой кишки, в котором имеются также тестовые вопросы и энциклопедия с рекомендациями по лечению и ссылками на литературные источники; 5) EUS (Endosonography LLC Diagnostic and Interventional Endoscopic Ultrasound)- приложение, посвященное эндоскопической ультразвуковой диагностике; 6) Magnetic Air Capsule Robot (Vanderbilt University)- программа дает полное представление о работе, самой

современной, управляемой эндокапсулы и эндоскопической картине на протяжении всего желудочно-кишечного тракта. Сдерживающим фактором является то обстоятельство, что все эти программы предназначены для использования в iPad и iPhone, а в с помощью платформы Android работают только некоторые из них. Результаты. Слушатели, которые осваивали практические навыки при помощи данного набора программ, быстрее и более уверенно переходили к практической работе в клинике. Имелась прямая взаимосвязь между степенью владения персональным компьютером и быстротой овладения первичных навыков. Выводы. При последипломном обучении эндоскопии целесообразно использовать имеющиеся в открытом доступе интернет-ресурсы.

417.МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Краснолуцкий Н.А., Стебнев А.Н., Поляков В.Ю., Губанов В.А., Губанов В.В., Кузнецов П.В.

Липецк

ГУЗ ЛГБ №3 "Свободный сокол"

В последнее время, в связи с развитием техники и улучшения материального оснащения учреждений здравоохранения, расширяется спектр лапароскопических вмешательств. Лапароскопические операции в нашем отделении выполняются с 2003 года. В настоящее время лапароскопическим доступом выполняем холецистэктомию, аппендэктомию, ушивание прободной язвы, адгезиолизис, фундопликацию, спленэктомию, рукавные резекции желудка. В 2012 г. было закрыто городское колопроктологическое отделение, увеличился поток больных с патологией толстой кишки. В 2014-2015 г. выполнены первые лапароскопическиассистированные операции на ободочной кишке. Больная Д., 58 лет, диагноз: Дивертикулярная болезнь, осложненное течение, колостома после операции Гартмана. Выполнено лапароскопическиассистированное закрытие стомы. Послеоперационный период гладкий, на 3 сутки выписана на амбулаторное лечение. Больная А., 62 лет, диагноз: Дивертикулярная болезнь, осложненное течение, колостома после операции Гартмана. Выполнено лапароскопическиассистированное закрытие стомы. Послеоперационный период осложнился несостоятельностью толстокишечного анастомоза, с формированием наружного кишечного свища. На фоне консервативного лечения свищ закрылся, выписана на амбулаторное лечение на 17 сутки. Больная В., 65 лет, диагноз: Перфорация слепой кишки, параколический абсцесс, выполнена лапароскопическиассистированная правосторонняя гемиколэктомия, дренирование брюшной полости. Послеоперационный период гладкий, на 7 сутки выписана на амбулаторное лечение. Больная Г., 65 лет, диагноз: Рак слепой кишки T2N0M0, I ст. (умеренно-дифференцированная аденокарцинома), острая обтурационная кишечная непроходимость, выполнена лапароскопическиассистированная правосторонняя гемиколэктомия. Послеоперационный период гладкий, на 5 сутки выписана на амбулаторное лечение. Больной С., 57 лет, диагноз: Состояние после лапаротомии, аппендэктомии, наружный кишечный свищ. Выполнено лапароскопическиассистированное закрытие свища. Послеоперационный период гладкий, на 5 сутки выписан на амбулаторное лечение. Таким образом миниинвазивные вмешательства на толстой кишке, при достаточном оснащении и опыте лапароскопических

вмешательств, достаточно безопасный и эффективный метод лечения больных с патологией ободочной кишки в условиях городской больницы.

418.СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К КОМПЬЮТЕРНОМУ ТЕСТИРОВАНИЮ ПРИ ОБУЧЕНИИ ЭНДОСКОПИИ

Аксенов И.В., Оноприев А.В.

Краснодар

Кафедра хирургии №1 ФПК и ППС ГБОУ ВПО Кубанского государственного медицинского университета Минздрава России

Цель исследования: оценка эффективности компьютерного тестирования в обучении эндоскопии. Материалы и методы. С 2004 года на нашей кафедре прошло первичную специализацию по эндоскопии более 300 врачей-курсантов. Компьютерные тесты, разработанные на кафедре, используется нами наряду с другими формами контроля на всех этапах обучения. К преимуществам данного метода относятся: 1) одинаковые требования ко всем обучающимся, отсутствие предвзятости в оценке самостоятельной подготовки курсантов; 2) возможность минимально короткие сроки оценить знания у всех курсантов. Результаты. Данный метод имеет как положительные стороны, так и недостатки- курсанты отвечают по готовым ответам. Слушатели с развитой интуицией правильно выполняют тесты, даже не вполне владея материалом. Опыт работы с курсантами, выполняющими тесты, а также опыт составления тестов позволяет сделать следующие выводы: Компьютерный тест как форма контроля должен быть качественным измерением уровня владения слушателями осваиваемой специальности на каждом этапе. Этапный контроль выявляет результаты на определенном этапе обучения (гастроскопия, колоноскопия, бронхоскопия, лапароскопия). Итоговый тест устанавливает уровень сформированности теоретических и практических навыков в гибкой и жесткой эндоскопии. Тесты, разработанные на кафедре отвечают следующим требованиям: 1) тесты для циклов первичной специализации имеют один правильный ответ из общего количества 3-4 ответов; 2) для курсантов циклов усовершенствования допускаем наличие 2-3 правильных ответов; 3) тест должен быть составлен корректно, если вопрос задается в единственном числе, ответ должен быть один; 4) выполнение контрольного и тренировочного вариантов тестов не должно превышать 45 минут; 5) в экзаменационных тестах имеется только один правильный ответ. Выводы. Компьютерные тестовые программы являются важной частью обучения, благодаря высокому уровню оперативности и технологичности контроля. Система позволяет проводить оперативный тестовый контроль уровня знаний курсантов, добиваться хорошего усвоения материала. Необходимо переходить к созданию новых форм тестов и включением в них эндоскопических изображений различных заболеваний, а также инструментов и оборудования.

419. Малоинвазивные способы колэктомии у детей

Дронов А.Ф., Смирнов А.Н., Холостова В.В., Залихин Д.В., Маннанов А.Г.

Москва

ГБОУ ВПО РНИМУ им.Н.И.Пирогова, ГБУЗ ДГКБ №13 им.Н.Ф.Филатова

Колэктомия в детском возрасте применяется с начала 2000-х гг. Это связано с крайне тяжелыми проявлениями постколэктомического синдрома (ПКС) в раннем детском возрасте. Только с внедрением в практику современных антибактериальных препаратов, кишечных антисептиков, сорбентов и других средств, стало возможным применение этого вмешательства, в том числе и у детей первых 3-х лет. Именно в этом возрасте у детей актуально выполнение колэктомии, так как основными показаниями к ней являются тотальная форма болезни Гиршпрунга и тотальные поражения толстой кишки при язвенно-некротическом энтероколите новорожденных. За период с 2009 по 2015 гг. частота колэктомии в нашей клинике возросла в 8,2±0,4 раза. Среди пациентов, нуждающихся в выполнении колэктомии, только 37,5% детей могли быть оперированы с применением малоинвазивных видеоассистированных методик. Это обусловлено высокой частотой ранее перенесенных оперативных вмешательств (среднее количество 7,8±2,1) и выраженностью спаечного процесса. Пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа – носители илеостомы (40,6%), 2 группа (53,1%) и первичные (не оперированные) больные (6,3%). Большинство детей оперированы в возрасте от 6 мес до 2 лет (71,8%). Особая сложность в лечении пациентов этой группы состоит в высокой частоте дооперационных осложнений (246,8%), среди которых наиболее тяжелыми были: сепсис (81,2%), гиршпрунг-ассоциированный энтероколит (ГАЭК) (81,2%), синдром «короткой кишки» (25%) и др. В зависимости от клинической ситуации и факторов риска развития осложнений и ПКС нами применялась разработанная дифференцированная тактика в выборе способа колэктомии: видео-ассистированный внутрибрюшной илео(еюно)ректальный анастомоз с применением сшивающих аппаратов (28%), лапароскопическая тотальная колэктомия по методике Соаве-Джорджсона (21%), лапароскопическая субтотальная колэктомия с низведением купола слепой кишки по методике Соаве-Джорджсона (41%). Критериями отбора пациентов для той или иной методики колэктомии являлись: сопутствующий синдром «короткой кишки», наличие илео-цекального угла и илеостомы, тяжесть проявлений ГАЭК, сопутствующий синдром «мегаилеум» и др. В результате проведенных операций осложнения возникли у 3 пациентов: несостоятельность илео-ректального внутрибрюшного анастомоза (1), острый парапроктит (2) с формированием параректального свища у одного из этих пациентов. Критериями оценки результатов служили: нормализация кишечного пассажа и проявления ПКС (частота и консистенция стула, частота и тяжесть проявлений энтерита, недержание кала, явления перианального дерматита, метеоризм, степень строгости необходимой диеты). В отдаленные сроки после операции (до 7 лет) получены только хорошие (67,3%) и удовлетворительные (32,7%) результаты, в 87,5% случаев удалось добиться полной социальной адаптации пациентов. Летальных исходов не было. Таким образом, доказано, что колэктомия с применением малоинвазивных хирургических методик, может выполняться у детей в раннем и грудном возрастах. Успех лечения во многом определяется дифференцированной тактикой при выборе методики вмешательства и проведением программы реабилитационных мероприятий.

420.Антеградное желчеотведение у больных с механической желтухой в условиях многопрофильного стационара скорой помощи.

Святненко А.В., Унгурян В.М., Мартынова Г.В., Бабич А.И., Ястребов И.П., Безмозгин Б.Г., Бабков О.В., Шумакова Т.А., Антонова А.М., Демко А.Е., Суров Д.А.

Санкт-Петербург

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе», г. Санкт-Петербург, ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург

В последнее десятилетие отмечается рост числа заболеваний органов гепатопанкреатобилиарной области и, как следствие, увеличение количества больных механической желтухой (МЖ). Целью многочисленных исследований является поиск путей снижения высокой (15-36%) послеоперационной летальности при МЖ и дальнейшее внедрение в практику малоинвазивных технологий (Шевченко Ю.Л. и соавт., 2008; Гальперин Э.И. и соавт., 2009; Ветшев П.С. и соавт., 2011). За период 2014 - 2015г. в Санкт-Петербургском НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе проходили лечение 100 пациентов с МЖ различной этиологии. Мужчин - 42 (42%) и женщин - 58 (58%). Средний возраст пациентов составил 53,5 лет. Доброкачественная этиология МЖ была выявлена у 39 (39%) больных. При этом у большинства пациентов (n=24; 61,5%) диагностирована желчекаменная болезнь. Злокачественные новообразования явились причиной МЖ у 61 (61%) больного. В структуре опухолей преобладал рак головки поджелудочной железы (n=38; 62,3%). Гнойно-септические осложнения выявлены у 66 (66%) больных, при этом септический шок был диагностирован у 6 пациентов. Средняя длительность предоперационного периода у больных с МЖ составила в среднем 19 часов. Всем больным было выполнено транспеченочное холангиодренирование. Общая летальность в исследуемой группе составила 10%. При этом, в группе больных с МЖ доброкачественной этиологии умерло 2 пациентов (5,1%), а в группе пациентов со злокачественными новообразованиями - 8 (13,1%). Тяжелые послеоперационные осложнения (кровотечение и желчный перитонит) возникли у 12 (12%) пациентов. Таким образом, чрескожные чреспеченочные способы декомпрессии в условиях стационара скорой помощи показали высокую эффективность у больных вне зависимости от уровня билиарного блока и обеспечили удовлетворительные показатели летальности и частоты послеоперационных осложнений.

421.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕАЛИЗАЦИИ ИДЕОЛОГИИ FAST TRACK ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Егиев В.Н., Коссович М.А., Долгатов К.Д., Грицун В.Ю., Пастухов Д.В., Василенко К.В.

Москва

ГБУЗ ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова ДЗМ

Острый калькулезный холецистит (ОКХ) – одна из самых частых патологий в хирургических стационарах. По данным Национальных клинических рекомендаций по лечению острого холецистита в настоящее время оптимальным вариантом оперативного лечения ОКХ являются вмешательства, выполненные в срок до 72 часов от начала заболевания. Ранняя операция в вышеуказанные сроки уменьшает риск развития послеоперационных осложнений и летальности, сокращает общее время лечения и реабилитации. При этом лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) является максимально эффективным и безопасным способом лечения. Внедрение практики Fast track в современной хирургии позволило по-новому взглянуть на лечение ОКХ и ревизовать основные тактические моменты в сторону их активизации. Подавляющее большинство пациентов с ОКХ могут быть адекватно обследованы в течение нескольких часов после госпитализации в стационар и должны быть прооперированы в течение первых суток. При ОКХ практически все хирургические вмешательства могут быть выполнены с применением лапароскопической техники. При наличии холедохолитиаза лечебная тактика должна строиться индивидуально с учетом степени деструкции стенки желчного пузыря, уровня билирубинемии, наличия или отсутствия холангита и(или) панкреатита и включать в себя, кроме выполнения ЛХЭ, проведение ЭРПХГ с ЭПСТ с литоэкстракцией по показаниям. В отдельных случаях при наличии технических и организационных возможностей показано применение технологии рандеву: ЛХЭ с введением проводника в холедох и выполнением ЭПСТ и литоэкстракции на операционном столе. Хирургическая техника выполнения ЛХЭ при ОКХ в настоящее время должна включать следующие моменты: а. использование ирригоаспиратора как инструмента для разделения рыхлого подпеченочного инфильтрата с целью атравматичного выделения желчного пузыря и элементов печеночно-двенадцатиперстной связки; б. эвакуация содержимого желчного пузыря путем его пункции; в. надежная фиксация желчного пузыря за дно и шейку для обеспечения адекватной контртракции путем использования зажимов с мощными браншами и зубцами, прошивания и фиксации за фрагменты мягких перипузырных тканей; г. использование для выделения элементов печеночно-двенадцатиперстной связки и желчного пузыря из его ложа в печени лапароскопического тупфера; д. надежная поэтапная коагуляция до достижения полноценного гемостаза без дальнейшего дренирования брюшной полости; е. использование контейнера для извлечения желчного пузыря из брюшной полости. За полгода в период с июня по ноябрь 2015 г. в клинике было прооперировано 148 пациентов с ОКХ. Всем пациентам операция выполнена лапароскопическим способом. При этом 67% больным вмешательство произведено в течение первых суток пребывания в клинике. Травм внепеченочных желчных путей не отмечено. Дренирование брюшной полости выполнено лишь 29% пациентов. Случаев конверсии отмечено не было. Подпеченочные отграниченные жидкостные скопления развились в 2% случаев, что потребовало проведения чрескожного дренирования под УЗ-наведением. Средний койко-день пребывания в стационаре составил $3,4 \pm 0,9$.

422.Десятилетний опыт хирургического лечения морбидного ожирения в условиях отделения общей хирургии, осложнения, ошибки.

Гладкий Е.Ю., Гладкая Е.А.

Краснодар

НУЗ ОКБ на станции Краснодар ОАО «РЖД»

Среди заболеваний, угрожающих здоровью человечества и продолжающих свой неуклонный рост в 21 веке, ожирение является актуальной мультидисциплинарной проблемой. Усилия в решении данной проблемы объединяют многие специалисты- диетологи, психотерапевты, эндокринологи, микробиологи, фармацевты, гастроэнтерологи. Однако лечение морбидного ожирения остается приоритетом бариатрических хирургов. Целью работы послужило дифференцировать группы больных с морбидным ожирением, в зависимости от методики оперативного бариатрического лечения. Материалы и методы: С 2005 по настоящее время в стационаре проходили бариатрическое лечение 234 больных с морбидным ожирением. Из них 87 мужчин и 147 женщин. В возрасте от 18 до 65 лет. МТ пациентов варьировала от 87 до 230 кг. ИМТ составил от 35 до 73 кг/м². Результаты: Установка баллонов была осуществлена у 48 больных, субъективных различий между жидкостным и воздушным наполнением баллоном с точки зрения пациентов не отмечалось. У 40 больных баллонирование желудка применялось как подготовительный этап к последующим бариатрическим операциям, у 8 больных - как самостоятельное лечение ожирения, причем у 3 больных это было последовательное 2-х кратное баллонирование желудка, через 2 недели после удаления первого баллона. Под наркозом осуществлена установка 14 больным, остальным баллоны устанавливались под местной анестезией. Удаление баллонов осуществлялось только под наркозом. Средняя потеря массы тела в данной группе составила 29,4% от избыточной массы тела. У этой категории пациентов имели место следующие осложнения (6,25%): перфорация баллона – 3 пациента, у одной больной перфорированный баллон вызвал кишечную непроходимость, которая разрешена оперативным путем. У одного пациента- стойкая не купирующаяся рвота в течение 7 дней, после чего баллон удален. Летальности в данной группе больных не было. 64 больным осуществлено бандажирование желудка. У 62 пациентов операция завершена лапароскопически. Одной больной со спаечным процессом изначально бандажирование выполнялось после выполнения лапаротомии, адгезиолизиса. У одного больного на фоне кровотечения выполнена конверсия, гемостаз, установка бандажа. Средняя потеря массы тела после регулировок через год составила 43,3% от избыточной массы тела. При обследовании больных через 5 лет наблюдался некоторый возврат веса, которое составило около 4,5%. Из осложнений (12,5%) были отмечены: нагноение порта - 2 случая, негерметичность манжеты с подтеканием физиологического раствора - 2 случая, слиппейдж-синдром - 4 случая (у одного пациента осложнение ликвидировано консервативным путем, в двух случаях – лапароскопически путем удаления манжеты, в одном случае манжета была лапароскопически переустановлена). Умер один больной - 1,6%. У 11 больных выполнено билио-панкреатическое шунтирование, в 9 случаях по Гесс-Марсо, в 1 одном случае по Скопинаро, все больные были с «метаболическим синдромом», операции осуществлены лапаротомным доступом. Общую петлю оставляли на протяжении 80 см. Средняя потеря массы тела через год составила 93,4%. Осложнений и летальности в данной группе больных не было. Все больные находятся под наблюдением, с применением заместительной терапии. У 74 больных осуществлена операции Sleeve-1, в данной группе больных отмечено 1 осложнение- несостоятельность скрепочного шва в области угла желудка, с образованием абсцесса левого поддиафрагмального пространства, потеря массы тела через год составила 72,1 %, у 34 больных осуществлена Sleeve-2, осложнений не было, средняя потеря массы тела составила через год 63 %. Осложнений и летальности не было. У 2- х больных выполнено гастрощунтирование. Средняя потеря массы тела составила 86%. Осложнений и летальности не было. В начале освоения бариатрической хирургии выполнено 1 еюно-илеощунтирование, потеря массы тела составила 53%, больная находится под наблюдением, с применением заместительной терапии. Выводы: 1. В

группе больных с бандажированием желудка получено самое большое количество жалоб, осложнений, летальность, что подразумевает пересмотр показаний к данному виду рестриктивного вида вмешательства, в сторону выполнения Sleeve-1 и Sleeve-2. 2. Баллонирование желудка в условиях нашей клиники осуществляется, в большинстве случаев, как подготовительный этап к последующему этапу хирургического лечения, в основном у больных с ИМТ выше 50 кг/м², а также с тяжелой сопутствующей патологией, не позволяющей осуществить одномоментное оперативное лечение. 3. Больным с ИМТ>50 кг/м², а также больным с метаболическим синдромом необходимо выполнение комбинированных шунтирующих операций.

423. Опыт оперативного лечения пациенток с глубоким инфильтративным эндометриозом.

Попов А.А., А.А. Федоров, К.В. Краснопольская, Т.Н. Мананникова, Ш. Зинган, К.Н. Абрамян, С.А. Орлова, Р.А. Барто

Москва

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии МЦ «Москворечье»

Введение: Эндометриоз относится к числу наиболее распространенных гинекологических заболеваний, сопровождается нарушением менструальной и репродуктивной функции, стойким болевым симптомом, снижением трудоспособности больных. Частота этого заболевания колеблется от 7 до 50% у женщин репродуктивного возраста. Основными симптомами являются: бесплодие (40%), дисменорея (82,7–83,4%), болевой синдром (43,3–50%). Наиболее тяжелой формой заболевания является глубокий инфильтративный эндометриоз, частота встречаемости которого составляет 5-12% среди всех случаев эндометриозного поражения. Лапароскопические и робот-ассистированные операции при инфильтративных формах эндометриоза создают условия для адекватного удаления измененных тканей за счет улучшения визуализации, с максимально бережным сохранением овариального резерва, особенно у пациенток с заведомо сниженным репродуктивным прогнозом. Материалы и методы: с 2013 по 2015 нами было выполнено 143 оперативных вмешательства по поводу инфильтративных форм эндометриоза различной локализации. Средний возраст пациенток составил 33,8 лет. Наиболее частой локализацией эндометриозных инфильтратов были: ретроцервикальная область – 111 пациенток (77,6%) при этом инфильтрат стенки кишки был выявлен у 72 больных (50,3%), в 34 случаях (23,7%) выявлен инфильтрат ректовагинальной перегородки, в 10 случаях (6,9%) отмечено поражение стенки мочевого пузыря, в 8 (5,5%) в инфильтрат была вовлечена стенка мочеточника. Результаты: среди 143 пациенток в большинстве случаев оперативное пособие выполнено лапароскопическим доступом- 120 пациенток, в 11 случаях потребовалось проведение лапаротомии. В течение последних 2 лет 12 пациенток были прооперированы с использованием хирургического роботического комплекса DaVinci Si. Резекция ретроцервикального инфильтрата выполнена в 80 (55,9%) случаях, методом сбивания со стенки кишки инфильтрат удален у 39 (27,2%) пациенток. У 12 (8,3%) пациенток поражение кишки потребовало выполнения резекции с наложением аппаратного анастомоза, в 86 (60,1%) случаях произведен уретролизис, в 2 (1,4%) выполнена резекция мочевого пузыря. Заключение: за весь период наблюдения не было выполнено ни

одной гистерэктомии, что позволило сохранить фертильность всем больным с инфильтративным эндометриозом. Нудно отметить преимущества робот-ассистированного доступа при глубоком инфильтративном эндометриоз: -уменьшилась частота резекции в пользу «сбривания» - идеальный доступ при урогенитальном эндометриозе -возможность выполнения нерв-сберегающих операций

424.Сравнение различных способов коагуляции кровотока сосудов полости носа и околоносовых пазух

КУЗЬМЕНКО Д.Е.(1),ДАНИЛОВА Н.А.(1), КУЗЬМЕНКО Е.Я.(2)

Донецк. Донецкая область.

1)ИНВХ ИМ.В.К.ГУСАКА 2)ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность коагуляции кровотока сосудов полости носа и околоносовых пазух с использованием электрической аппаратуры. Материалы и методы: оперативные пособия производились с использованием эндоскопического ЛОР-инструментария, эндоскопической стойки немецкой фирмы «Karl Storz» и различных коагуляторов: низкочастотных (каутеры с рабочей частотой 50Гц), высокочастотные (диатермокоагуляторы с рабочей частотой 0.44 ГГц) и радиочастотные (радионож, с рабочей частотой 1.7ГГц). Нарушение микроциркуляции в слизистой полости носа в основной и контрольной группе выполняли с помощью лазерного анализатора капиллярного кровотока ЛАКК – 02 (Россия) в момент поступления в стационар, а также на 2, 5, 7, 10 и 14 сутки по методике (Д.Е.Кузьменко 2012). Основную группу составили 135 пациентов, которые находились на лечении в отделении пластической и реконструктивной хирургии головы и шеи в 2014-2015г. и у которых было зарегистрировано носовое кровотечение или кровотечение из синуса. С носовыми кровотечениями неуточненной этиологией – 7 пациентов, носовые кровотечения на фоне повышенного АД- 7, носовые кровотечения у больных с патологией крови – 8, посттравматические носовые кровотечения – 2, кровотечения возникающие при удалении полипозных разрастаний - 32, кровотечения после удаления ангиом - 7, кровотечения при удалении новообразований полости носа и околоносовых пазух – 5, операции на носовой перегородке – 28, операции на носовых раковинах – 39. Возраст пациентов составлял от 16 до 69 лет. Контрольная группа составлена на основании архивных данных. На основании проведенных исследований состояния микроциркуляции можно сделать ряд выводов. Отличительной особенностью фарадического и гальванического каутеров с электронным управлением на входе является: 1. Простота. 2. дешевизна метода. 3. Компактность. 4. Неприхотливость. 5. Достаточно малый диаметр электрода, что позволяет работать с эндоскопической системой. Основными отрицательными моментами являются: 1. Малая мощность, около 30 Вт, в связи с чем, даже при умеренной интенсивности кровотечения аппарат не эффективен. 2. Геометрия электродов позволяет эффективно работать на плоских поверхностях в сагитальной и поперечных плоскостях. 3. Медленный разогрев рабочей зоны электрода. 4. Низкая точность дозирования воздействия, особенно у аппаратов с регулировкой на выходе. Диатермокоагуляция. Использовались диатермокоагулятор ЭХВА-350М, производства Украина и Force2 valleyla, производства США..

Основными достоинствами данного метода являются: 1. Более высокая мощность, что позволяет использовать аппарат при более интенсивных кровотечениях. 2. Использование современных ЛОР насадок позволяет использовать данный метод совместно с эндоскопической техникой, во всех плоскостях. 3. Аппарат работает по включению. 4. Высокая точность дозирования воздействия, что позволяет сократить зону ожога, что подтверждается данными исследования микроциркуляции. 5. Данное воздействие оказывает лучшее коагуляционное воздействие. Не смотря на положительные моменты, есть и весомые отрицательные: 1. Мощности не всегда достаточно, даже у 350 Вт аппарата. 2. Отсутствует взаимозаменяемость электродов. 3. Использование дорогостоящего токопроводящего геля. 4. При длительном воздействии, а также использование физ. раствора и т.д. вместо токопроводящего геля в зоне пассивного электрода развивается электрохимический ожог I- IIст, что подтверждено данными исследования микроциркуляции. 5. Аппараты не удобны для переноски, особенно Force2, к тому же данный аппарат весьма тяжел. Радиочастотная коагуляция. Использовалась радиочастотная хирургическая установка ЭХВЧ 200 РХ, производства Украина. Основными преимуществами радионюжа являются: 1. Достаточная мощность коагуляции даже при интенсивных кровотечениях. 2. Более высокое КПД, что позволяет работать на более низкой интенсивности воздействия и как следствие – снижение зоны ожога в области активного электрода до минимума что подтверждено данными исследования микроциркуляции. 3. Нет необходимости использования электропроводящего геля. 4. Нет ожога в области пассивного электрода, даже при 4 часовой работе. Основными отрицательными моментами является: 1. Высокая стоимость аппарата и расходных материалов. 2. Неудобный для транспортировки. На основании выше проведенного исследования можно сделать выводы: 1. Наиболее безопасными являются аппараты фарадический и гальванический коагуляторы и радионюж. 2. Наиболее компактным и легко управляемым является коагулятор. 3. Наиболее универсальным, функциональным аппаратом является радионюж.

425. Возможности выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии у больных с атипичным расположением большого дуоденального сосочка.

Бондаренко В.А. (1), Черкасов М.Ф. (2), Турбин М.В. (1), Кулешов О.И. (1), Бондаренко И.В. (1)

Ростов-на-Дону

1) МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону, 2) ГБОУ ВПО РостГМУ

В хирургическом отделении МБУЗ ГБСМП г. Ростова на Дону в 2011 - 2015 гг. выполнено 228 эндоскопических папиллосфинктеротомий (ЭПСТ), при которых нарушения желчеоттока сочетались с дивертикулами области большого дуоденального сосочка (БДС). Трудности выполнения ЭПСТ и осложнения после её выполнения являются одним из актуальных вопросов хирургии. Всем больным выполнена лапароскопическая холецистэктомия, установлен дренаж холедоха, произведена холангиофистулография с подтверждением нарушения желчеоттока. Нарушения желчеоттока распределялись следующим образом: стеноз БДС – у 89 (39%) больных, холедохолитиаз – у 139 (61%). У 176 (77,2%) больных БДС располагался в полости дивертикула, в нижнем крае, в дне. Множественные дивертикулы выявлены у 52 пациентов (22,8%). Мужчин - 43 человек (18,9%), женщин - 185 пациенток (81,1%), в возрасте от 17 до 92 лет. Всем больным с

дивертикулами области БДС выполнялась ЭПСТ с применением метода искусственной билиарной гипертензии, устройство для создания которой запатентовано (патент на полезную модель № 43174 от 10.01.2005 г.). Показатель успешной канюляции при выполнении ЭПСТ у больных с дивертикулами составил 75,9% (173 пациента), им выполнена ЭПСТ типичным способом с применением папиллотома Демлинга. Трудности канюляции холедоха боковым папиллотомом Демлинга отмечены у 55 больных (24,1%). Им выполнена неканюляционная папиллотомия торцевым папиллотомом с последующим «дорассечением» ампулы БДС боковым папиллотомом Демлинга. После выполнения ЭПСТ конкременты под воздействием стерильного физиологического раствора самостоятельно мигрировали в просвет двенадцатиперстной кишки у 98 больных (43%). У 103 больных (45,2%) выполнена холедохолитоэкстракция корзиной Дормиа. У 27 больных (11,8%) произведена механическая литотрипсия конкрементов с последующим удалением фрагментов конкрементов корзиной Дормиа. Среднее время выполнения ЭПСТ составило 20 (+/- 3) минут. После ЭПСТ в течение 2 суток проводится консервативное лечение, направленное на профилактику острого панкреатита, кровотечения. Оно включает в себя антиферментную, спазмолитическую, антибактериальную, гемостатическую терапию. Летальных случаев не было. Осложнения после ЭПСТ у 21 больного (9,2%): острый панкреатит у 14 (6,1%), кровотечение у 7 пациентов (3,1%). Во всех случаях лабораторные показатели нормализовались в течение 48 часов после вмешательства. По нашему мнению, метод искусственной билиарной гипертензии при выполнении ЭПСТ при наличии дивертикулов области БДС является технически простым, атравматичным способом, позволяющим даже при технических трудностях и нарушениях анатомии выполнить ЭПСТ типичным канюляционным способом, избежать тяжелых послеоперационных осложнений.

426. Малоинвазивные вмешательства и степень эндогенной интоксикации у больных в ранней фазе панкреонекроза.

Шляхова М.А., Бронштейн П.Г., Копырин Д.С., Садыкова Н.У., Семенчева О.В.

Тула

ГУЗ ТГКБСМП им. Д.Я. Ваныкина

Острый панкреатит (ОП) в 25 % случаев осложняется локальными и системными нарушениями ОП сопровождается высвобождением провоспалительных цитокинов, с чем связывают формирование системного воспалительного ответа и полиорганной недостаточности. Пик концентрации их в плазме крови достигает максимума через 3-5 суток, то есть в ранней фазе развития заболевания. Целью данной работы было оценить выраженность эндогенной интоксикации у больных с панкреонекрозом в зависимости от выполненных малоинвазивных вмешательств. Материалы и методы: Нами проанализированы 48 образцов жидкостного содержимого, полученных при дренировании и пункциях острых жидкостных скоплений (ОЖС) и сыворотки крови у больных с ОП на 1, 2, 3, 5 сутки от начала заболевания. Все больные в ранней фазе панкреонекроза имели единичные или множественные ОЖС, выявленные при ультразвуковом исследовании и РКТ в первые 5 суток от начала заболевания объемом более 100 мл, что являлось показанием к интервенционным вмешательствам. Все больные разделены на 2

группы: в первой группе проводились пункции с эвакуацией содержимого и анализом концентрации интерлейкина -6 (Ил-6). Во второй группе проводилось дренирование ОЖС с использованием дренажей 12 СН и так же исследовалась концентрация Ил-6. Среди пациентов было 7 женщин и 5 мужчин, средний возраст 56 лет. Длительность заболевания более 1 суток. Оценка уровня Ил-6 производилась методом ELISA с использованием реактивов ОАО «Вектор Бест». Для оценки различий между группами использовался тест Мана-Уитни. Результаты: При первом анализе медианные показатели концентрации ИЛ-6 в содержимом ОЖС в обеих группах статистически не отличались (75,9 и 78,9 Нг.мл соответственно, коэф Мана-Уитни 0,716). Так же не найдено было отличий при сравнении медианных сывороточных показателей Ил-6 обеих групп (121,2 и 134,2 Нг.мл соответственно, коэф Мана-Уитни 0,314) При дальнейших исследованиях в группе дренированных больных (2 группа) падение концентрации Ил-6 в содержимом ОЖС происходит быстрее (на вторые сутки) и на большие величины (в среднем на 48% от предыдущей величины) по сравнению с пункционным методом лечения (1 группа). Концентрации провоспалительных цитокинов в сыворотке крови в обеих группах так же снижаются в процессе лечения. Выявлено, что в группе дренированных больных это снижение происходит быстрее (на вторые сутки) и на большие величины (в среднем на 25% от предыдущей величины) по сравнению с группой пунктируемых больных. Это можно связать с более полной эвакуацией содержимого острых жидкостных скоплений. Выводы: Своевременная и полная эвакуация ОЖС ведет к уменьшению пула интерлейкинов в забрюшинной клетчатке и сыворотке крови, снижает риск развития фатальных осложнений, а так же приводит к более быстрому выздоровлению.

427. Опыт одномоментной эндовидеохирургической тотальной экстраперитонеальной пластики паховых грыж (ТЕР) с двух сторон

Савин А.С.(1), Дворянкин Д.В.(1,2), Хохлов А.В.(1), Гудилов М.С.(1)

Санкт-Петербург

- 1) Кафедра хирургии и инновационных технологий ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М.Никифорова МЧС России
- 2) Кафедра факультетской хирургии им. И.И.Грекова СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Цель исследования - оценка результатов одномоментной эндовидеохирургической тотальной экстраперитонеальной пластики паховых грыж (ТЕР) с двух сторон. Материалы и методы: в работе представлен опыт применения методики ТЕР для одномоментного лечения паховых грыж с двух сторон у 61 пациента с 2013 по 2015 гг. Из них мужчин 58 (95%), женщин – 3 (5%). Средний возраст пациентов 34,7±7,7 года. Из них число пациентов с косыми паховыми грыжами – 38 (62%), с прямыми – 18 (30%), комбинированные двухсторонние грыжи выявлены у 5 пациентов (8%). В 5 случаях наблюдались пахово-мошоночные грыжи (8%). В контрольную группу вошли 52 пациента, которым было выполнено одностороннее вмешательство по методике ТЕР в период с 2013 по 2015 гг. Из них мужчин 46 (88%), женщин – 8 (12%). Средний возраст составил 36,7±5,7 года. Из них число пациентов с косой паховой грыжей – 35(67%), прямой грыжей – 12 (23%). Комбинированная односторонняя грыжа выявлена в 5 случаях (10%). Критериями оценки эффективности оперативного вмешательства являлись: время его проведения, сроки госпитализации, частота и структура наблюдаемых осложнений, степень выраженности болевого синдрома и экономическая

составляющая. Результаты: Медиана периода наблюдения составила 12 мес (диапазон 1-36 мес). Средняя продолжительность операции составила 118 ± 37 мин (диапазон 45-240 мин) для выполнения ТЕР с двух сторон (в начале кривой обучения – 143 ± 46 мин, диапазон 80-280 мин). Аналогичный показатель для односторонней ТЕР составил 78 ± 27 мин (диапазон 35-200 мин). В начале кривой обучения ТЕР с одной стороны занимала 112 ± 42 мин (диапазон 55-230 мин). Средний срок пребывания в стационаре составил $3,2\pm 1,2$ койко-дня для двухстороннего вмешательства и $3,1\pm 1,1$ для одностороннего. Наличие и продолжительность болевого синдрома в послеоперационном периоде: $2,7\pm 1,1$ в 1-й день после операции, с его регрессом до $1,2\pm 0,8$ на 7-й послеоперационный день (оценка производилась по 10-бальной шкале субъективной оценки боли) для двухстороннего вмешательства и $2,4\pm 1,2$ в 1-й день после операции, с его регрессом до $1,3\pm 0,7$ на 7-й послеоперационный день для одностороннего. Одномоментное лечение двухсторонних паховых грыж методом ТЕР позволяет не увеличивать продолжительность стационарного лечения по сравнению с односторонними вмешательствами, а также не изменяет продолжительность и выраженность болевого синдрома в послеоперационном периоде. Косметический эффект не отличается от односторонних вмешательств. Экономическая целесообразность одномоментного двухстороннего вмешательства состоит в значительном снижении стоимости лечения: 1) за счет однократного предоперационного обследования; 2) стоимости наркоза 3) стоимости оперативного вмешательства (отличие от односторонней операции в стоимости расходного материала - сетки) Выводы: выполнение одномоментной эндовидеохирургической тотальной экстраперитонеальной пластики паховых грыж (ТЕР) с двух сторон является экономически целесообразным, а также не увеличивает продолжительность нахождения в стационаре, послеоперационную боль и сохраняет косметический эффект.

428. Применение врачами различных элементов программ Fast Track в хирургии

Климов А.С. (1), Красносельский К.Ю. (2), Кащенко В.А. (1,2), Когай М.А. (2,3), Лодыгин А.В. (3)

Санкт-Петербург

1) Санкт-Петербургский Государственный Университет, медицинский факультет, кафедра факультетской хирургии, Санкт-Петербург, 2) Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова ФМБА России, Санкт-Петербург, 3) Дорожная клиническая больница, Санкт-Петербург

Материалы и методы. Проведено анкетирование специалистов в нескольких больницах Санкт-Петербурга, участвующих в лечении пациентов с опухолями толстой кишки. Выполнен анализ полученных данных анкет. Всего в анкетировании приняли участие 32 врача-анестезиолога и 36 врачей-хирургов. Вопросы анкеты для врачей были составлены на основании рекомендаций Fast Track. Цель. Определение частоты соблюдения врачами различных специальностей элементов протоколов Fast Track в клиниках г. Санкт-Петербурга. Результаты. Опрос показал, что почти все анестезиологи (87%) обсуждают нюансы лечения с пациентами, однако только 59% из них дают рекомендации об отказе от вредных привычек. Все респонденты-анестезиологи оценивают нутриционный статус пациентов. Однако менее 20% респондентов оценивают нутриционный статус пациентов перед операцией в соответствии со всеми критериями ESPEN/ASPEN. Около 56% опрошенных анестезиологов отчетливо понимают преимущества «комбинированной анестезии»

и утвердительно ответили на вопрос об использовании спинальной анестезии. При этом 21% врачей переводят пациентов после операции на ИВЛ. По данным опроса 56% анестезиологов не контролируют температуру тела пациента во время оперативного вмешательства. Более 53% врачей -анестезиологов не проводят системную профилактику тошноты и рвоты. При проведении опроса среди хирургов занимающихся колоректальной хирургией лишь 2,8 % опрошенных оценивают нутритивный статус пациентов в соответствии с критериями ESPEN/ASPEN. 44% врачей систематически применяют лапароскопические технологии при операциях на толстой кишке. В рамках предоперационной подготовки более 97% врачей-хирургов детально разъясняют пациентам все нюансы лечения и стереотипы поведения в раннем послеоперационном периоде. Очистку кишечника при помощи препаратов Фортранс или Флит при подготовке пациентов к операциям на толстой кишке назначают более половины всех опрошенных хирургов (55,6%). Антибиотикопрофилактику интраоперационно назначают более 94% врачей, при этом хлоргексидин-спиртовые антисептики для обработки кожных покровов используют 63,9% хирургов. Во время операции лишь четверть всех опрошенных хирургов (25%) настаивают на контроле температуры тела пациентов. Стараются не дренировать или дренируют минимально при плановых операциях на толстой кишке лишь 36,1% оперирующих хирургов. Не проводят системную профилактику послеоперационной тошноты и рвоты более половины хирургов (66,7%). Специальные энтеральные смеси в качестве основного или дополнительного компонента диеты назначают 75% врачей. Активизироваться пациенту через 6 часов после операции разрешают только 11,1% хирургов. Менее половины опрошенных хирургов (44,4%) считают оптимальным, при операциях на толстой кишке, срок госпитализации длительностью 5-7 дней. Заключение. Около половины опрошенных применяет комплексный подход в соответствии с рекомендациями ERAS. В этой связи целесообразно рассмотрение возможности более широкого внедрения данных подходов в клиническую практику.

429.Опыт лапароскопической аппендэктомии.

Дегтярев О.Л.(1), Бондаренко В.А.(2), Турбин М.В.(2), Лагеза А.Б.(1)

Ростов-на-Дону

1)Кафедра хирургических болезней ФПК и ППС ГБОУ ВПО РостГМУ, 2) МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону

Проведен ретроспективный анализ лапароскопического лечения 2889 пациентов с острым аппендицитом (ОА). Ранние послеоперационные осложнения наблюдались у 65 пациентов (2,3 %). Сделаны выводы, которые позволяют улучшить результаты лечения ОА. Хирургическое отделение МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону обладает 20-летним опытом выполнения лапароскопической аппендэктомии (ЛСАЭ) при различных формах ОА. С 2011 по 2015гг. произведено 2889 ЛСАЭ пациентам с острым аппендицитом. Простой катаральный аппендицит встречался в 283 случаях (9,8%), флегмонозный – у 1942 (67,2%), гангренозный у 540 (18,7%), гангренозно-перфоративный - у 124 (4,3%) пациентов. У 884 (30,6 %) пациентов наблюдались осложненные формы: рыхлый аппендикулярный инфильтрат, абсцесс, перфорация аппендикулярного отростка, диффузный перитонит. Все операции выполнены под эндотрахеальным наркозом с использованием

стандартного операционного набора. Антеградная аппендэктомия выполнена в 83 %, ретроградная – в 17 % случаев. Брыжейку червеобразного отростка пересекали после биполярной коагуляции. Культю обрабатывали лигатурным методом петель Редера. В обязательном порядке выполняли демукозацию культи с обработкой 3%-раствором спирта, коагуляцией слизистой оболочки. Отсеченный аппендикулярный отросток удаляли через контрапертуру, предварительно поместив его в пластиковый контейнер. При местном и диффузном перитоните осуществляли санацию брюшной полости растворами антисептиков. Дренирование малого таза и правого латерального канала выполняли через отдельную контрапертуру над крылом подвздошной кости по средне-подмышечной линии. Показанием к конверсии считаем отсутствие динамики хода операции, технические сложности в разделении инфильтрата. Конверсия была в 35 (1,2%) случаях. Время операции составило от 25 до 110 мин, в среднем – 43,2 мин. Продолжительность стационарного лечения – 8,4 суток. Летальных исходов не было. Осложнения встречались в 61 (2,1 %) случае. Ранняя спаечная послеоперационная кишечная непроходимость на фоне пареза кишечника наблюдалась в 5 случаях, послеоперационные абсцессы правой подвздошной области выявлены у 4 пациентов, инфильтраты области купола слепой кишки – в 8 наблюдениях, внутрибрюшные кровотечения встречались у 3 больных, нагноения и абсцессы контрапертурной раны имелись у 49 больных. Толстокишечный свищ наблюдался у 2 пациентов. Экстраабдоминальных осложнений не отмечено. Противопоказаниями к ЛСАЭ считаем плотный аппендикулярный инфильтрат, разлитой перитонит и необходимость ручной обработки культи червеобразного отростка. Разделение плотного конгломерата с использованием эндохирургического оборудования ведет к повреждению органов, а во втором случае требуется адекватная ревизия, санация и дренирование брюшной полости с декомпрессией желудочно-кишечного тракта. ЛСАЭ при лечении ОА является «стандартным методом оперативного лечения», результаты которого находятся в строгой зависимости от четкого соответствия методике и показаниям выполнения.

430.РППГ (РЕНТГЕНХИРУРГИЧЕСКАЯ ПЕРКУТАННАЯ ПУНКЦИОННАЯ ГАСТРОСТОМИЯ).

Цепенщиков Л.В., Лядов В.К., Мороз О.В.

Москва

ФГАУ «Лечебно – реабилитационный центр» МЗ РФ

Цель Предоставить информацию о новой для нашей страны миниинвазивной методике рентгенхирургической перкутанной пункционной гастростомии (РППГ). Материалы и методы В период с апреля 2014 по декабрь 2015 в ФГАУ «Лечебно-Реабилитационный Центр» Минздрава России установка РППГ была выполнена у 75 пациентов с опухолевыми заболеваниями различной локализации. В условиях рентгенооперационной больным устанавливался назогастральный катетер диаметром 2мм, необходимый для инсuffляции воздуха в желудок. Процедура проводилась под местной анестезией без дополнительной седации. Под рентгенологическим контролем производился выбор оптимального места на передней брюшной стенке, соответствующего прилежанию стенки раздутого желудка. После обработки кожи и местной инфильтрационной анестезии производилась гастропексия передней стенки желудка к передней

брюшной стенке в 3 точках специальными якорями с Т-образными наконечниками, что способствовало образованию спайки, надежно фиксирующей желудок и герметизирующей гастростомический канал. Через центр гастропексированной области по методике Сельдингера в желудок вводился расширяющийся троакар, по которому производилась установка гастростомической трубки. Результаты Во всех случаях гастростомическая трубка была успешно установлена. Ни у одного пациента не было выявлено ранних осложнений, обусловленных процедурой. Кормление пациента через гастростому начиналось на первые сутки. Медиана пребывания пациента в стационаре составила 1 день. Выводы РППГ является эффективной и безопасной методикой гастростомии у пациентов с опухолевой дисфагией.

431.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ, КАК КОМПОНЕНТ ОПТИМИЗИРОВАННОГО ПРОТОКОЛА ФАСТ ТРАК (ERAS) У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Хрыков Г.Н.(1), Майстренко Н.А.(1), Манихас Г.М.(2), Халиков А.Д.(2), Ромащенко П.Н.(1), Фридман М.Х.(2)

Санкт-Петербург

1) Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, кафедра и клиника факультетской хирургии им. С.П.Федорова, 2)Городской клинический онкологический диспансер

Онкологические больные пожилого и старческого возраста (ПСВ) являются сложной для хирургического лечения группой. Течение периоперационного периода усугубляется не только коморбидностью и трофологической недостаточностью на фоне возрастных изменений, но и процессами гиперкатаболизма, свойственными любому злокачественному заболеванию. Любые осложнения у таких пациентов часто приводят к откладыванию сроков начала комплексного и комбинированного лечения или к отмене последних. Реализация оптимизированной программы ускоренного восстановления после хирургического вмешательства (ФАСТ ТРАК), основанной на известных протоколах ERAS позволяет уменьшить количество и тяжесть осложнений. Немаловажным компонентом, позволяющим снизить негативное влияние хирургического стресса, является применение малоинвазивных (лапароскопических) методик. Цель – сравнить результаты открытых и лапароскопических вмешательств в рамках реализации оптимизированного протокола ФАСТ ТРАК у больных КРР ПСВ. Проанализированы результаты хирургического лечения 159 больных колоректальным раком ПСВ. 45 (28,3%) были оперированы лапароскопическим доступом. Всем пациентам ведение периоперационного периода осуществлялось согласно протокола ФАСТ ТРАК. С целью редукции негативного влияния длительного карбоксиперитонеума на органы и системы больного ПСВ при сохранении адекватного безопасного объема брюшной полости и удобства оперирования, лапароскопические вмешательства выполнялись в условиях глубокого нервно-мышечного блока (НМБ) под контролем TOF-мониторирования, достигавшегося применением рокурония с последующей быстрой реверсией НМБ сугаммадексом. Это позволило выполнять лапароскопические операции в условиях пониженного карбоксиперитонеума (8 мм.рт.ст.). Сравнение результатов лечения пациентов, которым осуществлялось вмешательство «открытым» и лапароскопическим способом установило, что при использовании оптимизированного протокола ФАСТ ТРАК не получено достоверной разницы ($p \geq 0,05$) по срокам

экстубации, пребывания в отделении интенсивной терапии, начала раннего энтерального питания, восстановления белкового пула, стояния мочевого катетера, дренажей, подключичного и эпидурального катетеров, частоте возникновения осложнений, объему резекции в пределах R0, количеству удаленных лимфатических узлов. Определено достоверное различие (p

432.ЛАПАРОСКОПИЯ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

Мусоев Т.Я., Абдурахманов Ш.М., Хайдаров Ф.Н.

Бухара, респ.Узбекистан

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Узбекистан.

Актуальность. В современности диагностика, лечение и профилактика осложнений травмы живота остаются одной из наиболее актуальных проблем ургентной хирургии. Несмотря на широкое внедрение лапароскопии в диагностику и лечение неотложных заболеваний органов брюшной полости, хирургическая тактика с их позиции при травмах живота не претерпела существенного прогресса. Поэтому, разработка лечебно-диагностического подхода при травмах живота с позиции лапароскопии позволили бы решить, нуждающиеся в конкретизации вопросов, касающиеся срочности, последовательности хирургического доступа, адекватного объема операции в кратчайшие сроки. Целью исследования явилось, улучшение результатов лечения пострадавших с травмой живота путем ранней диагностики, хирургической тактики и профилактики осложнений с использованием лапароскопии, разработки эффективных методов органосберегательных и заместительных оперативных вмешательств. Материал и методы. Клинический материал составил 229 пострадавших с травмой живота, из них 105 (45,9%) - закрытые повреждения, 124 (54,1%) - открытые ранения. Изолированные повреждения были у 175 (76,4%) пострадавших, а сочетанные - у 54 (23,6%), у 64 (27,9%) ранения имели торакоабдоминальный характер(с использованием торакоскопии). У 62 (27%) пострадавших повреждения органов брюшной полости не выявлены. Более 85% пострадавших составили мужчины трудоспособного возраста. В хирургической тактике широко применяли разработанный нами алгоритм ведения пострадавших с травмой живота с использованием лапароскопии. Данный алгоритм включает в себя: 1) широкое использование в ранней топической диагностике - ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, грудной клетки и забрюшинного пространства, как в дооперационном периоде, так и интраоперационно; мульти спиральную компьютерную томографию; лапароскопию, в т.ч. при проникающих абдоминальных ранениях; торакоскопию при торакоабдоминальных ранениях; 2) в лечении - манипуляции из эндоскопического доступа; в) в профилактике осложнений - щадящие (из минидоступов) операции при травмах печени и поджелудочной железы. Основные моменты использования лапароскопии при травмах живота заключались в следующем: 1) использование УЗИ, особенно у пострадавших с сочетанными абдоминальными и торакальными травмами позволяло выявить доминирующее повреждение, выставить топический диагноз и выбрать адекватный объем операции; 2) хирургическая коррекция повреждений в более чем трети случаев производилась посредством лапароскопии, в большинстве случаев с дополнением манипуляции из

минилапаротомного доступа в проекции поврежденного органа; 3) при торакоабдоминальных ранениях предпочтение отдавалось миниторакотомной диагностике плевральной полости и диафрагмы, при их повреждении ушивание ран производилось из данного доступа с переходом на диагностическую лапароскопию; 4) диагностика и хирургическая коррекция проникающих колото-резанных абдоминальных ранений в большинстве случаев производилась с использованием эндоскопических операций. Противопоказаниями к использованию лапароскопии при травмах живота являлись: 1) в диагностике - геморрагический шок тяжелой степени, множественные проникающие колото-резанные абдоминальные ранения, огнестрельные ранения; 2) в хирургическом лечении - наличие крови в брюшной и плевральной полостях более 500 мл, множественные повреждения органов, разлитой и общий перитониты, отсутствие в бригаде квалифицированных эндохирургов. Результаты. Клинический материал был разделен на 2 группы. Контрольную группу составили пострадавшие, пролеченные в Бухарском филиале РНЦЭМП с 2009 по 2012 годы и использование лапароскопии в хирургической тактике при травмах живота у них составило в 37,2% случаев. Основную группу составили пострадавшие, пролеченные с 2013 по 2015 годы, использование лапароскопии у них составило в 85,7% случаев. Сравнительный анализ показал, что разработанный алгоритм позволил нам у 81,5% пострадавших установить ранний топический диагноз и провести адекватные оперативные вмешательства на травмированных органах, в том числе у 41,3% из них с использованием эндоскопических операций, а у 39,2% исключить необоснованные хирургические вмешательства, снизить показатели осложнений с 33,6% до 17,4%, летальности с 13,8% до 8,1%. Заключение. Современная концепция лапароскопической и органосберегательной хирургической тактики при травмах живота продиктована новыми условиями и возможностями в ургентной хирургии, является весьма перспективным направлением и позволит существенно улучшить неудовлетворительные результаты диагностики и лечения пострадавших сочетанными торакоабдоминального характера.

433. Роль видеолапароскопии в дифференциальной диагностике острого аппендицита

Черкасов М.Ф. (1), Бондаренко В.А. (2), Турбин М.В. (2), Погребняк И.В. (2).

Ростов-на-Дону

1) ГБОУ ВПО РостГМУ, 2) МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону

Цель работы: определить возможности видеолапароскопической диагностики в дифференциальной диагностике острого аппендицита. Материалы и методы: за период с 2009 по 2015 гг. в хирургическом отделении МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону 4996 больным, поступавшим с клиникой острого аппендицита выполнена диагностическая видеолапароскопия, произведена ревизия червеобразного отростка, органов малого таза, толстого и тонкого кишечника, желчного пузыря, поджелудочной железы. При ревизии органов брюшной полости выявлена следующая патология: Острый аппендицит - 4147 (83,0%) Острый холецистит - 9 (0,18%) Острый панкреатит - 14 (0,28%) Острый мезаденит - 110 (2,2%) Перфорация кишечника рыбьей костью - 5 (0,1%) Острый аднексит, пельвиоперитонит - 119 (2,4%) Внематочная беременность, киста яичника - 181 (3,6%) Овуляторный синдром - 140 (2,8%) Перекрут сальниковых отростков толстой кишки - 55 (1,1%) Перфорация опухоли, дивертикула толстой кишки - 8 (0,16%) Мезентериальный тромбоз - 9 (0,18%)

Патологии не выявлено - 199 (4,0%) Полученные результаты: При подтвержденном диагнозе острого аппендицита в 81,8% была выполнена лапароскопическая аппендэктомия. Частота конверсии (переход на открытую операцию) составила 1,2%. При иной локализации патологического очага (у 17% больных) в большинстве случаев выполнялись видеолапароскопические вмешательства (лапароскопические холецистэктомии, сальпингэктомии, резекции и коагуляции яичников, резекции жировых подвесков ободочной кишки, санации, дренирование брюшной полости и сальниковой сумки). В ряде случаев имели место сопутствующие заболевания органов брюшной полости, которые также требовали хирургической коррекции. У 9 человек (0,18%) выявлено сочетание острого аппендицита с острым холециститом, у 12 (0,24%) – с гнойным сальпингитом, у 4 (0,08%) – с перекрутом яичника, у 11 (2,2%) - с нагноением и разрывом кисты яичника. Средняя продолжительность диагностического этапа операции составила 8 ± 3 минуты. Осложнений с проведением лапароскопической диагностики не наблюдали. Выводы: Применение диагностической видеолапароскопии позволяет избежать необоснованных аппендэктомий и лапаротомий, снизить время динамического наблюдения, выявить атипичное расположение червеобразного отростка, своевременно диагностировать имеющуюся у больного хирургическую патологию и сопутствующие заболевания, выполнить операцию в большинстве случаев лапароскопически.

434. Анализ осложнений после лапароскопической гастрэктомии с D2-лимфодиссекцией.

Байдо С.В. (1), Фомин П.Д. (2), Жигулин А.В. (1), Голуб Д.А. (1)

Киев, Украина

1) «LISOD – Лікарня Ізраїльської Онкології», 2) Национальный медицинский университет

Введение: Несмотря на то, что лапароскопическая гастрэктомия в Японии и Корее вошла в стандарты лечения раннего рака желудка, широкому внедрению данного вмешательства препятствует не только его техническая сложность, но и высокий уровень осложнений. Даже в странах, где опыт выполнения превышает 1000 операций, уровень осложнений достигает 25-39%, несостоятельность анастомоза возникает в 5-14% случаев, а летальность может достигать 7%. Целью работы было проанализировать осложнения, возникшие после выполнения лапароскопической гастрэктомии при раннем так и местно-распространенном раке желудка на базе частной онкологической клиники в Украине. Материалы и методы: Был проведен анализ результатов и исходов лапароскопических гастрэктомий, выполненных в клинике «LISOD» в 2011 - 2015 годах. В исследование включено 75 пациентов. Было выполнено 52 тотальных и 23 субтотальных гастрэктомий. Лимфодиссекцию проводили в объеме D1+ либо D2 согласно японским рекомендациям по лечению рака желудка (Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines 2010 (version 3)). Стандартно операцию выполняли с использованием пяти троакаров: три 12-мм и два 5-мм. Диссекцию проводили при помощи ультразвуковых ножниц и биполяра. Реконструктивный этап выполняли интракорпорально с использованием Ру-петли. Формирование эзофаго-еюноанастомоза конец-в-бок проводили при помощи циркулярного степплера, либо бок-в-бок при помощи 60-мм линейного степплера. Гастро-еюноанастомоз после дистальной гастрэктомии формировали при помощи 60-мм линейного степплера с ушиванием дефекта

интракорпорально. У пяти пациентов после субтотальной гастрэктомии выполнили реконструкцию по В-I с формированием гастро-дуоденоанастомоза интракорпорально однорядным непрерывным швом. Осложнения регистрировали на протяжении 30 дней после операции. Результаты: Мужчин было 56, женщин – 19. Средний возраст пациентов составил 57,8 лет (от 37 до 78). Среди них у 67 пациентов (93,3%) была местно-распространенная стадия заболевания (Т3 и выше или N+). Неoadьювантную химиотерапию по протоколу ЕСС получили 65 пациентов (86,7%). Средняя длительность операции составила 245 мин (160-550 мин) при тотальной гастрэктомии, 235 мин (155-420 мин) - при субтотальной. Количество удаленных лимфоузлов составило 24,3 (от 8 до 60). Средний послеоперационный койко-день составил 7,9 дней (от 4 до 24 дней). Послеоперационные осложнения возникли у 25 пациентов (33,3%), из них осложнения III-IV степени (Clavien-Dindo, 2004), то есть требующие повторного вмешательства либо лечения в условиях БРИТ, развились у 10 (13,3%). Из осложнений I-III ст. наиболее частыми были легочные – 6 (плеврит, пневмония, ателектаз), абсцессы брюшной полости – 3 (пункционное дренирование), тромботические осложнения – 3, отграниченная несостоятельность анастомоза – 1, стриктура анастомоза – 1, гастростаз – 1. Несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза возникла у 5 пациентов (6,7%). Необходимость в повторных вмешательствах возникла у 8 пациентов (10,7%). Причинами релапароскопии были: несостоятельность анастомоза (4), кровотечение (3), стриктура анастомоза (1). Конверсий на лапаротомию по причине осложнений либо технических трудностей не было. Летальность составила – 2,7%. Выводы: Лапароскопическая гастрэктомия с D2-лимфодиссекцией является технически выполнимым вмешательством, при этом достигается необходимая радикальность. Относительно высокий уровень осложнений обусловлен значительным количеством пациентов с местно-распространенными опухолями, большинство из которых получали предоперационную химиотерапию.

435. ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ.

Скворцов Е.В.(1), Баятакова Д.А.(1), Ивачев А.Б.(1), Бухтияров И.В.(1), Перелыгин А.Н.(1), Намоконов Е.В.(2)

Чита

1) НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Чита 2» ОАО «РЖД», 2) Читинская Государственная Медицинская Академия.

Оказание эффективной помощи больным с паховыми грыжами, остается одной из актуальных проблем практической медицины. Использование лапароскопической трансабдоминальной преперитонеальной пластики у этой категории пациентов представляет собой качественно новое решение данной проблемы. Цель исследования: оценить клиническую эффективность и надежность трансабдоминальной преперитонеальной пластики (ТАРП) в лечении пациентов с паховыми грыжами. Материалы и методы. В отделении общей хирургии на базе Дорожной клинической больницы ст. Чита-II, за период с 2012 по 2014 годы по данной методике было прооперировано 226 пациентов с паховыми грыжами. У 158 пациентов (69,9%) была односторонняя локализация грыжи, из них у 25 человек (11%) выявлены рецидивные грыжи. У остальных 68 (30,1%) пациентов имела место 2-х сторонняя локализация грыжи. В ходе

проведения операций при односторонней локализации использовалась стандартная установка трех троакаров (5 мм, 5 мм и 10 мм), при двухсторонней локализации грыж боковые троакары устанавливались по латеральным краям прямых мышц живота. Фиксация осуществлялась в 8-10 точках скрепками (SECURESTRAP 5 мм). Операцию завершали дренированием брюшной полости ПВХ-дренажем, который удаляли на следующие сутки после оперативного вмешательства. Во всех случаях использовался полипропиленовый протез «Эсфил-Линтекс», размер сетки брался от величины грыжевого дефекта. Длительность операций составила в среднем $54 \pm 4,0$ минут. Перед выпиской пациентам выполняли УЗИ контроль паховой области, с целью выявления серомы в области стояния протеза. Результаты: Положительный клинический эффект был получен почти во всех случаях наблюдений. В раннем послеоперационном периоде только у 15-и (6,6%) пациентов диагностированы серомы в области установки импланта, которые были удалены пункциями под УЗИ контролем. Лишь у 3 пациентов (во всех случаях имела место двусторонняя герниопластика) наблюдался умеренный болевой синдром в послеоперационном периоде, который корригировался назначением НПВС в течение трех суток после операции. У остальных больных болевой синдром был незначительный и купировался анальгетиками в течение первых суток после операции. Средний послеоперационный период нахождения больных в стационаре составил $1,8 \pm 0,1$ койко/дня. В результате последующего диспансерного наблюдения в сроки до 2-х лет осмотрено 75 пациентов. У четырех пациентов имел место рецидив грыжи (1,76 %). В последующем двоим из них была выполнена операция Лихтенштейна, в двух других случаях - лапароскопическая герниопластика с использованием сетчатого импланта «Физиомеш». Заключение. Трансабдоминальная преперитонеальная пластика является высокоэффективным и надежным способом оперативного лечения паховых грыж, позволяющая значительно снизить сроки реабилитации пациентов и способствовать быстрому выздоровлению больных позволяет это сделать!

436.Видеоэндоскопические технологии в этапном лечении осложненной дивертикулярной болезни

Галлямов Э.А. (1), Макушин А.А. (2), Быков А.Н. (3), Харчук А.В. (3)

Москва

1 – Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова, Москва, РФ 2 – ЗАО "Группа компаний "Медси"КБ-2, Москва, РФ 3 – Городская больница № 3, Москва, РФ

ВВЕДЕНИЕ. Высокая распространенность обструктивных резекций дистальных отделов толстой кишки при осложненном раке и дивертикулезе толстой кишки, ожогах, травмах, аномалиях развития не имеет тенденции к снижению (В. С. Грошилин и соавт., 2013). По оценке ГНЦ колопроктологии МЗ РФ, число стомированных больных в России составляет от 100 до 120 тысяч, из них 38,2– 50,8% – лица трудоспособного возраста (Г.И. Воробьев и соавт., 2001; Г.И. Воробьев и соавт., 2002). Известно, что восстановление непрерывности кишечника после обструктивной резекции относится к травматичным и сложным операциям, что связано с массивным спаечным процессом и техническими трудностями выделения культи толстой кишки из окружающих тканей

(А.В. Воленко и соавт., 2011; В.В. Дарвин и соавт., 2005; В.М. Тимербулатов и соавт., 2004). Сохраняющаяся высокой частота послеоперационных осложнений требует коррекции методов их профилактики (Г.М. Манихас и соавт., 2005) и определения оптимальных сроков выполнения реконструктивного этапа хирургического лечения заболеваний толстой кишки. ЦЕЛЬ. Продемонстрировать возможность улучшения результатов лечения больных с патологией толстой кишки, требующей этапного хирургического лечения, путем оптимизации сроков выполнения реконструктивно-восстановительного этапа. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Клинический случай лечения пациента М., 46 лет, госпитализированного в хирургическое отделение КБ-2 ЗАО "Группа компаний "Медси" в экстренном порядке по поводу осложненной дивертикулярной болезни толстой кишки. РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Пациент госпитализирован спустя 12 часов от начала заболевания с клинической картиной перфорации полого органа, распространенного перитонита. Диагностическая лапароскопия в экстренном порядке. Интраоперационный диагноз – дивертикулярная болезнь сигмовидной кишки, осложненная дивертикулитом, перфорацией сигмовидной кишки, распространенным гнойно-фибринозным перитонитом. Выполнена лапароскопическая обструктивная резекция сигмовидной кишки с формированием одноствольной сигмостомы, санация и дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде пациент получал комплексную инфузионную детоксикационную, антибактериальную, симптоматическую терапию, парентеральное и энтеральное питание, ранняя активизация. У больного отмечались невыраженный болевой синдром, субфебрилитет, функционирование сигмостомы, положительная динамика лабораторных показателей. На третьи сутки выполнена программируемая санационная релапароскопия. Интраоперационно отмечена значительная регрессия воспалительных изменений со стороны висцеральной и париетальной брюшины. В тоже время в области резецированного участка сигмовидной кишки обратил на себя внимание спаечный процесс в виде рыхлых сращений, в котором заинтересованы петли тонкой кишки и париетальная брюшина. Продолжено консервативное лечение. Пациент активизирован через 12 часов после операции. Отмечено отсутствие болевого синдрома, нормотермия, функционирование сигмостомы, на вторые сутки пациент переведен на энтеральное питание, констатирована нормализация лабораторных показателей. На 9 сутки после релапароскопии выполнена ирригоскопия через сигмостому. Определен пораженный дивертикулярной болезнью участок нисходящей толстой кишки. На 15 сутки после первой операции выполнена лапароскопическая реконструктивная десцендоректостомия с резекцией дивертикулярно измененного дистального участка нисходящей кишки, а также измененного дистального участка сигмовидной кишки с использованием колоноскопической навигации. Интраоперационно выявлены рыхлый спаечный процесс на месте резецированного участка кишки, и отсутствие лапароскопических признаков перитонита. Послеоперационное ведение пациента осуществлялось по протоколу Fast Track. Общий срок стационарного лечения 22 дня. ВЫВОДЫ. Применение видеоэндоскопических технологий и комплексное ведение пациента по системе Fast Track позволило выполнить реконструкцию толстой кишки через 2 недели после обструктивной резекции. Для оптимизации сроков выполнения реконструктивно-восстановительного этапа хирургического лечения патологии толстой кишки необходимо научное обоснование объективных критериев готовности кишечного тракта к реконструкции.

437.МЕТОДИКА ГИДРОПРЕССИВНОЙ АППЛИКАЦИИ РОПИВАКАИНА КАК ЭЛЕМЕНТ ФАСТ-ТРЕК ХИРУРГИИ.

Глухов А.А.(1), Самойлов В.С.(1,2), Наливайко В.Е.(2)

Воронеж

1)ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, 2) НУЗ "ДКБ на ст. Воронеж-1 ОАО "РЖД"

Послеоперационный болевой синдром остается актуальной проблемой. Интраоперационное введение местных анестетиков значительно облегчает состояние больных после лапароскопических операции, уменьшает послеоперационный болевой синдром, потребление наркотических анальгетиков для обезболивания, снижает послеоперационную тошноту и рвоту, препятствует ограничению самостоятельного дыхания, способствует более ранней активизации пациентов. Имеются доказательства клинической эффективности использования местных анестетиков, вводимых в брюшную полость и наносимых на брюшину и различные органы при лапароскопических операциях, однако сохраняются дискуссии о способах нанесения. На кафедре общей хирургии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко предложена оригинальная методика лапароскопической гидропрессивной аппликации местных анестетиков. При этом раствору анестетика при помощи специального устройства придаются свойства направленного мелкодисперсного потока жидкости. В качестве местного анестетика был использован 0,5% раствор ропивакаина (наропина). Раствор анестетика, при использовании в данной методике, попадая на поверхность практически полностью остается на ней и оказывает необходимое воздействие, при этом неэффективный объем анестетика, который не успевает взаимодействовать с рецепторами минимизируется. Методика была использована в 191 случаях. Выполнялись следующие лапароскопические вмешательства с применением гидропрессивной аппликации раствора наропина: лапароскопическая продольная резекция желудка - 84 операции, лапароскопическое минижелудочное шунтирование - 14, лапароскопическая фундопликация - 2, герниопластика (TEP) - 10, регулируемое бандажирование желудка - 2, лапароскопическая адреналэктомия - 2, лапароскопическая резекция сигмы - 1, лапароскопические вмешательства при кистах печени, почек - 4, лапароскопическая холецистэктомия - 72 операции. Во всех случаях максимальный объем используемого 0,5% раствора наропина не превышал 15 мл. при обработке всех необходимых поверхностей - правого и левого куполов диафрагмы, зоны оперативного вмешательства. При оценке послеоперационного болевого синдрома, тошноты, рвоты, используемых после операции анальгетиков, в том числе опиоидов, сроков пребывания до выписки из стационара выявлены преимущества использования методики гидропрессивной аппликации по сравнению с традиционным введением анестетика в брюшную полость. Таким образом, в результате придания раствору наропина свойства направленного высоконапорного мелкодисперсного потока, реализовано увеличение эффективного объема местного анестетика, то есть количество раствора анестетика, остающегося на поверхности и взаимодействующего с рецепторами. Это позволяет уменьшить общий необходимый объем вводимого анестетика, его резорбтивный и токсический эффект при значимом снижении послеоперационной боли, тошноты, рвоты, а так же количества необходимых в послеоперационном периоде анальгетиков, в том числе наркотических, обеспечить раннюю активизацию пациента в послеоперационном периоде.

438.Холецистэктомия или «временное» пособие? Опыт хирургического лечения острого холецистита в городской больнице.

Натрошвили И.Г. (1), Байчоров Э.Х. (2)

1) Кисловодск, 2) Ставрополь

СтГМУ

Существуют различные подходы к хирургическому лечению острого холецистита. Ряд хирургов придерживается мнения, что целесообразно выполнять пункцию или дренирование желчного пузыря с целью купирования воспаления в качестве первого или заключительного этапа лечения, особенно у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском. Однако, до 20% больных поступают повторно с острым холециститом в течение года, а часть пациентов приходится оперировать в ту же госпитализацию в связи с развитием осложнений или отсутствием эффекта от лечения. С 2010 по 2015 г.г. в ГБУЗ СК «Кисловодская ЦГБ» находились на лечении 693 пациента с диагнозом «Острый холецистит». 414 (59,7%) больных оперированы. Возраст оперированных больных был от 14 до 90 лет (в среднем — $60 \pm 14,6$ года), при этом 53,9% пациентов были старше 60 лет, а треть — старше 70. 260 (62,8%) пациентам выполнены малоинвазивные вмешательства: 177 - лапароскопическая холецистэктомия и 83 - холецистэктомия из минилапаротомного доступа, а 152 - лапаротомная холецистэктомия. В последние годы количество малоинвазивных операций значительно увеличилось до 82,8% в 2015 г. (в 2010 г — 41,0%) в связи с изменениями тактики и улучшением технического оснащения. Холецистостомия была произведена двум пациентам (0,48%): 73 лет с острым флегмонозным холециститом, эмпиемой желчного пузыря, холедохолитиазом, механической желтухой в качестве первого этапа лечения и 87 лет с острым катаральным обтурационным калькулезным холециститом с крайне высоким операционно-анестезиологическим риском, обусловленным декомпенсированной тяжёлой сопутствующей патологией. Оба вмешательства были выполнены под местной анестезией. Послеоперационные осложнения развились у 23 больных. Осложнений легкой степени тяжести было — 12, средней — 9, тяжелых - 2. У 12 пациентов имелись серомы или гематомы послеоперационных ран, у 5 развилась сегментарная пневмония (у одного больного — двусторонняя). Желчеистечение из брюшной полости было у 5 больных: у 4 оно прекратилось самостоятельно на 3-4-е сутки после операции. Одной пациентке была выполнена релапаротомия по поводу желчного перитонита, причиной которого послужила несостоятельность культи пузырного протока после лапароскопической холецистэктомии - произведены лигирование культи пузырного протока, санация и дренирование брюшной полости с благополучным исходом. У одной пациентки на 6-е сутки после холецистэктомии из минилапаротомного доступа была диагностирована послеоперационная стриктура общего печеночного протока. Умерли 3 больных: 2 пациента 80 и 90 лет, поступившие с острым гангренозным калькулезным холециститом, распространенным гнойным перитонитом, в первые сутки после лапаротомии, холецистэктомии, санации и дренирования брюшной полости и один 74 лет — от массивной тромбоэмболии ветвей легочной артерии во время лапароскопической холецистэктомии. Послеоперационная летальность составила 0,72%. Таким образом, большинству (99,52%) пациентов при остром холецистите и его осложнениях возможно выполнение «радикальных» вмешательств, предпочтительно - малоинвазивных, с низкой летальностью и небольшим количеством послеоперационных осложнений средней и тяжелой степени.

439.Гастроинтестинальные стромальные опухоли желудка: диагностика и хирургическое лечение

Стегний К.В. (1,2), Гончарук Р.А. (1,3), Двойникова Е.Р. (1,2), Агапов М.Ю. (1,3), Крекотень А.А. (1,3), Дмитриев М.О. (2), Сорока А.К. (1,2), Андреев М.К.(1)

Владивосток

1) ГБОУ ВПО «ТГМУ» 2) Медицинский центр ДВФУ 3) НУЗ ОКБ на ст. Владивосток ОАО «РЖД»

Гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО) - это образования мезенхимальной природы с высоким потенциалом к озлокачествлению. Появление эндоскопической ультрасонографии (ЭУС) позволило более эффективно выявлять неэпителиальные образования. Однако, остается ряд не решенных вопросов в дифференциальной диагностике данных образований. Основным методом лечения является хирургический, до настоящего времени ведутся споры о выборе способа оперативного вмешательства. Цель исследования: анализ результатов диагностики и лечения пациентов с ГИСО желудка. Материал и методы. Ретроспективно оценены результаты диагностики и хирургического лечения 12 больных с ГИСО желудка, выполненных на базе НУЗ ОКБ г. Владивосток ОАО «РЖД» и Медицинского центра ДВФУ, за период 2010-2015 гг. Средний возраст которых составил 56 ± 7 лет. Анализировались результаты эндоскопических методов диагностики и хирургических методов лечения. Результаты исследования. В 75% случаев пациенты жалобы не предъявляли. У 2 больных была картина желудочного кровотечения, связана с изъязвлением слизистой желудка в проекции образования. У одного пациента, с локализацией опухоли в кардиальном отделе желудка, отмечалось нарушение прохождения пищи. Основным методом выявления образований являлась эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). Локализация опухоли в теле желудка выявлена в 9(75%) случаях, в антральном отделе – в 2(16,8%) случае, в кардиальном отделе у 1(8,4%) больного. В 4(33,4%) случаях имелись образования с изъязвлением слизистой. ЭУС выполнена 7 (58,4%) больным. Во всех случаях по результатам ЭУС образования имели гипзоэхогенную структуру с ровными четкой контурами, в 86%(6 случаях) неоднородные с анэхогенными включениями. Во всех случаях образования исходили из 4 (мышечного) эхослоя, в 33 % случаев отмечено изъязвление в 1-2 эхослое (слизистая), в остальных выше и ниже лежащие слои над образованием интактны. В 71,4% (5 случаях) был характерен интрагастральный рост. Средний размер в срезе по результатам ЭУС составил $4,9 \pm 2,2$ см. Лимфатические узлы в зоне сканирования не визуализировались. В 2(16,8%) случаях для верификации опухолевого процесса эндоскопическое исследование дополнялось предоперационным цитологическим исследованием. У одного пациента (8,4%) произведена двукратная щипковая биопсия, полученный материал был представлен клетками слизистой оболочки желудка. В 3 случаях (25%) произведена аспирационная тонкоигольная биопсия, при этом в цитологическом материале отмечены клетки мезинхимальной опухоли. Всем пациентам выполнено оперативное вмешательство: лапаротомия с резекцией желудка в 1(8,4%) случае, в связи с локализацией опухоли в анастомозе после субтотальной резекции желудка. Лапароскопическое эндоскопически ассистированное удаление образований проведено в 3 (30 %) случаях, при размере опухоли менее 5 см, что связано с возможностью удаления препарата через пищевод и минимальным риском его вклинения. Лапароскопическая клиновидная резекция и атипичная резекция

выполнена в 8(67%) случаях. Осложнения в послеоперационном периоде возникли в 2 случаях. Высокая кишечная непроходимость отмечена после лапароскопической атипичной резекции ГИСО антрального отдела желудка. Выраженная дисфагия у одного больного после проксимальной резекции желудка. Выводы. Основным методом диагностики ГИСО является эндосонография, дающая возможность определить локализацию процесса и его распространение в лимфатические узлы. Тонкоигольная биопсия эффективный метод для верификации опухолевого процесса. Предпочтительным методом лечения ГИСО является эндовидеохирургический способ. Традиционные методы показан пациентам с ранее перенесенными вмешательствами на желудке.

440. Проблемы желчеистечения после миниинвазивных и лапароскопических вмешательств в гепатобилиарной хирургии

Быстров С.А., Каторкин С.Е., Бизярин В.О., Шестаков Е.В., Арустамян А.В.

Самара

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных холелитиазом, у которых развились послеоперационные осложнения в виде наружного желчеистечения путем использования рациональной хирургической тактики. Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов хирургического лечения 256 больных холелитиазом, оперированных в хирургических отделениях клиник СамГМУ и ММУ ГБ №8 г. Самары за период с 2009 по 2015гг. В зависимости от способа оперативного вмешательства пациентов разделили на 3 группы. В 1-ю группу включили 89 (35,4%) больных в возрасте 18-93 лет, перенесших холецистэктомию из мини-доступа; мужчин было 17 (20%), женщин - 72 (80%). 2-ю группу составили 75 пациентов в возрасте 23-69 года, перенесших лапароскопическую холецистэктомию; мужчин было 12 (15,9%), женщин — 63 (84,1%). В 3-ю группу были включены 92 больных в возрасте 25-83 лет, перенесших традиционную лапаротомную холецистэктомию; мужчин было 14 (14,9%), женщин — 78 (85,1%). Средний возраст пациентов в группах был сопоставим и составил $58,6 \pm 6,4$ года, соотношение мужчин и женщин -1:5, что в целом отражает структуру заболеваемости ЖКБ. Всем пациентам перед операцией выполняли стандартное общеклиническое обследование, ФГДС, УЗИ органов брюшной полости, по показаниям – ЭРХПГ и ЭПСТ, динамическую гепатобилиосцинтиграфию (ГБСГ) или компьютерную томографию органов гепатобилиопанкреатодуоденальной области. При наличии желчеистечения в раннем послеоперационном периоде для диагностики всем больным выполняли УЗИ, по показаниям - ЭРХПГ и ЭПСТ, ГБСГ, чрескожную чреспеченочную холангиографию. При наличии функционирующего дренажа холедоха выполняли фистулохолангиографию. Результаты В анализируемых группах в зависимости от вида операции и формы холецистита нами изучены частота и причины желчеистечения в раннем послеоперационном периоде. Для оценки послеоперационного желчеистечения мы учитывали как суточный дебит желчи по дренажу брюшной полости, так и данные УЗИ – определяли объем отграниченного скопления жидкости в проекции ложа желчного пузыря, а также локализацию и объем свободной жидкости в брюшной

полости. Под желчеистечением мы понимаем такое состояние после холецистэктомии, при котором по дренажу из подпеченочного пространства выделяется более 20 мл желчи за сутки в течение нескольких дней после операции. Незначительное желчевыделение (менее 20 мл) по дренажу или около дренажа в течение первых суток после операции, которое прекращалось на 2-3 сутки и не изменяло общего состояния больного, к анализируемому осложнению мы не относили.

441.Видеолапароскопические оперативные вмешательства у пациентов с острым аппендицитом – первый опыт применения

Быстров С.А., Каторкин С.Е., Шестаков Е.В., Безбородов А.И.

Самара

ГБОУ ВПО СамГМУ

В рамках оказания экстренной хирургической помощи населению города Самары клиника госпитальной хирургии принимает пациентов с острой абдоминальной хирургической патологией. При этом острый аппендицит является одним из наиболее частых неотложных хирургических заболеваний. Диагностика острого аппендицита в некоторых случаях остается достаточно затруднительной в случае пожилого возраста пациентов, при атипичном расположении червеобразного отростка, при неясной клинической картине и невозможности дифференциальной диагностики с другими острыми заболеваниями органов брюшной полости и малого таза. На современном этапе развития хирургии лапароскопическая аппендэктомия является наиболее предпочтительным методом оперативного вмешательства при данной патологии и имеет достоверные преимущества перед традиционной открытой аппендэктомией. На данный момент нами было выполнено 18 лапароскопических аппендэктомий. Из них женщины-11, мужчины – 7. Средний возраст больных составил 35, 4 года. Формы острого аппендицита у прооперированных больных: катаральный – 1 , флегмонозный – 12, эмпиема отростка- 3 , гангренозный – 2. Всем больным перед операцией согласно стандартам были проведены клиничко-лабораторные исследования: осмотр, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, исследование на группу крови и резус-фактор, выполнено ультразвуковое исследование брюшной полости. В последствии проводилась оценка результатов согласно шкале Альварардо. При этом распределение по баллам по шкале Альварардо составило: у 14 пациентов- 9-10 баллов, у 4х- 7-8 баллов. Предоперационная подготовка проводилась по общим правилам. В нашей практике мы применяли стандартную 3-х портовую лапароскопическую аппендэктомию. Игла Лериша и первый троакар вводился параумбиликально, второй в левой подвздошной области. Проводилась тщательная ревизия органов брюшной полости для подтверждения диагноза и принятия решения о возможности и необходимости аппендэктомии. Для улучшения визуализации отростка пациент переводиться в положение Транделенбурга с поворотом на левый бок. Вводился третий троакар в правом подреберье. Аппендэктомия выполнялась с поэтапным выделением брыжейки отростка при помощи электрокоагуляции, с использованием клипера для лигирования крупных сосудов. Культия отростка обрабатывалась при помощи петли Редера либо степлера. Среднее время операции составило

46,7±7.1 минут. Ни в одном случае нами не было отмечено интраоперационных либо послеоперационных осложнений. Все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии на 4-е, 5-е сутки. При этом отмечалось значительно более благоприятное течение послеоперационного периода в сравнении с пациентами прооперированными при помощи типичного доступа Волковича-Дьяконова. Был менее выражен болевой синдром, пациенты испытывали меньший дискомфорт при ранней активизации. Лица молодого возраста особо отмечали значительно лучший косметический эффект в сравнении с открытой операцией. Для хирургов же важно, что во время лапароскопии, в отличие от традиционной аппендэктомии из доступа Волковича-Дьяконова, существует возможность гораздо более полной ревизии органов брюшной полости и малого таза, особенно в случае неясной клинической картины. Таким образом, видеолапароскопия имея ряд важных преимуществ перед традиционным открытым способом операции у пациентов с острым аппендицитом, должна активно внедряться в практику хирургических стационаров. Нет сомнений, что большинство аппендэктомий, при наличии соответствующего оборудования и подготовленной хирургической бригады, могут и должны выполняться при помощи миниинвазивных лапароскопических технологий.

442.Преимущества робот-ассистированных операций в хирургическом лечении инсулином поджелудочной железы.

Семёнов Д. Ю.(1), Чекмасов Ю. С.(1), Османов З. Х.(1), Лазарева И. Д.(1), Полиглоттов О. В.(1), Богданова Т. С.(2), Барышникова В. В.(1), Мамсуров М. Э.(2)

Санкт-Петербург

1)ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова 2)ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр»

С развитием малоинвазивные технологий в хирургии поджелудочной железы все чаще применяются лапароскопические и робот-ассистированные вмешательства. Одним из показаний к эндовидеохирургическим вмешательствам на поджелудочной железе является органический гиперинсулинизм - заболевание, развивающееся на основе вырабатывающих инсулин морфологических структур, что приводит к гиперинсулинемии и развитию гипогликемического синдрома. В 82-89 % случаев причиной органического гиперинсулинизма являются В-клеточные опухоли поджелудочной железы – инсулиномы, реже встречаются микроаденоматоз, незидиобластоз и гиперплазия островков Лангерганса. Известно, что актуальной проблемой хирургического лечения инсулином является топическая локализация образования: в 70% случаев диаметр опухоли не превышает 1.5 см, а структура образований сходна с тканью поджелудочной железы. В 10% случаев определить локализацию инсулиномы на дооперационном этапе не удается, и оперативное вмешательство носит в том числе диагностический характер. Недостатком эндовидеохирургических вмешательств по сравнению с традиционными при лечении инсулином является невозможность мануальной пальпации поджелудочной железы, т.к. при расположении образования в толще панкреатической ткани визуализировать его не удавалось. Однако, применение робот-ассистированных вмешательств в сочетании с интраоперационным лапароскопическим ультразвуковым исследованием позволяет точно локализовать образование,

визуализировать его границы и оценить взаимоотношение инсулиномы с окружающими сосудами и панкреатическим протоком. Преимуществом робот-ассистированных операций по сравнению с лапароскопическими является более четкая визуализация и возможность прецизионной работой с тканью железы, позволяющая минимизировать травматичность хирургического вмешательства. Представлен опыт робот-ассистированного лечения 16 пациентов с инсулиномами поджелудочной железы в сочетании с интраоперационным ультразвуковым исследованием. Произведено 10 энуклеаций образований и 6 дистальных резекций поджелудочной железы. 3D – изображение обеспечивало четкую визуализацию и позволило визуализировать инсулиномы во всех случаях поверхностного расположения образования. Во всех случаях после мобилизации поджелудочной железы производилось интраоперационное лапароскопическое ультразвуковое исследование. Размер образований составил в среднем 1.2 ± 0.2 см. При дистальных резекциях за счет визуализации, обеспечиваемой возможностями робот-ассистированного комплекса, была локализована культя главного панкреатического протока и произведено его селективное клипирование. Длительность оперативных вмешательств составила в среднем 3.2 ± 0.8 часа. Интраоперационных осложнений не было, кровопотеря во всех случаях не превышала 100 мл. Иммуногистохимическое исследование подтвердило диагноз инсулиномы поджелудочной железы G1 у всех пациентов, образования были удалены в пределах здоровых тканей. Во всех случаях после лечения явления гиперинсулинизма были купированы. У пациентов, перенесших дистальную резекцию поджелудочной железы с селективным клипированием главного панкреатического протока осложнений не было. В 4 случаях после энуклеации инсулином у пациентов развились наружные панкреатические свищи с объемом отделяемого от 50 до 300 мл/сутки, которые закрылись самостоятельно. Таким образом, процент осложнений составил 25%. Продолжительность койко-дня составила 14 ± 2 суток. Согласно нашему опыту, робот-ассистированная методика в сочетании с интраоперационным ультразвуковым исследованием в настоящее время является методом выбора при лечении инсулином поджелудочной железы. -

443. Лапароскопия при деструктивном панкреатите.

Луцевич О.Э (1), Галлямов Э.А. (1,2,5), Преснов К.С. (3), Орлов Б.Б. (4), Макушин А.А. (5), Ерин С.А. (6), Быков А.Н. (7), Харчук А.В. (7), Галлямова С.В. (5)

Москва

1 – Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова, Москва, РФ 2 – Федеральное бюджетное учреждение «Центральная клиническая больница гражданской авиации», Москва, РФ 3 – Медицинский центр центрального банка России,

ВВЕДЕНИЕ. Прогрессивное совершенствование видеоэндоскопических технологий диктует необходимость их применения в лечении острой хирургической патологии. Панкреонекроз – хирургическая патология, принципы коррекции которой в последние годы изменились, благодаря совершенствованию современных представлений о ее патогенезе, широким внедрением в практику высокоинформативных методов диагностики и эффективных способов детоксикации. Однако о значительном улучшении результатов лечения больных с тяжелым панкреонекрозом пока говорить не приходится. **ЦЕЛЬ.** Определить место лапароскопии в лечении деструктивного

панкреатита. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Коллективом авторов проведен анализ результатов лечения 75 больных деструктивным панкреатитом с использованием лапароскопии за период с 2004 г. по 2015 г. РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Выполнение первичной лапароскопической некрэктомии являлось первым этапом в лечении больных с панкреонекрозом. При этом гнойно-некротические осложнения не являлись единственным показанием к хирургическому вмешательству. В течение первых двух суток выполнялась лапароскопия со вскрытием сальниковой сумки, осмотром поджелудочной железы, ревизией парапанкреатического и параколических клетчаточных пространств, санация ферментативного перитонита. При интраоперационных показаниях выполняли лапароскопическую абдоминализацию железы от головки до хвоста, некрэктомию в области ретропанкреатической, левой и правой параколической клетчатки, холецистостомию. Каждую операцию заканчивали дренированием анте- и ретропанкреатического, правого и левого параколического, поддиафрагмальных пространств и брюшной полости трубчатыми двупросветными дренажами. С первых суток после первичной санации начинали ирригацию парапанкреатического пространства через дренажную систему большим количеством физиологического раствора (до 10 л в сутки). В зависимости от динамики клинической картины и данных КТ, пациентам выполняли от одной до пятнадцати санаций с интервалом 3-7 дней. Большинство пациентов находились на продленной вентиляции легких от 7 суток до 4 месяцев. Проводилось комплексное лечение с использованием экстракорпоральных методов детоксикации (от 1 до 24 процедур). Из 75 оперированных с использованием эндохирургических технологий пациентов умерло 9 больных в послеоперационном периоде от нарастающей полиорганной недостаточности. ЗАКЛЮЧЕНИЕ Руководствуясь принципами Международной Панкреатологической Ассоциации (IAP) хирургического ведения панкреонекроза, основывающимися на органосохраняющем подходе, включая опорожнение или некрэктомию, дополненное послеоперационным ведением, послеоперационной эвакуацией ретроперитонеальных некротических тканей и выпота (уровень рекомендации В), нами была предложена методология выполнения лапароскопических мануально – ассистированных (гибридных) и полностью лапароскопических первичных вмешательств при деструктивном панкреатите. Современные лапароскопические технологии в лечении панкреонекроза в сочетании с использованием экстракорпоральных методов детоксикации снижают количество осложнений, уровень летальности и уменьшают сроки лечения.

444.ТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПОД КОМБИНИРОВАННОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ С СОХРАНЕНИЕМ СПОНТАННОГО ДЫХАНИЯ

Косаченко В.М. (2), Жестков К.Г. (1), Курланов А.Ю. (2), Барский Б.Г. (1,2)

Москва

ГБОУ ДПО РМАПО, ГКБ им. С.И.Спасокукоцкого

Актуальность. Основная тенденция развития торакальной хирургии за последние 20 лет заключается в уменьшении травматичности операции за счет использования различных минимально инвазивных доступов. Однако, не менее важным для снижения выраженности

операционно-анестезиологической травмы является уменьшение агрессивности анестезиологического пособия. Материалы и методы. Мы располагаем опытом 23 операций под анестезией с сохранением спонтанного дыхания: 6 однопортовых торакоскопических резекций легкого по поводу доброкачественных образований и метастазов, 12 однопортовых и 5 двухпортовых торакоскопических резекций буллезно-измененных участков легкого с плеврэктомией по поводу спонтанного пневмоторакса. Положение пациентов на операционном столе в положении «на боку». Внутривенный наркоз со спонтанным дыханием через ларингеальную маску. Инфузия пропофола по целевой концентрации (TCI), введение анальгетиков (фентанил) проводим дробно, с подбором дозы, не угнетающей дыхание. Интраоперационно проводим дополнительную местную анестезию кожи в зоне доступа лидокаином и блокаду межреберных нервов наропином (2 мг/мл) в объеме 40-50 мл. Обязательным условием считаем блокаду n.vagus 2% р-ром лидокаина для подавления кашлевого рефлекса. Кроме того, нами использовались следующие варианты обезболивания: паравертебральная блокада, грудная эпидуральная анестезия для интра- и послеоперационного обезболивания с помощью помпы. Мониторинг: биспектральный индекс (BIS) в пределах 40 - 70, контроль системной гемодинамики, ЭКГ, SpO₂, (97-99%), парциальное давление CO₂ на выдохе до 45 мм.рт.ст. Однопортовый доступ в 4-5-м межреберьях по передней подмышечной линии длиной 2-3 см, в ряде случаев с дополнительным оптическим портом в заднем косто-диафрагмальном синусе, через который в последующем устанавливается дренаж. После ревизии измененный участок выводим в рану и резецируем аппаратом УДО38 (либо, при невозможности выведения измененного участка легкого, резецируем эндоскопическим сшивающим аппаратом). Дренируем плевральную полость одним дренажом через передний угол раны или из заднего порта. Выход из анестезии через 2 - 3 мин после наложения кожных швов. Результаты исследования. На протяжении всей операции сохранялось спонтанное дыхание. Оперированное легкое коллабировано за счет открытого пневмоторакса. Интраоперационная межреберная блокада позволяла уменьшить суммарную дозу анальгетиков. Интраоперационная блокада n.vagus позволяет избежать кашлевого рефлекса при тракции за легкое. Однопортовый доступ позволяет снизить травматичность оперативного вмешательства, осуществить вход в плевральную полость под контролем зрения, выполнить все этапы торакоскопической резекции легкого и плеврэктомии. Средняя длительность операции составила 70 минут, что сопоставимо со стандартной торакоскопической техникой. BIS мониторинг становится основой для выбора оптимального варианта седативной терапии, уменьшает частоту не только необоснованно поверхностной, но и чрезмерно глубокой анестезии. Он позволяет снизить расход пропофола на 13–23%, изофлюрана на 15–20%, севофлюрана на 23–37%, на 35–40% ускорить процесс пробуждения больного и его экстубации. В раннем послеоперационном периоде (1-е - 3-и сутки) отмечено резкое снижение болевого синдрома по сравнению с контрольной группой, наркотические анальгетики не применялись. Выводы. Торакоскопические операции у неинтубированных пациентов являются перспективным направлением дальнейшего уменьшения операционно-анестезиологической травмы и нуждаются в дальнейшей разработке и изучении.

445. ВАКУУМ-ТЕРАПИЯ С МИНИТОРАКОСТОМИЕЙ ПРИ ЭМПИЕМЕ ПЛЕВРЫ И ПЛЕВРИТАХ

Барский Б.Г. (1,2), Жестков К.Г. (1), Кузнецова О.А. (2), Мазурова Н.В. (2)

Тезисы XIX Съезда Общества эндоскопических хирургов России, г. Москва, 16-18 февраля 2016 г.

Москва

ГБОУ ДПО РМАПО, ГКБ им. С.И.Спасокукоцкого

Ведение. В последние десятилетия отмечается рост числа больных с гнойными деструктивными процессами в легких, течение которых нередко осложняется плевритом с последующим развитием эмпиемы плевры. Как и при лечении любого гнойно-воспалительного процесса, помимо воздействия на возбудителей инфекционного процесса и коррекцию нарушенных функций органов и систем, основным видом лечения является дренирование и санация гнойной полости. Показанием к торакоскопической санации считается неэффективное дренирование с сохранением резидуальных жидкостных скоплений за счет множественных осумкований, большого количества фибрина, плотных наложений на легком с невозможностью расправления легкого. При ригидном легком торакоскопическая санация неэффективна ввиду невозможности расправления легкого вне зависимости от количества дренажей и кратности промывания. Целью настоящей работы явилось изучение возможностей и эффективности вакуум-терапии остаточных плевральных полостей при эмпиеме плевры и длительно протекающих плевритах с ригидным легким. Материалы и методы. В период с октября 2014 года по декабрь 2015 года в отделении торакальной хирургии ГКБ им. С.И.Спасокукоцкого было пролечено 41 пациент с эмпиемой плевры и 68 пациента с плевритами, преимущественно (70%) метастатической этиологии. Из них 36 больным с эмпиемой и 54 с плевритом потребовалось проведение хирургической операции. Всем пациентам при поступлении выполняем пункцию с последующим дренированием плевральной полости. При сохранении объема в плевральной полости после дренирования выполняем торакоскопическую операцию, направленную на создание монополости, удаление фибринозных наложений, при возможности – плеврэктомию и декортикацию, а так же санацию и прицельное дренирование. При имеющейся ригидной полости любого объема и, соответственно, отсутствии возможности к расправлению легочной ткани, применяли метод вакуум-терапии. В проекции нижних отделов остаточной полости формируем миниторакостому длиной 3-5 см с резекцией одного ребра или без резекции (в зависимости от ширины межреберных промежутков). Через сформированную торакостому осуществляем торакоскопическую санацию плевральной полости по методике однопортовых вмешательств с удалением фибринозных и некротических масс, формированием монополости, биопсией, ультразвуковой кавитацией. Санированную таким образом полость рыхло заполняем антимикробной марлей KerlixAMD, торакостомическое отверстие тампонируем губкой с активированным углем Suprasorb CNP. Один или два дренажа (в зависимости от размеров и формы полости) устанавливаем в полость с расположением последних отверстий в заполненной губкой торакостоме. Таким образом, при аспирации создается равномерное разрежение и адекватное удаление экссудата со всей поверхности полости эмпиемы и торакостомического отверстия, одновременно способствуя дозированной реэкспансии легочной ткани. При последующих перевязках (на 3-5 сутки) выполняем торакоскопическую ревизию и санацию. При очищении полости (как правило, после 2 перевязки), переходим к аспирации в переменном режиме 20-60 мм. рт. ст. для стимуляции кровоснабжения и развития грануляционной ткани. После 2-3-х перевязок последующие вмешательства выполняли без анестезии в условиях перевязочной. После очищения и уменьшения полости закрываем сформированную торакостому местными тканями. Результаты исследования: Из 36 пациентов с эмпиемой, которым потребовалось хирургическое лечение, у восьми была хроническая ограниченная эмпиема плевры с ригидными стенками, что явилось показанием к наложению мини-торакостомии с вакуум-терапией. Кроме того, данную методику использовали при ограниченной послеоперационной апикальной эмпиеме, послеоперационных бронхо-плевроторакальных свищах, при острых эмпиемах с тяжелой полиорганной

недостаточностью и сепсисом, а также при длительно протекающих плевритах с ригидным легким без гнойно-воспалительных изменений со стороны плевральной полости. У всех пациентов с ограниченными эмпиемами плевры отмечалась стойкая тенденция к уменьшению объема остаточной плевральной полости (в два раза по сравнению с предыдущей перевязкой), при этом в случае плеврита без эмпиемы темп уменьшения полости был значительно выше. Несмотря на наличие гноя и фибрина при первых операциях, начиная с первой перевязки мы не отмечали не одного случая увеличения количества фибриновых наложений, как это имело место при торакоскопических санациях. Мы это связываем с плотным прилежанием антимикробных салфеток к стенкам полости за счет вакуума и адекватной эвакуацией экссудата. Положительным моментом послеоперационного периода является также полная герметичность послеоперационной раны и всей дренажной системы, что способствует профилактике внутрибольничных инфекций. Используемое разрежение 80 мм. рт. ст. в послеоперационном периоде ни в одном случае не привело к разрывам легкого и возникновению внутриплеврального кровотечения. Среднее количество перевязок составило 4-6 на каждого пациента. Средний койко-день составил 22 при эмпиеме и 14 при плеврите с ригидной полостью (без учета закрытия торакостомы). Летальных исходов среди пациентов с ограниченными плевральными полостями не было. Выводы. Применение вакуум-терапии в лечении эмпиемы плевры, несмотря на небольшой мировой опыт и отсутствия четких показаний и противопоказаний, является перспективным направлением. При ригидном легком данная технология позволяет расправить легкое и увеличить дыхательную поверхность с одномоментным устранением источника инфекции, тем самым избежав последующих травматичных плеврэтомии и декортикации из торакотомного доступа. Этот метод требует дальнейшего изучения и обсуждения.

446.СОВРЕМЕННОЕ ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ С ПОМОЩЬЮ МИНИИНВАЗИВНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Шабунин А.В., Парфенов И.П., Бедин В.В., Багателия З.А., Чеченин Г.М., Галаева Е.В., Равич Л.Д.

Москва

ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина

Актуальность проблемы: Несмотря на стремительное развитие хирургической и анестезиологической техники острая обтурационная опухолевая толстокишечная непроходимость (ОООТКН) относится к числу самых тяжелых состояний в экстренной хирургии. Сохраняются стабильно высокие показатели летальности при ОООТКН, которые по данным разных авторов колеблются в пределах 23-52%. Неблагоприятные исходы оперативного лечения ОООТКН во многом связаны с тяжестью состояния пациентов на поздних стадиях заболевания, подавляющее большинство больных (60-90%) поступают в сроки от 3-х суток и более от начала клинических проявлений ОООТКН. Причинами ОООТКН в 25-40% случаев является колоректальный рак, при этом у трети пациентов на момент операции определяется 4 стадия заболевания. В 16-39% наблюдений обтурационная кишечная непроходимость развивается на фоне запущенных опухолей внекишечной локализации. При этом не менее 80-90% всех пациентов, поступающих с

ОООТКН – больные старше 65 лет и практически у 100% больных сопутствующие заболевания – заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной системы. Эффективность консервативного лечения ОООТКН, включающего в себя сифонные клизмы, декомпрессию верхних отделов желудочно-кишечного тракта, инфузионную, спазмолитическую терапию крайне низка. Ранее единственным эффективным методом лечения ОООТКН являлось хирургическое вмешательство. В настоящее время, наиболее перспективными методами ликвидации ОООТКН и восстановления пассажа по толстой кишке являются эндохирургические методики. К ним относятся восстановление просвета кишки путем эндоскопической плазменной реканализации, стентирования опухолевого стеноза толстой кишки, формирования колостомы лапароскопическим методом. В ГКБ имени С.П.Боткина накоплен опыт стентирования толстой кишки у 84 больных ОООТКН. Цель исследования: оценить эффективность лечения пациентов ОООТКН с помощью колоректального стентирования. Материалы и методы: С 2008г по настоящее время в ГКБ им. С.П. Боткина госпитализировано 415 пациента ОООТКН. Всем пациентам с момента госпитализации проводился комплекс диагностических и лечебных мероприятий, направленный на точную оценку состояния больного, установление причин ОООТКН, консервативных методов ликвидации кишечной непроходимости и предоперационной подготовки. Неэффективность консервативной терапии потребовала выполнения экстренных операций. Экстренные и срочные вмешательства выполнены у 331 (79.8 %) пациентов, больным выполнены резекции левых отделов ободочной кишки, правосторонние гемиколэктомии, формирование двустольных колостом, формирование двустольных илеостом. С 2008г в клиническую практику стал внедряться способ лечения ОООТКН путем установки колоректальных стентов. Установка колоректальных стентов при ОООТКН осуществлена у 84 (20.2%) больных – пациенты составили основную группу. В контрольную группу включено 331 (79.8%) пациентов перенесших различные оперативные вмешательства. Показания к колоректальному стентированию являлись: обтурационная кишечная непроходимость в т.ч. декомпенсированная, наличие тяжелых сопутствующих заболеваний в стадии декомпенсации, обуславливающих непереносимость хирургического вмешательства, диссеминация опухолевого процесса, техническая возможность проведения проводника (диаметр просвета в зоне стеноза не менее 2 мм). Противопоказаниями к колоректальному стентированию являлись: подозрение на перфорацию опухоли, рак нижнеампулярного отдела прямой кишки. Колоректальное стентирование выполнялось в эндоскопической рентгеноперационной, во время видеоэндоскопической колоноскопии и под постоянным рентгеновским контролем с помощью ЭОП. Колоноскоп подводился к месту сужения, контрастировали зону сужения жидким водорастворимым контрастом, определяя его топикку и протяженность. После чего по каналу колоноскопа, под контролем зрения и рентгеноскопии металлический проводник проводился за зону сужения, затем по нему устанавливалась система доставки колоректального стента. Раскрытие стента контролировалось при рентгеноскопии. Восстановление проходимости толстой кишки проверялось сразу после стентирования проведением колоноскопа через просвет установленного стента в неизмененный просвет толстой кишки, расположенный проксимальнее. В первые сутки после стентирования, у пациентов отмечаются клинические признаки восстановления кишечной проходимости: начинали отходить кишечные газы, появлялся стул, иногда обильный, уменьшалось вздутие живота. В послеоперационном периоде в течение 1-2 суток пациентам проводилась коррекция водно-электролитных и белковых нарушений, анемии, лечение сопутствующих заболеваний. Больные после контрольной обзорной рентгенографии брюшной полости, в стабильном состоянии выписываются из стационара под наблюдение хирурга и онколога. Результаты: результатом установки колоректальных стентов являлось восстановление кишечной проходимости у 82 (97.6%) пациентов. В 4 (4.8%) случаях наблюдалась дислокация

колоректальных стентов. При дислокации колоректальных стентов удавалось корригировать состояние мигрированных стентов с помощью эндоскопических методов. У 19 (22.6%) пациентов, после разрешения острой обтурационной непроходимости выполнено радикальное оперативное лечение: в 9 (5.9%) наблюдениях левосторонняя гемиколэктомия с формированием первичного трансверзоректального анастомоза и в 10 (11.9%) случаях лапароскопическая передняя резекция прямой кишки с формированием десцендоректального анастомоза. В 2 (2.4%) случаях при установке колоректальных имело место перфорация распадающейся опухоли сигмовидной кишки, что потребовало в обоих случаях выполнения экстренной операции – лапаротомии, сигмоидэктомии, санации брюшной полости. Один пациент (1.19%) скончался на 2 сутки после оперативного вмешательства на фоне прогрессирования сердечно-сосудистой недостаточности, во втором случае больная с множественными метастазами в головной мозг умерла через месяц после операции на фоне нарастания неврологической симптоматики. В одном случае (1.19%) установить колоректальный стент не удалось - сужение менее 1 мм (для проводника не проходимо). Заключение: Колоректальное стентирование является высокоэффективным методом восстановления проходимости просвета толстой кишки, который позволяет избежать формирования колостомы у подавляющего большинства пациентов. Установка колоректального стента создает предпосылки для выполнения радикального оперативного вмешательства с регионарной лимфаденэктомией после ликвидации ООТКН.

447. ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ.

Аллахвердян А.С., Фролов А.В., Анипченко Н.Н.

Москва

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»

АКТУАЛЬНОСТЬ – обусловлена необходимостью оценки эффективности видеоэндоскопических операций при лечении ахалазии кардии (АК). МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: Проведен анализ результатов лечения 445 больных АК в 1996-2015 гг. У 208 (46,7%) больных лечение было начато с курсовой кардиодилатации. Операция эзофагокардиомиотомия была выполнена 274 (61,6%) больным, причем, в качестве первого метода лечения - 194 (43,6%). Лапароскопически эта операция была выполнена в 77,4% (212/274) случаев. В том числе, лапароскопическая задняя миотомия была выполнена 44 из 212 больных (20,8%). Неполная косая задне-боковая протяженная фундопликация по оригинальной методике (на 270о-320о) выполнена в 62,8% (172/274), по Дору - в 27,4% (75/274), по Ниссену – 1,5% (4/274), лапароскопическая циркулярная ненатяжная фундопликация по оригинальной методике – 8,4% (23/274). В 21,2% (58/274) случаев были выполнены симультанные операции: 1 гастро-дуоденопластика, 55 холецистэктомии, 2 парциальные резекции желудка по поводу лейомиомы. 43 (9,7%) больным было выполнено удаление пищевода с одномоментной пластикой. В 18 случаях видеоэндоскопически: 9 больным - лапароскопическим трансиатальным доступом; 9 больным – комбинированным лапароскопическим и торакоскопическим справа доступом. В 2 случаях данная операция была выполнена при подозрении на злокачественную трансформацию; в 25 - при рецидивах АК после

кардиодилатации (12) или эзофагокардиомиотомии (13); в 16 случаях – в связи с бесперспективностью органосохраняющего лечения. РЕЗУЛЬТАТЫ: Из 208 больных, которым изначально проводилась курсовая кардиодилатация – рецидивы заболевания были выявлены у 118 больных (56,7%).. Большинству, 73 (61,9%) больным этой группы была выполнена операция эзофагокардиомиотомия. У 33 (28,0%) лечение продолжено путем кардиодилатации. В 12 (11,9%) случаях была выполнена пластика пищевода. У всех больных отмечено сокращение просвета пищевода после операции эзофагокардиомиотомии. Рецидив дисфагии в отдаленном периоде был выявлен у 29 из 274 (10,6%), перенесших операцию эзофагокардиомиотомии. Причем, у всех этих больных была выполнена фундопликация по Дору. Рефлюкс-эзофагит через 6-12 мес - у 2,6% (9\274) б-х. Явления дисфагии I степени наблюдались у 3 больных и не требовали специальных мероприятий. 5 больным было проведено эффективное бужирование/кардиодилатация. Всего по поводу рецидива дисфагии после операции эзофагокардиомиотомии оперировано 21 больных. 13 больным, ранее оперированным по различным методикам, была выполнена экстирпация пищевода. В 8-ми случаях была выполнена релaparоскопия, повторная эзофагокардиомиотомия с фундопликацией. После пластики пищевода у больных АК летальность не отмечена. Несостоятельность швов пищеводного анастомоза на шее была отмечена у 2-х больных. В 1-м случае после лапароскопической трансиатальной эзофагэктомии был отмечен точечный некроз желудочного трансплантата, выявленный на 6-е сутки после операции и излеченный дренированием левой плевральной полости. В 1-м случае был выявлен стеноз эзофагогастроанастомоза - проводилось бужирование. ЗАКЛЮЧЕНИЕ. После операции эзофагокардиомиотомии отмечено незначительное количество рецидивов ахалазии кардии. Это вмешательство также высокоэффективно при лечении рецидивов после кардиодилатации. При лечении запущенных форм ахалазии кардии и ее рецидивов, связанных с осложнениями и опасностью аспирационной пневмонии, методом выбора является видеоэндоскопическая экстирпация пищевода с его одномоментной пластикой.

448.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ТОТАЛЬНАЯ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ: БЕЗОПАСНОСТЬ И ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ АДЕКВАТНОСТЬ

Карачун А. М., Пелипась Ю. В.,Петров А.С., Петрова Е. А.

Санкт- Петербург

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России

Актуальность: В 2014 году в России было зарегистрировано 26785 первичных больных раком прямой кишки (РПК), при этом более половины случаев (53%) являлись потенциально курабельными. Несмотря на успехи медикаментозной терапии, основным методом лечения РПК, по-прежнему, остается хирургический. Самым ответственным этапом низкой передней резекции прямой кишки является выполнение тотальной мезоректумэктомии (ТМЕ), принципиальное выполнение которой позволяет значимым образом уменьшить частоту локорегионарных рецидивов. Залогом правильного выполнения ТМЕ является четкая визуализация анатомических ориентиров и структур таза, что в условиях ограниченного пространства приобретает ключевое значение. Оптическое увеличение и прецизионная техника диссекции при лапароскопических

вмешательствах позволяет надеяться на совершенствование методики ТМЕ и, как следствие, на улучшение результатов хирургического лечения РПК. Цель исследования: Определить безопасность и онкологическую адекватность лапароскопической ТМЕ. Материалы и методы: В настоящем одноцентровом проспективном исследовании проанализированы результаты лечения 66 больных раком верхне- и среднеампулярного отделов прямой кишки (нижний полюс опухоли на расстоянии 5-10 см от зубчатой линии по данным ригидной ректоскопии). В исследуемую группу включено 55 пациентов, перенесших лапароскопические низкие передние резекции прямой кишки, в контрольную – 10 больных, оперированных из лапаротомного доступа. Качество ТМЕ оценивалось согласно валидизированному протоколу P.Quirke (1986). Исследуемая и контрольная группы больных были сопоставимы по полу, возрасту и характеру сопутствующей патологии. Результаты: Объем кровопотери при видеоассистированных операциях оказался меньше, чем при открытых (98 ± 70 мл против 270 ± 166 мл, $p < 0,05$). Качество ТМЕ в группе лапароскопических вмешательств признано хорошим у 43 больных (78%), удовлетворительным - в 11 случаях (20%) и у 1 больного (2%) – неудовлетворительным, тогда как при открытых вмешательствах качество ТМЕ оказалось хорошим у 7 больных (70%) и неудовлетворительным - в 3 случаях (30%). Среднее количество удаленных лимфатических узлов в группе лапароскопических вмешательств составило 11 ± 7 , в группе открытых операций 11 ± 10 ($p > 0,05$). Циркулярный край резекции оценен как положительный (≤ 1 мм) у пяти больных (9%) из группы лапароскопических вмешательств и у трех больных (30%) из группы открытых операций ($p > 0,05$). У всех больных проксимальный и дистальный края резекции были отрицательными. Осложнения в послеоперационном периоде в группе лапароскопических вмешательств диагностированы у 14 пациентов (25%), при этом у 9 больных (16%) выявлена несостоятельность швов сигморектоанастомоза. В группе открытых операций послеоперационные осложнения выявлены у 3 (30%) пациентов, при этом несостоятельность швов анастомоза диагностированы у 2 (20%) пациентов. Летальных исходов в исследуемой и контрольной группах не было. Выводы: Таким образом, лапароскопические вмешательства сопоставимы с открытыми по объему кровопотери, длительности операции, частоте послеоперационных осложнений и являются онкологически адекватными.

449. Оптимизация эндоскопической торакокаустики при наложении искусственного пневмоторакса у больных туберкулезом легких.

Черкасов М.Ф.(1), Кротов Ю.П.(2), Саенко С.С.(1)

Ростов-на-Дону

1) РостГМУ, 2) ГБУ РО "СТБ"

Лечение туберкулеза с различными вариантами лекарственной устойчивостью с каждым годом приобретает все более актуальный характер, что связано с низкой эффективностью противотуберкулезной химиотерапии. В этой связи, вновь возвращает утраченные позиции использование коллапсотерапевтических методов, одним из них которых является искусственный пневмоторакс. Наиболее безопасным и эффективным наложением искусственного пневмоторакса является эндоскопическая торакокаустика. Однако, помимо деликатного выделения легкого из

плевральных сращений, учитывая отсутствие отрицательного давления после операции в плевральной полости, необходима её максимально возможная герметизация. Минимизация травматичности вмешательства и хороший герметизм создают оптимальные условия для формирования лечебного пневмоторакса, психологического благополучия пациентов и снижение риска осложнений. Цель: определить оптимальный вариант эндоскопической торакокаустики и герметизации плевральной полости с последующим наложением различных вариантов искусственного пневмоторакса. Материалы и методы. На основании проведенного ретроспективного анализа 57 стационарных карт больных деструктивным туберкулезом легких, пролеченных на базе ГБУ РО «Специализированная туберкулезная больница», выделены четыре группы пациентов: 1 – с использованием в диссекции тканей электрохирургического и лазерного оборудования и герметизацией полости интраплевральным герметизирующим швом (наложение шва интраплеврально с обязательным захватом париетальной плевры, внутригрудной фасции и всех межреберных мышц); 2 – острый пневмолиз с аппаратным гемостазом и герметизацией экстраплевральным герметизирующим швом (наложение герметизирующего шва через мышечные и фасциальные слои с захватом межреберных мышц); 3 – с использованием в диссекции тканей электрохирургического и лазерного оборудования и герметизацией полости экстраплевральным герметизирующим швом (ЭГШ); 4 - острый пневмолиз с аппаратным гемостазом и герметизацией интраплевральным герметизирующим швом (ИГШ). В 1 группу включены – 24 пациента (42,1%), во 2 – 9 (15,8%), в 3 – 15 (26,3%), в 4 – 9 (15,8%). Достоверных различий в результатах лечения по полу и возрасту не отмечено. Пациенты с значимой сопутствующей патологией в выборку не включались. Аппаратная диссекция тканей производилась электрохирургическими генераторами Valleylab в режиме коагуляции 35-45 Вт и резания 30-35 Вт, а также диодным лазером Лазермед-30 с длиной волны 1064 нм контактным способом в непрерывном режиме мощностью 15-30 Вт. Для наложения герметизирующих швов использовался рассасывающийся шовный материал. Критериями эффективности сочетания методик являлись: отсутствие подкожной и межмышечной эмфиземы, рентгеноскопически и манометрически контролируемый коллапс легкого. Хорошим результатом считались отсутствие межмышечной эмфиземы, либо её локальное не выраженное наличие в пределах области места установки торакопортов, а нейтральное давление в полости сохранялись до 5 дней в ближайшем послеоперационном периоде. Удовлетворительным результатом считались наличие подкожной и межмышечной эмфиземы в пределах половины грудной клетки со стороны операции, а также внутриплеврального давления до -4– -6 мм водного столба и сохранение коллапса легкого до 2-5 дней. Неудовлетворительным результатом считались наличие выраженной эмфиземы, сопровождающейся расправлением лёгкого, требующего инсуфляции газа на следующий после операции день, давящих повязок и даже временной приостановки инсуфляций при появлении злокачественной эмфиземы. Результаты исследования. В 1 группе хорошие и удовлетворительные результаты получены у 22 пациентов (91,7%). 1 случай неудовлетворительного течения послеоперационного периода связан со значительными нарушениями лечебно-охранительного режима пациентом, другой – с острым прогрессированием туберкулеза и развитием напряженного пневмоторакса спустя 16 дней после торакокаустики. В 2 группе – хорошие и удовлетворительные результаты зарегистрированы у 5 пациентов (55,5%), в остальных случаях даже при соблюдении лечебно-охранительного режима приходилось прибегать к использованию давящих повязок, ежедневных инсуфляций газа в плевральную полость до 14 дня и, даже, отказу от инсуфляций до наступления герметизма. В 3 группе – хороших и удовлетворительных результатов удалось добиться у 11 пациентов (73,3%), а в 4 - у 7 (77,8%). Динамическое наблюдение в течение 4-6 месяцев выявило развитие осложнений у 5 больных (8,7%) из всех групп, пациенты которых не получили хорошей и удовлетворительной степени герметизации, а также искусственный

пневмоторакс поддерживался воздухом по стандартной методике. Выводы. Вне зависимости от методики, при условии сохранения целостности легочной ткани, герметизация наступает в среднем через 2 недели после торакокаустики, однако количество осложнений при дальнейшем воздействии искусственным пневмотораксом за счет отсутствия герметичности плевральной полости в этот срок повышается до 8,7%. С целью герметизации плевральной полости при лечении больных туберкулезом легких методом искусственного пневмоторакса использование аппаратного пневмолиза и ИГШ является методом выбора.

450. Особенности оперативного доступа при лапароскопической холецистэктомии

Смирнов Д.А., Хоронько Ю.В.

Ростов-на-Дону

РостГМУ

Цель работы. Улучшение результатов лечения больных с острым и хроническим холециститом путем использования при лапароскопической методике индивидуального оперативного доступа. Материалы и методы. В клинике Ростовского государственного медицинского университета с применением индивидуального лапароскопического доступа нами оперировано 50 больных: из них с острым холециститом – 16 больных, с хроническим – 34 больных. Предоперационное обследование больных дополнялось определением типа телосложения согласно методике, описанной Д.Б. Бековым (1988). При долихоморфном типе точку введения 1-го троакара определяли, как точку, находящуюся на 2 см ниже пупка по средней линии, точку введения 2-го троакара – как точку, расположенную на границе верхней и средней трети расстояния между мечевидным отростком грудины и пупком на 2 см левее средней линии, точку введения 4-го троакара – как точку, лежащую на передней подмышечной линии на 3 см ниже пупка. При мезоморфном типе точку введения 1-го троакара определяли, как точку, находящуюся на 2 см выше пупка по средней линии, точку введения 2-го троакара – как точку, расположенную на границе верхней и средней трети расстояния между мечевидным отростком грудины и пупком по средней линии, точку введения 4-го троакара – как точку, лежащую на передней подмышечной линии на уровне пупка. При брахиморфном типе точку введения 1-го троакара определяли, как точку, находящуюся на 5 см выше пупка по средней линии, точку введения 2-го троакара – как точку, расположенную на границе верхней и средней трети расстояния между мечевидным отростком грудины и пупком на 2 см правее средней линии, точку введения 4-го троакара – как точку, лежащую на передней подмышечной линии на 3 см выше пупка. Результаты. Ни в одном случае интра- и послеоперационных осложнений не было зафиксировано. Ретроспективный анализ 60 историй болезни больных, которым выполнялась лапароскопическая холецистэктомия с оперативным доступом по общепринятой методике, показал, что интраоперационные осложнения были у 20 % больных: из них у 3-х больных – повреждение сосудов брюшной стенки, у 9-ти больных - кровотечение из пузырной артерии и ее ветвей. Послеоперационные осложнения в виде инфильтратов брюшной стенки зарегистрированы у 3 больных, что составило 5% от общего числа больных. Выводы. Индивидуальный способ оперативного доступа при лапароскопической холецистэктомии прост в применении и существенно сокращает количество интра- и

послеоперационных осложнений. В совокупности это позволяет повысить качество хирургической помощи этой категории больных.

451. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТРЕНАЖЕРОВ В ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКЕ ХИРУРГОВ

Влахов А.К., Старосек В.Н., Фомочкин И.И., Бобков О.В., Хилько С.С., Гринческу А.Е., Бутырский А.Н., Скоромный А.Н.

Симферополь

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Современная технологичная хирургия предъявляет особые требования к системе последиplomного обучения. Освоение базовых хирургических навыков для начинающих специалистов в безопасной среде и овладение сложными оперативными приёмами опытными хирургами без риска для пациента является важной задачей в системе подготовки врача-хирурга. Использование виртуальных компьютерных симуляторных комплексов призвано повысить уровень профессионального мастерства и практических навыков молодых хирургов, однако высокая стоимость препятствует широкому оснащению ими хирургических кафедр. В условиях отсутствия тренажеров промышленного производства на кафедре хирургических болезней факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования Крымской медицинской академии в 2012г. оборудован кабинет для отработки практических мануальных навыков, оснащенный эндовидеохирургическими и эхонавигационными тренажерами собственного изготовления. В учебные аудитории выведена видеотрансляция из операционного блока в реальном времени. В 2013-2015г.г. на кафедре прошли последиplomное обучение 275 курсантов и 68 интернов и клинических ординаторов. Эндовидеохирургические тренажеры представляли собой закрытые коробки с отверстиями для троакаров и инструментов, подсветкой и механизмом фиксации предметов, биологических тканей или их имитаторов. Видеосопровождение осуществляли посредством вэб-камеры высокого разрешения на мониторе компьютера. Для обучения использовали стандартный лапароскопический инструментарий. Базовый учебный модуль включал последовательные упражнения: зрительное восприятие и пространственную ориентацию; координацию работы двумя инструментами; фиксацию, перемещение, введение и выведение объектов; диссекцию, клипирование и пересечение трубчатых и плоских структур. Следующий уровень тренинга был направлен на овладение основ лапароскопической техники: отработку способов завязывания узлов; прошивание и протягивание иглы; наложение узловых и непрерывных видов шва; формирование анастомозов; применение эндопетли. Для этого использовали биологические ткани птиц и животных (желудок, кишечник, печень и др.). Интерны, клинические ординаторы и курсанты, прошедшие тренажерный курс, успешно овладевшие индивидуальными базовыми техническими навыками, привлекались к лапароскопическим операциям в качестве ассистентов. На этом этапе практического обучения слушателей ориентировали на слаженность и чёткое

взаимодействие оператора и ассистента в составе операционной бригады. Тренажеры для эхонавигационных интервенций представляли собой пластиковые контейнеры, заполненные желатином. Для создания фантомных моделей простой кисты и тканевого очага в желатине располагали, соответственно: латексную перчатку, наполненную водой и герметизированную; мелкие овощи и фрукты. Контейнер охлаждали до застывания желатина. На эхонавигационных тренажерах обучаемые последовательно проходили отработку практических навыков, по возрастанию уровня сложности. Базисный уровень предусматривал прицельное позиционирование мишени, сонометрирование и расчёт оптимальной пункционной траектории, тонокоигольную пункцию очага с использованием направляющей насадки на датчик, правильное удержание датчика неосновной рукой, инструмента – доминантной рукой. На следующем уровне тренинга ставили задачу поэтапного освоения техники эхонавигационных интервенций: аспирационно-санационных пункционно-дренажных процедур, трепан-биопсий, химиодеструкций. Важное внимание обращали на овладение навыками непрерывного совмещения траектории движения инструмента и плоскости сканирования при вмешательствах «свободной рукой». Для обучения использовали портативный ультразвуковой сканер «Миндрей М5», набор игл и дренажей разного калибра. Минимальное количество расходных материалов позволяло обучаемым выполнять на виртуальных тренажерах любое количество повторов, единственным ограничением являлось продолжительность учебного занятия. Результативность выполненных практических упражнений оценивали в балльной системе. Прохождение интернами, клиническими ординаторами и врачами-курсантами виртуальных тренингов позволило адаптировать технику базовых навыков обучаемых к реальным условиям работы за операционным столом, способствовало снижению количества ошибок при выполнении ими ассистенций и первых самостоятельных вмешательств, сокращению продолжительности операции. Прошедшие симуляционный курс испытывали меньшую психологическую нагрузку и большую уверенность при выполнении первых самостоятельных вмешательств, демонстрируя высокую точность манипулирования инструментами и скорость принятия решений. Предложенная концепция предоставляла начинающим хирургам теоретическую и практическую готовность самостоятельно выполнить стандартное лапароскопическое либо эхонавигационное вмешательство, отдельные его этапы при неосложненном течении заболевания. Коллектив кафедры хирургических болезней факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования Крымской медицинской академии представлен высококвалифицированными хирургами, имеющими богатый педагогический опыт, владеющими методологическим ресурсом подготовки хирургов. Оснащение кафедры (располагающей базой хирургических отделений многопрофильной клинической больницы (ГБУЗ РК «СКБ СМП № 6»), работающей в режиме скорой помощи, обеспеченной лапароскопическим и ультразвуковым оборудованием и инструментарием в необходимом объеме), современными виртуальными видеолапароскопическим и эхонавигационным комплексами промышленного изготовления позволит поднять качество подготовки врачей хирургических специальностей региона на принципиально новый уровень.

452. Наш опыт лапароскопической постановки перитонеального диализного катетера

Михайличенко В.Ю., Каракурсаков Н.Э.

Симферополь, Республика Крым

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского

Общеизвестные преимущества лапароскопических вмешательств: снижение риска интраоперационного повреждения органов брюшной полости, уменьшения травматичности самих операций, сокращение послеоперационного реабилитационного периода, экономическая целесообразность, возможности раннего начала/возобновления ПД. Лапароскопическая постановка перитонеального катетера (ПК) благодаря возможности визуального контроля является методом выбора у больных с ожирением и у больных ранее перенесших операции на органах брюшной полости, а возможность одномоментной фиксации ПК при его лапароскопической постановке является профилактикой его дислокации. До настоящего времени гемодиализ остается наиболее распространенным методом лечения терминальной уремии, с помощью которого поддерживается жизнь более 700000 больных с необратимо утраченной функцией почек. Однако во многих странах широкое использование гемодиализа сдерживается необходимостью значительных первоначальных затрат на приобретение аппаратов "искусственная почка", установок очистки воды и в последующем на одноразовый материал - гемодиализаторы, магистрали, фистульные иглы и т.д. Перитонеальный диализ, не уступая последнему в эффективности, является альтернативой гемодиализу и получает все большее распространение благодаря значительно меньшей стоимости. Нами используется модифицированная методика постановки перитонеального катетера для диализа, которая заключается в следующем. Сущность изобретения состоит в том, что в способе установки катетера для проведения перитонеального диализа, включающем проведение лапароскопии, висцеролиза при наличии послеоперационных спаек и введение катетера в область малого таза. После наложения карбоксиперитонеума в надпупочной области по средней линии вводим троакар 10мм для видеокамеры, по левому краю прямой мышцы живота вводим порт 5 мм для инструмента. Отступя на 2 см от пупка вправо делаем разрез кожи вставляем троакар 10 мм, затем выполняем туннель до средней линии живота и ниже пупка входим в брюшную полость. Через данный троакар вводим перитонеальный катетер, 1 манжетка прекрасно сама фиксируется в отверстии троакара, выводим троакар из данного отверстия передней брюшной стенки и вводим его не выводя из кожного разреза ближе к наружному краю прямой мышцы. Затем вводим инструмент для фиксации, фиксируем катетер к передней брюшной стенке и далее с помощью стилета выводим наружный конец катетера на переднюю брюшную стенку в правой подвздошной полости. Данный способ подтвердил свою эффективность, безопасность и рациональность постановки.

453.Лапароскопическая и открытая эхинококкэктомии из печени: показания и результаты.

Осумбеков Б.З., Чокотаев М.А., Осумбеков Р.Б.

Ош, Кыргызская Республика

Ошская межобластная объединенная клиническая больница

Актуальность. Многие десятилетия хирургическое вмешательство являлось единственным и по настоящее время остается основным методом лечения эхинококкоза. В последние годы появились работы, посвященные лечению ЭП (эхинококк печени) с помощью эндовидеохирургических технологий. Однако данные об эффективности и безопасности применения приведенных высоких технологий нередко противоречивы и основаны на малом количестве наблюдений. Целью работы является сравнительный анализ и оценка результатов лапароскопической и традиционной эхинококкэктомии. Материал и методы. Настоящее сообщение основано на анализе результатов оперативного лечения 68 больных с ЭП в период с 2010-2015 года, из них в 33-х (48,5%) случаях выполнена лапароскопическая холецистэктомия (I группа), в 35 (51,5%) случаях – открытая эхинококкэктомия (II группа). У всех 68 больных эхинококковая киста была солитарной и локализовалась в S II-III-IV-V-VI, т.е. по локализации и размерам в обеих группах были одинаковые. Размеры эхинококковых кист колебались от 42 до 86 мм. Всем больным на дооперационном этапе проводили комплексное обследование, включавшее общеклинические и биохимические анализы крови и мочи, коагулограмму, группу крови и резус-фактор, ЭКГ, рентгенографию органов грудной клетки, УЗИ. Лапароскопические операции произведены с использованием эндоскопической стойки Эфа-Медика (Санкт-Петербург, Россия) с полным набором эндохирургических инструментов. С гермицидной целью в обеих группах наблюдения применяли 30% раствор хлорида натрия и 96° этиловый спирт с экспозицией 10-15 минут. При лапароскопической эхинококкэктомии остаточную полость дополнительно обрабатывали аргонно-плазменной коагуляцией. Результаты и обсуждение. В обеих группах во время оперативного вмешательства осложнений не было. Длительность лапароскопической эхинококкэктомии колебалась от 30 до 90 минут, в среднем 48,5 минут. У 3 больных с эхинококковыми кистами печени и наличием желчнокаменной болезни (произведена и холецистэктомия) продолжительность операции составила от 60 до 90 минут. В первой группе осложнения отмечены у 2 больных, у которых отмечалось желчеистечение, которые самостоятельно прекратились на 6 сутки и 12 сутки после операции. Во второй группе у 26 больных дренажная трубка находилась от 15 дней до 2 месяцев. Во второй группе осложнения отмечены у 12 (34,2%; $p < 0,05$) больного (в 4-х случаях желчеистечение, 2-х случаях – нагноение раны, в 5 наблюдениях нагноение остаточной полости и в 1 случае пневмония). В отличие от традиционной эхинококкэктомии болевой синдром после лапароскопической операции был минимальным, адекватно купировался обычными анальгетиками и не требовал применения наркотических препаратов. Средняя длительность пребывания больных в стационаре после лапароскопической операции составила 6,6 к/дня, а после открытой эхинококкэктомии – 10,4. Выводы. Таким образом, сравнительный анализ результатов оперативного лечения эхинококкоза печени позволяет констатировать, что лапароскопические технологии имеют большое преимущество перед традиционными операциями: малая травматичность, ранняя активизация больных, снижение количества послеоперационных осложнений, уменьшение пребывания пациентов в стационаре. Накопленный нами опыт использования лапароскопической эхинококкэктомии позволяет рекомендовать данный метод лечения к более широкому применению по строго обоснованным показаниям.

454. РОЛЬ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ В ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ

Осумбеков Б.З., Чокотаев М.А., Осумбеков Р.Б.

Ош, Кыргызская Республика

Ошская межобластная объединенная клиническая больница

Актуальность работы. Эффективность лечения эхинококкоза печени, связана со своевременной и правильной диагностикой заболевания. Одним из наиболее перспективных методов диагностики эхинококкоза в настоящее время считается ультразвуковое исследование (УЗИ), позволяющее в большинстве случаев установить диагноз заболевания, а также определить показания к лапароскопической эхинококкэктомии (ЛЭ). Цель работы: оценить роль ультрасонографии в топической диагностике кист печени и определении показаний для лапароскопической эхинококкэктомии. Материал и методы. Настоящее исследование основано на анализе 41 клинического наблюдения с эхинококкозом печени, которому была выполнена ЛЭ в Ошской межобластной объединенной клинической больнице за период с 2010 года по 2015 г. Возраст больных колебался от 18 до 63 лет. Мужчин было 24 (58,5%), женщин – 17 (41,5%). Размеры эхинококковых кист колебались от 42 до 86 мм, в 29 (70,7%) случаях от 42 до 72 мм. Только в 2 наблюдениях размеры кист превышали 80 мм. В 6 случаях эхинококковые кисты располагались в левой доле печени (2-3 сегменты), в 8 случаях в проекции 4 сегмента, в 15 случаях в 5 сегменте и в 2 случаях в проекции 6 сегмента. У 24 (58,5%) больных эхинококковые кисты были однокамерные, без нагноения, в остальных случаях с эхопризнаками нагноения. Нами применяются ультразвуковые сканеры «Voluson 530D», «Aloka SSD 725» с линейными и конвексными датчиками с частотой излучения 3,5 и 5 МГц. Результаты и обсуждение. Всем больным на дооперационном этапе выполнялась ультрасонография печени, что позволяла судить о размерах эхинококковой кисты, ее количестве, локализации по сегментам печени и взаимоотношении с внутривнутрипеченочными трубчатыми структурами. Основываясь на большом научном и практическом опыте применения ультрасонографии, нам удалось повысить эффективность хирургического лечения эхинококкоза печени, внедрив лапароскопический метод, за счет дифференцированного отбора пациентов с данной патологией. Такая избирательная тактика позволила нам исключить специфические интра- и послеоперационные осложнения ЛЭ, начиная на этапе ее освоения и внедрения. Всем 41 больным было произведено ЛЭ. Длительность операции составила от 30 до 90 минут. У четырех больных попутно произведена холецистэктомия. У 2 больных по дренажам в послеоперационном периоде начала отделяться желчь, которая прекратилась на 12 сутки у одной и на 16 у второй больной. Отдаленные результаты были изучены у 17 больных, сроки обследования от 3 месяцев до 4-х лет. Клинико-инструментальных данных за рецидив заболевания и наличие гнойных осложнений со стороны остаточной полости не обнаружено. У 2 больных при УЗИ обнаружены остаточные полости гомогенным содержимым размерами до 26 мм, а у остальных отмечена полная ликвидация кисты. Вывод. Таким образом, УЗИ отводится важная роль в объективной интерпретации характеристик эхинококковой кисты, что имеет решающее значение при определении хирургического доступа и планировании вида операции (лапаротомия/лапароскопия), а также предположить возможные интраоперационные осложнения.

455. Интервенционная сонография в лечении осложненных форм альвеококкоза печени.

Осумбеков Б.З., Жунусов А.Т., Осумбеков Р.Б., Батиров Ж.Р.

Ош, Кыргызская Республика

Ошская межобластная объединенная клиническая больница

Актуальность. По данным Министерства здравоохранения Кыргызской Республики в нашей стране отмечается тенденция к росту альвеококкоза печени. Алайская и Чон-Алайская районы Ошской области Кыргызской Республики являются эндемическими зонами, где также заболеваемость альвеококкозом, в том числе осложненных форм, растет. В связи с бессимптомным течением заболевания, быстрым ростом в сторону основных сосудов печени и поздним обращением пациентов увеличивается количество рекомендованных больных к трансплантации печени из-за неоперабельности пациентов, которая не по силу многим. Целью исследования является оценка результатов интервенционной сонографии в лечении осложненных форм альвеококкоза печени с местным применением антипаразитарных препаратов (альбендазола). Материалы и методы исследования. В настоящем сообщении приведены данные результатов чрескожного чреспеченочного дренирования (ЧЧД) распадающихся альвеококкозов печени с комбинированием местного применения альбендазола и пероральным приемом этого же препарата у 5 больных. У всех 5 больных при ультразвуковом исследовании (УЗИ) и компьютерной томографии (КТ) были обнаружены альвеококкозы печени с прорастанием в ворота и кавальные ворота печени. Размеры альвеококкоза варьировались от 8 см до 13 см. 3 больным из 5 ранее проводились операции по поводу альвеококкоза печени: 1 больному проведена лапаротомия, ревизия, 2 больным условно радикальные операции из-за прорастания альвеококкоза в ворота и кавальные ворота печени. ЧЧД распадающегося альвеококкоза печени были проведены под контролем УЗИ. После проведения ЧЧД альвеококкоза, полость неоднократно промывали антисептическими растворами и полость вводили альбендазол по 0.4 грамма, растворенную в 10 мл физиологического раствора с экспозицией в течении 15-20 минут в течении 5-6 месяцев. Наряду с местным применением антипаразитарного препарата, пациенты перорально принимали альбендазол по 0.4 грамма 2 раза в день в течении 28 дней с 14 дневным перерывом в течении 8 месяцев. Результаты и обсуждения. Всем больным после проведенного обследования (УЗИ, КТ, ЯМРТ, общие и биохимические анализы) и подготовки было произведено чрескожное дренирование распадающегося альвеококкоза печени. Больные находились под наблюдением от 3 лет до 6 месяцев. После проведенного лечения из 5 больных у 2 больных отмечается резкое уменьшение размеров альвеококкоза печени по сравнению с предыдущими данными УЗИ и КТ (размеры до проведенного лечения колебались от 12 см и менее, после проведенного лечения – 6,5 см и 3,5 см), также наблюдается отсутствие клинических проявлений в виде желтухи, болевого синдрома и повышения температуры тела через 1 месяц после начала лечения. Остальным 3 больным из 5 так же провели ЧЧД под контролем УЗИ и применяем местное антипаразитарное лечение, в динамике отмечается также уменьшение размеров альвеококкоза печени и исчезновение клинических проявлений. Выводы. Таким образом, ультразвуковое исследование и компьютерная томография являются наиболее достоверными и информативными методами диагностики альвеококкоза печени и в неоперабельных случаях чрескожные вмешательства под контролем ультрасонографии с комбинированием перорального приема антипаразитарных препаратов и местным применением, являются методом выбора для улучшения качества и продления жизни больных.

456.Результаты холецистэктомий в рамках ПХЭС

Воронков Д.Е., Михайличенко В.Ю., Кисляков В.В.

Симферополь

«Медицинская академия имени С.И. Георгиевского» ФГАОУ ВО «Крымский Федеральный Университет им. В.И. Вернадского» г. Симферополь.

Цель исследования: Проанализировать причины развития ПХЭС после эндоскопических холецистэктомий. Материалы и методы: Под наблюдением находилось 2346 пациентов в возрасте от 15 до 84 лет. Хронический холецистит 1936 больных (82,5%), острый - 410 (17,5%), при этом калькулез отмечен у 1902 (98,2%). Бескаменный холецистит – 34 (1,8%), холестероз с полипами желчного пузыря 13 (0,7%). Результаты: Для изучения отдаленных результатов после лапароскопической холецистэктомии в сроки от 6 месяцев до 10 лет были получены опросные анкеты от 337 пациентов. При этом установлено, что у 84 (24,9%) больных были различные проявления постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС). При детальном изучении клинических случаев приведших к проявления ПХЭС было установлено, что причины, которые не были устранены при первичном вмешательстве (резидуальный холедохолитиаз, стенозирующий папиллит, дуоденостаз механического генеза) отмечены у 14 (16,7%) пациентов; изменения, которые возникли вследствие хирургического вмешательства (синдром длинной культи пузырного протока) – 5 (5,9%); поражение органов гепатопанкреатодуоденальной зоны в результате длительного камненосительства и не устраненные операцией (гепатит, холангит, хрон.панкреатит, гастродуоденит) – 34 (40,5%); органические заболевания других органов не связанные с заболеванием желчного пузыря (язвенная болезнь, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, колиты) – 11 (13,1%); функциональные нарушения желчных путей и двенадцатиперстной кишки (дискинезии желчных путей) зарегистрированы у 10 (11,9%) больных. Безусловно, в не зависимости от причины возникновения ПХЭС для каждого конкретного пациента требовался индивидуальный подход коррекции с дополнительными материальными затратами пациента, что не украшает хирургический коллектив. Проблема развития, устранения проявлений ПХЭС достаточно актуальна, плохо реализуется на местах в силу дорогостоящих методик, что не позволительно стандартному лечебному учреждению Украины. Выводы: Выставления показаний к лапароскопическим холецистэктомиям, в особенности при хронических формах требует более четких критериев. Необходимо более детальное обследования пациентов для исключения множества причин, которые приводят к развитию ПХЭС и требуют коррекции при выполнении первичного вмешательства.

457.Выбор метода лапароскопической фундопликации и пластики пищеводного отверстия диафрагмы при грыжах.

Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Воленко И.А., Анипченко Н.Н., Фролов А.В., Анипченко С.Н.

Москва

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»

АКТУАЛЬНОСТЬ: совершенствование тактики и технических аспектов лапароскопических операций при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы. **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В 2005-2015 гг. лапароскопически было оперировано 305 больных со скользящими грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. (М/Ж=133/172; средний возраст 59,5 лет). У 166 (54,4%) пациентов - кардиальные грыжи, у 139 (45,6%) – кардиофундальные. Вторичное укорочение пищевода было выявлено у 76 (24,9 %) больных (I степени - у 45 (14,8%); II степени – у 31 (10,2%)). Лапароскопические антирефлюксные операции выполнялись в 43 (14,1%) случаях после предшествовавших вмешательств на органах брюшной полости. В 15 (4,9%) случаях причиной релапароскопической операции послужили рецидивы грыжи пищеводного отверстия диафрагмы или рефлюкс-эзофагита. В 171 (56,1%) случаях была выполнена задняя крурорафия, в 4 (1,3%) – передняя; в 8 (2,6%) - сочетание задней и передней крурорафии. В 80 (26,2%) случаях – задняя аллопластика пищеводного отверстия диафрагмы. Отметим, что 42 (13,8%) больному при укорочении пищевода крурорафия не выполнялась. При укорочении пищевода 2 степени фундопликационная манжета не фиксировалась к диафрагме. Циркулярная фундопликация выполнена 279 (91,5%) больным (по Ниссену – 109, симметричная протяженная - 170); по Тупе - 8 (2,6%); по Дору – 4 (1,3%); неполная косая задне-боковая фундопликация – 14 (4,6%). В 42 (13,1%) случаях - симультанная холецистэктомия. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** Летальных исходов не было. Дисфагия после операции была выявлена только у 4,6% (5/109) больных после фундопликацию по Ниссену. В 1 случае потребовалась реоперация с реконструкцией фундопликационной манжеты по Тоупе. Повторно были оперированы 5,6 % (17) больных. В 12 (3,9 %) случаях причиной релапароскопии стал рецидив рефлюкс-эзофагита, была повторно сформирована циркулярная фундопликационная манжета. У 5 (1,6%) больных, оперированных по поводу параэзофагеальных ГПОД, причиной повторной операции был рецидив грыжи. Была выполнена релапароскопия, повторная фиксация фундопликационной манжеты. Во всех случаях повторные лапароскопические антирефлюксные операции связаны с хорошим результатами - в сроки наблюдения более 1 года рецидивов не отмечено. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Лапароскопическая циркулярная фундопликация – полноценный метод лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы, в т. ч. при укорочении пищевода и рецидивах заболевания. Методика пластики пищеводного отверстия диафрагмы зависит от степени его расширения и выраженности укорочения пищевода. Аллопластика пищеводного отверстия диафрагмы современными материалами уменьшает болевой синдром после операции и уменьшает число рецидивов грыж.

458.ОБОСНОВАНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ЗАДНЕМ СРЕДОСТЕНИИ

Черкасов М.Ф., Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Красенков Ю.В., Сухая Ю.В.

Ростов-на-Дону

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет».

Цель работы. Улучшить результаты хирургического лечения больных с заболеваниями заднего средостения на основании топографо-анатомических исследований с применением видеоторакоскопической техники. Материалы и методы. Хирургическая анатомия средостения изучена на 40 трупах людей обоего пола в возрасте от 22 до 60 лет, умерших от причин, не связанных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, органов средостения и позвоночника. Клинический раздел работы был выполнен на 68 больных, оперированных как открытым, так и видеоторакоскопическим способом. По поводу доброкачественных опухолей и кист заднего средостения оперировано 14 (21%) пациентов, с дивертикулами пищевода - 14 (21%), при ангиоспастических заболеваниях с преимущественным поражением сосудов верхних конечностей - 40 (58 %) пациентов. Результаты исследования. Нами разработан оригинальный способ выполнения торакоскопических операций, который выполняется следующим образом. 1. Укладка больного – 60° под углом, открытым к передней поверхности тела, валик не используется. 2. Положение оператора - лицом к передней поверхности тела пациента. 3. Положение монитора - напротив оператора, то есть со стороны задней поверхности тела пациента. Основываясь на наших исследованиях, для брахиморфного и мезоморфного типов телосложения мы использовали следующее расположение торакопорта для видеоторакоскопа - в IV межреберье по передней аксиллярной линии. При операциях на верхнем отделе заднего средостения два инструментальных торакопорта располагаются в III межреберье по средней аксиллярной линии и в V межреберье по задней аксиллярной линии. При операциях на нижнем отделе заднего средостения видеоторакоскоп находится там же (в IV межреберье по передней аксиллярной линии), а инструментальные торакопорты располагаются в V межреберье по средней аксиллярной линии и в III - по задней аксиллярной линии. Для достижения наилучшего доступа к заднему средостению при долихоморфном типе телосложения инструментальные торакопорты смещаются: для верхнего отдела заднего средостения в IV межреберье по средней аксиллярной линии и в VI межреберье по задней аксиллярной линии. Видеоторакопорт необходимо располагать в V межреберье по передней аксиллярной линии. При операциях на нижнем отделе заднего средостения инструментальные торакопорты располагаются в IV межреберье по задней аксиллярной линии и в V по средней аксиллярной линии. Видеоторакопорт необходимо располагать в IV межреберье по передней подмышечной линии. Проведенный анализ объективных критериев доступа показывает, что при общепринятой и предложенной методике укладки больного различия в угле операционного действия незначительны (в среднем 80° против 85° (р

459.Травма промежности в родах, как фактор в развитии пролапса гениталий

Вазенмиллер Д.В., Абатова Н.Т.

Казахстан. Караганда

Карагандинский государственный медицинский университет

Проблема акушерского травматизма мягких тканей половых путей в родах и его неблагоприятных последствий для организма женщины до настоящего времени остается одной из важных в акушерстве и гинекологии. Частота травматизма мягких тканей не имеет тенденции к снижению и составляет 10,2-39%. Цель исследования: оценить влияние вагинальных родов, как одного из факторов развития пролапса гениталий. Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ стационарных историй болезней 60 пациенток с пролапсом гениталий II-IV степени. При сборе анамнестических данных обращалось внимание на паритет родов, вес плода, метод родоразрешения (вагинальные или оперативные), осложнения течения родового акта, разрывы промежности II,III и IV степеней. Результаты и обсуждение. Было выявлено следующее: 81% (48) пациенток имели 2 более родов в анамнезе, 95% (45) которых родоразрешались через естественные родовые пути. В 46%(28) роды закончились рождением плода весом более 4кг. 83% (49) всех исследуемых имели место вагинальные роды, из них у 28% (13) роды осложнились разрывом промежности II степени, у 61% (32) III степени и у 11% (4) наблюдались разрывы IV степени. У 78%(8) имевших в анамнезе оперативное родоразрешение (кесарево сечение), операция проведена в первом периоде родов. У 75%(45) наблюдалось осложнение течение родового акта, в виде слабости родовой деятельности 37% (17) и слабости потужного периода 63% (28). В обоих случаях применялся окситоцин для индукции родового процесса. В этой подгруппе у 63%(29) наблюдались разрывы промежности: II степени - 51%(15), III степени - 47%(13) и IV степени - 2%(1). Проведенное исследование выявило, что влагалищные роды являются мощным фактором, травмирующим тазовое дно. В исследовании 81% пациентов имели более двух родов в анамнезе, что говорит о том: чем выше паритет, тем более вероятно развитие генитального пролапса в последующем, даже при отсутствии травм промежности. Также следует отметить, что и экстренное кесарево сечение 78% (8), проводимое в первом периоде родов, не защищает от развития пролапса гениталий. Вагинальные роды, закончившиеся рождением плода более 4кг 46% (28) ухудшают прогноз развития пролапса тазовых органов. Разрывы промежности в родах 83% (49) обуславливает дефект тазовой диафрагмы, то есть, в большинстве случаев пролапс начинает формироваться сразу после родов. Выводы. Результатом нашего исследования является доказательство того, что акушерская травма промежности является ведущим пусковым фактором в инициации и развитии несостоятельности тазового дна, приводящего к развитию пролапса тазовых органов.

460. АКТИВНОСТЬ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ, ВОЗНИКШИХ НА ФОНЕ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗА

Колесниченко А.А.

Ростов-на-Дону

ГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет, МБУЗ «ГБСМП г. Ростова-на-Дону»

Возникновение язвенного кровотечения на фоне пилородуоденального стеноза наблюдается у 4,2-29,6% пациентов с осложненным течением язвенной болезни (О.Н.Антонов и соавт., 2012). Этим больным относятся к категории пациентов с высоким риском рецидива геморрагии из язвы и

неблагоприятного исхода хирургического лечения. Цель исследования: определить активность язвенных кровотечений у больных с пилородуоденальным стенозом для выработки оптимальной хирургической тактики. Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 106 больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением, возникшим на фоне пилородуоденального стеноза. Всех их разделили на 2 группы. Первую группу составили лица, получавших традиционное хирургическое лечение (50 чел., 47,2%). Во вторую группу были включены 56 больных (52,8%), получавших разработанное хирургическое лечение. Пациентам, получавшим традиционное хирургическое лечение, в предоперационном периоде выполнял эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с проведением эндоскопического гемостаза спирт-адреналиновой смесью. При этом у 11 больных не удалось пройти эндоскопом через зону стеноза пилорического канала и осмотреть язву, у 6 чел. был виден только край язвы. Поэтому в этих случаях выполнить эндоскопический гемостаз не представлялось возможным. Следует отметить, что пациенты, которым не удалось выполнить эндоскопический гемостаз, имели выраженные метаболические сдвиги в организме в связи с пилородуоденальным стенозом III и IV степени. Лечение больных, получавших разработанное лечение, отличалось тем, что во время эндоскопического исследования осуществляли гемостаз аргоноплазменной коагуляцией. Он выполнен 19 пациентам, в 6 случаях применен комбинированный эндоскопический гемостаз (аргоноплазменная коагуляция и инъекции спирт-адреналиновой смеси). У 14 чел. пройти зону пилородуоденального стеноза не удалось, а в 9 наблюдениях был виден только край язвы. Эти пациенты также имели значительные метаболические нарушения в организме. Результаты. При традиционном хирургическом лечении активность язвенного кровотечения по Forrest et al. (1974) была следующей: F-IA имел 1 пациент, F-IB - 3 чел., F-IIA – 2 больных, F-IIB – 3 лица, F-IIC – 6 случаев, F-III – в 24 наблюдениях. Спирт-адреналиновой смесью эндоскопический гемостаз произведен 18 пациентам. Рецидив геморрагии из язвы в случаях недоступности язвы был отмечен у 4 чел., а после эндоскопического гемостаза – в 2 случаях. У больных, получавших разработанное хирургическое лечение, активность язвенного кровотечения была: F-IA – 2 чел., F-IB – 5 лиц, F- IIA - 2 пациента, F- IIB - 4 больных, F-IIC – 7 случаев, F III- 22 наблюдения. Эндоскопический гемостаз посредством аргоноплазменной коагуляции выполнен 24 пациентам. Рецидив геморрагии из язвы после эндоскопического гемостаза отмечен в 3 случаях, у лиц, которым не осуществляли эндоскопический гемостаз, рецидив кровотечения возник у 5 чел. В соответствии с выявленной активностью язвенного кровотечения и имевшими место метаболическими сдвигами в организме больных определяли хирургическую тактику лечения. Заключение. Выявление активности язвенного кровотечения, возникшего у больных на фоне пилородуоденального стеноза, является основой для определения хирургической тактики их лечения с учетом метаболических нарушений в организме.

461. УРЕТЕРОНЕОЦИСТОИМПЛАНТАЦИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ У ДЕТЕЙ

Врублевский С.Г. (1), Шмыров О.С. (2), Врублевская Е.Н. (3), Врублевский А.С. (4), Лазишвили М.Н.(5)

Москва

1, 3) ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова 4) ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова 1-5) ГБУЗ Морозовская детская клиническая больница ДЗМ

Введение. Развитие эндовидеохирургических технологий и накопление опыта эндоскопических операций позволяет детским хирургам-урологам выполнять реконструктивные малоинвазивные операции при патологии уретеровезикального соустья. Цель исследования. Изучить результаты, эффективность и осложнения эндохирургического лечения пороков пузырно-мочеточникового сегмента у детей. Материалы и методы. В отделении плановой хирургии и урологии-андрологии Морозовской ДГКБ за период с 2011 по 2015 год выполнена эндохирургическая реимплантация 45 мочеточников у 37 детей. При выборе эндовезикального или лапароскопического доступа учитывали необходимость резекции дистального отдела мочеточника, наличие парауретеральных дивертикулов, анатомию и локализацию устьев, удвоения мочевыводящих путей, степень расширения верхних мочевых путей, а также наличие в анамнезе многократных неэффективных инъекционных коррекций пузырно-мочеточникового рефлюкса. Пневмозистоскопическая операция Politano-Leadbetter выполнена 2 детям, Cohen - 20 детям, операция по методике Чумакова — 2 детям. Лапароскопическая операции Lich-Gregoir - 6 пациентам и экстравезикальная лапароскопическая уретероцистонеоимплантация – 7 пациентам. Выраженность болевого синдрома и макрогематурия была менее продолжительна по сравнению с открытыми операциями. После операции дети находились на стационарном лечении от 5 до 14 дней. Для оценки результатов лечения выполнялось УЗИ с доплерографией и контрольная цистографии через 6 месяцев. Катамнестическое наблюдение составило от 6 месяцев до 3 лет. Результаты. В одном случае при пневмозистоскопической операции была выполнена конверсия в связи с поступлением газа в паравезикальное пространство и значительным уменьшением рабочего объема мочевого пузыря. Рецидив ПМР выявлен у 3 детей. Заключение. Лапароскопические и пневмозистоскопические операции при патологии уретеровезикального соустья у детей являются малоинвазивными и по эффективности сравнимы с традиционными открытыми методиками. При выборе доступа необходима комплексная оценка результатов обследования с учетом эндоскопической анатомии устья пораженного мочеточника и объема мочевого пузыря.

462.Видеолапароскопическая санация в лечении больных с перитонитом.

Мударисов Р.Р., Ступин В.А., Алиев С.Р., Мнойн А.Х., Рогожина Л.С.

Москва

РНИМУ им Н.И. Пирогова. ГКБ №15 им О.М. Филатова

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных перитонитом с применением видеолапароскопической техники. Материалы и методы: в исследование включено 150 пациентов, оперированных по поводу распространенных перитонитов (диффузный или разлитой) различной этиологии за период с января 2000г по сентябрь 2015г. Контрольную группу (1) составили 100 пациентов (пациенты набраны как ретроспективно так и проспективно), все пациенты первично оперированы лапаротомным доступом. У 66 (66%) пациентов по поводу аппендикулярного перитонита, им не проводился перитонеальный лаваж в послеоперационном

периоде. У 31(31%) пациента с диффузным перитонитом на фоне перфоративной язвы желудка или 12 п.к. У 3 (3%) пациентов разлитой гинекологический перитонит без перитонеального лаважа в послеоперационном периоде. В контрольной группе проводилась классическая консервативная терапия в послеоперационном периоде. В основную группу (2) включено 50 пациентов. У 36 (72%) аппендикулярный перитонит. У 1 (2%) пациента гинекологический разлитой перитонит. У 14 (28%) пациентов выявлен диффузный перитонит на фоне перфоративной язвы желудка или 12 п.к. Лечение в основной группе отличалось тем, что всем пациентам на 3-4 сутки была проведена видеолапароскопическая санация брюшной полости. Целью санации являлось: адгезиолизис, санация межпетельных жидкостных скоплений, удаление фибрина и сгустков крови. Обе группы сопоставимы по полу, возрасту, тяжести состояния и наличию сопутствующей патологии. Результаты. Для оценки результатов лечения использовалось: опрос жалоб пациента, хирургический анамнез в раннем или позднем послеоперационном периоде, эхотомография брюшной полости и ПКЭГЭГ. При опросе жалоб пациента: В основной группе только 7(7%) пациентов отмечали периодические боли в животе, тогда как в контрольной группе 46(46%) пациентов отмечали постоянные боли в животе, 23(23%) пациента отмечали периодические боли в животе после приема пищи или физической нагрузки. В раннем послеоперационном периоде в основной группе не было ранней спаечной кишечной непроходимости или абсцессов в брюшной полости. В группе сравнения в 3(6%) случаях отмечены явления ранней спаечной кишечной непроходимости, в одном из них пациент был повторно оперирован. В 2-х(4%) случаях выявлены абсцессы в брюшной полости, пунктированные под УЗИ. В позднем послеоперационном периоде через 3 месяца и больше в основной группе операций по поводу спаечной кишечной непроходимости не было. В контрольной группе 5(10%) пациентов оперировано по поводу спаечной кишечной непроходимости, 15(30%) пациентов оперировано в плановом порядке по поводу спаечной болезни брюшной полости, им в нашей клинике выполнен видеолапароскопический адгезиолизис. При полипозиционной ЭХО-томографии брюшной полости через 3 месяца и более фиксация петель кишок к области послеоперационного рубца или формирование конгломерата петель тонкой кишки выявлено у 47(94%) пациентов контрольной группы, в основной группе у 2-х(4%) пациентов выявлено подозрение на фиксацию петель к передней брюшной стенки. При ПКЭГЭГ признаки нарушения пассажа по тонкой кишке по механическому типу выявлены у 71(71%) пациентов контрольной группы и у 7(7%) пациентов основной группы. Выводы: первичный анализ результатов применения видеолапароскопической санации брюшной полости у больных с перитонитами на 3-4 сутки показал что данная методика может стандартом лечения больных с данной патологией.

463.ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ УРОВНЯ НЕКРОЗА КОЛОСТОМЫ У ОПЕРИРОВАННЫХ ПОСТРАДАВШИХ С МИННО-ВЗРЫВНЫМИ РАНЕНИЯМИ ЖИВОТА ПРИ ТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ АКТАХ

Магамадов А.Х.

Ростов-на-Дону

ГБОУ ВПО РостГМУ

Как известно, при террористических актах люди получают множественные или сочетанные ранения различных областей тела. При этом, ранения или отрывы фрагмента конечности сочетаются с открытыми или закрытыми травмами органов грудной клетки, живота и головы. Органы брюшной полости повреждаются у 10,0% пострадавших. В случаях закрытых травм преимущественно повреждаются паренхиматозные органы (селезенка, печень, почки), при осколочных ранениях – полые и паренхиматозные органы (Гуманенко Е.К., Самохвалов И.М., 2011; Wang Z., 2010). Цель исследования: улучшить диагностику распространенности краевого некроза колостомы у оперированных пострадавших с минно-взрывными ранениями толстой кишки. Материал и методы. Проведен анализ хирургического лечения 116 пострадавших с минно-взрывными ранениями живота при террористических актах. По тяжести минно-взрывных поражений раненые были разделены на 5 групп: 1 - с ведущими повреждениями живота (94 чел., 81,1%); 2 – с ведущими повреждениями грудной клетки (5 чел., 4,3%); 3 – с ведущими повреждениями головы (4 чел., 3,4%), 4 – с ведущими повреждениями таза (4 чел., 3,4%); 5 – с ведущими повреждениями конечностей (9 чел., 7,8%). Среди раненых с ведущим повреждением живота при выполнении операций на кишечнике была наложена двухствольная колостома 13 пациентам (13,8%). Операция Гартмана выполнена в 9 наблюдениях (9,6%). Ушивание ран толстой кишки осуществлено в 17 случаях (18,1%), резекция толстой кишки – 2 пострадавшим (2,1%), экстрAPERитонизация ран толстой кишки – 3 раненым (3,2%). В послеоперационном периоде осуществляли тщательное наблюдение за пострадавшими, особенно за восстановлением у них перистальтики кишечника, функционированием колостом. У 2 раненых на вторые сутки после операции были отмечены явления краевого некроза колостомы. Для наблюдения за дальнейшим распространением зоны некроза в глубь кишки, кроме визуального осмотра, использовали интракишечное введение ректоскопа. Для этого «мягкими» зажимами удерживая края колостомы, накладывали кисетный шов на стенку толстой кишки и вводили ректоскоп. Отметив нераспространение зоны некроза в глубину, выполняли подшивание к здоровой части кишки специального полихлорвинилового рукава с помощью аппарата кишечных анастомозов АКА-2. После подшивания данного рукава дистальным и проксимальным кольцами аппарата АКА-2, внутри их иссекали некротизированные ткани колостомы и края подшитого рукава, создавая, тем самым, хорошее отверстие в анастомозе для отхождения каловых масс и газов. Полихлорвиниловый рукав предупреждал попадание каловых масс в рану передней брюшной стенки и развитие перитонита. Спустя 8-10 дней пришитые кольца отторгались от колостомы вместе с полихлорвиниловым рукавом. К этому времени колостома была хорошо фиксирована грануляционными тканями в ране передней брюшной стенки и раненые могли пользоваться калоприемником. Результаты. У обеих раненых каловые массы и кишечные газы отходили по полихлорвиниловому рукаву в емкость, а после его отторжения вместе с соединительными кольцами колостома адекватно функционировала. Заключение. Ранняя диагностика и эндоскопическое наблюдение за развитием краевого некроза колостомы позволили своевременно выполнить малоинвазивное хирургическое пособие и предупредить развитие перитонита.

Поленцова Н.П.(1), Устименко И.В.(2), Колесниченко А.А. (2)

Ростов-на-Дону

1) ГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет, 2) МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону

Как известно, среди больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки лица пожилого и старческого возраста занимают особое место. Как правило, у них значительно чаще язвенная болезнь сопровождается развитием таких осложнений как перфорация, кровотечение, стеноз выходного отдела желудка, малигнизация (Ермолов А.С. и соавт., 2011; Горшенин и соавт., 2012; В.В.Рыбачков и соавт., 2015). При этом у этих пациентов кровотечения из язв наблюдаются в 28,0-30,0% всех случаев желудочно-кишечных геморрагий и весьма часто сочетаются с другими осложнениями язвенной болезни, а потому сопровождаются высокой летальностью (Маринчук А.Т., Бабиева А.М., 2014). Цель исследования: выявить частоту сочетания язвенных кровотечений с другими осложнениями язвенной болезни и его активность у пациентов пожилого и старческого возраста. Материал и методы. Проведен анализ результатов эндоскопического исследования 132 больных пожилого и старческого возраста с сочетанными осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Результаты. По клиническим проявлениям и во время эндоскопического исследования желудка и двенадцатиперстной кишки выявлено, что язвенное кровотечение было ведущим осложнением язвенной болезни у 91 пациента (68,9%). При этом язвы в желудке были обнаружены у 31 больного (23,5%), в двенадцатиперстной кишке - у 60 чел. (45,4%). Язвенное кровотечение сочеталось с пилородуоденальным стенозом у 45 пациентов (34,1%), с пенетрацией язвы – в 31 наблюдении (23,5%), с пилородуоденальным стенозом и пенетрацией язвы – в 8 случаях (6,1%). Последующие гистологические исследования биоптатов краев язвы показали, что язвенное кровотечение возникло у 7 пациентов (5,3%) из малигнизированной язвы. Также имело место сочетание язвенного кровотечения с перфорацией язвы у 3 чел. (2,3%). В соответствии с классификацией Forrest et al. (1974) активность язвенного кровотечения была следующей: струйное кровотечение (F-IA) – у 3 чел., капельное кровотечение (F-IB) – у 12 больных, видимый при эндоскопии крупный тромбированный сосуд в язве (F-IIA) – у 2 пациентов, язвенный кратер покрытый сгустком крови (F-IIB) – в 11 случаях, в язве видны тромбированные мелкие сосуды (F-IIC) – в 5 наблюдениях, состоявшееся кровотечение из язвы – у 58 лиц. Обязательно всем больным выполняли эндоскопическую остановку язвенного кровотечения спирт-адреналиновой смесью (у 29 чел.) или аргоноплазменной коагуляцией (у 42 чел.) и сочетанием инъекций спирт-адреналиновой смеси с аргоноплазменной коагуляцией (у 9 чел.). Не удалось выполнить эндоскопический гемостаз у 11 больных с сочетанием язвенного кровотечения с пилородуоденальным стенозом III и IV степени. Рецидив кровотечения после эндоскопического гемостаза отмечен у 9 больных. Также отмечен рецидив геморрагии из язвы у 5 пациентов, которым не удавалось выполнить эндоскопический гемостаз. Заключение. Таким образом, эндоскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов пожилого и старческого возраста дают возможность выявить сочетание язвенного кровотечения с другими осложнениями язвенной болезни, а также определить активность данного кровотечения, что важно для выбора тактики предстоящего лечения.

465.Видеолапароскопический адгезиолизис в раннем послеоперационном периоде у больных с острой спаечной кишечной непроходимостью.

Мударисов Р.Р., Ступин В.А., Алиев С.Р., Мнойн А.Х., Джаббарова А.Д., Рогожина Л.С.

Москва

РНИМУ им Н.И. Пирогова ГКБ №15 им О.М. Филатова

Цель исследования: улучшение результатов лечения острой спаечной кишечной непроходимости. Материалы и методы: Применение видеолапароскопического адгезиолизиса в раннем послеоперационном периоде в комплексе с предложенным алгоритмом лечения позволило сократить сроки пареза ЖКТ в среднем на 4 дня, уменьшить число пациентов с парезом ЖКТ на 7 сутки в 2,7 раза, явлений спаечной кишечной непроходимости на госпитальном этапе (0% в основной и 2,5% в контрольной группе). В отдаленном периоде эффективность метода выражается в уменьшении доли пациентов с нарушениями моторной функции тонкой кишки по данным ПКГЭГЭ в 2,0 раза (на 14,7%), регрессе числа пациентов с признаками спаечного процесса в брюшной полости по данным УЗИ на 33,8% (в 5,3 раза), сокращении неудовлетворительного результата в 3,4 раза и увеличению доли хорошего результата в 1,5 раза (p

466.ЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Кармиргодиев А.А., Ситников В.Н.

Ростов-на-Дону

ГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет

Основным направлением хирургического лечения больных с гнойным холангитом является как можно более ранняя декомпрессия желчных протоков и ликвидация препятствия для оттока желчи в двенадцатиперстную кишку (Г.Г.Устинов, 2011). Однако из-за тяжести состояния больных требуемый объем хирургического вмешательства нередко выполняют в несколько приемов. Цель исследования: показать эффективность многоэтапного хирургического лечения больных с гнойным холангитом, обусловленным холедохолитиазом. Материал и методы. Этапное хирургическое лечение гнойного холангита, обусловленного холедохолитиазом, проведено 21 больному. У 17 пациентов лечение осуществляли в 2 этапа. Первым этапом было выполнение эндоскопической папилосфинктеротомии с удалением камня из общего желчного протока с постановкой назобилиарного дренажа и обязательной эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ). После выполнения данного этапа хирургического лечения осуществляли постепенное снижение внутрипротокового давления в течение 4-5 дней. Для этого сразу после операции измеряли внутрипротоковое давление через назобилиарный дренаж и, сделав петлю из дренажной трубки, поднимали ее на высоту 18 см от уровня среднеподмышечной линии. В последующие дни высоту расположения изгиба дренажной трубки снижали ежедневно на 2 см, доводя ее до 12 см. Вновь измеряли внутрипротоковое давление и

оно оказывалось равным 120 мм водного столба. На таком уровне назобилиарный дренаж функционировал в последующие дни. В ближайшие 6-8 дней после операции состояние больных улучшалось, желтуха и явления интоксикации снижались. На этом фоне выполняли второй этап операции – лапароскопическую холецистэктомию с наружным дренированием общего желчного протока. Наличие назобилиарного дренажа и наружного дренажа в общем желчном протоке создавало возможность осуществления промываний желчных протоков. Для этого через назобилиарный дренаж со скоростью 20 капель в 1 минуту обычной инфузионной системой вводили лекарственную смесь следующего состава: теплый (37°С) раствор хлорида натрия 0,9% 100,0 мл, теплый раствор метрагила 59 мл, 0,2% раствор гидротартрата платифиллина 2,0 мл, преднизолон 30 мг, 1,0 г антибиотика (соответственно чувствительности микрофлоры желчи), раствор гепарина 5000 ЕД. Такое промывание осуществляли 7-8 дней и прекращали, получив ответ бактериологического посева о стерильности желчи. После этого удаляли назобилиарный дренаж, а наружный дренаж общего желчного протока сохраняли до снижения количества выделяемой по нему желчи до 80-100 мл. У 4 больных во время эндоскопической папиллосфинктеротомии не удалось удалить камень из общего желчного протока. В этих случаях хирургическое лечение проводили в 3 этапа. Первым из них было выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии с постановкой назобилиарного дренажа и проведением ЭРПХГ. Вторым этапом осуществляли удаление камня из общего желчного протока с ЭРПХГ. Во время третьего этапа производили лапароскопическую холецистэктомию с наружным дренированием общего желчного протока. В послеоперационном периоде осуществляли промывание желчных протоков по описанной выше схеме. Результаты. Все больные выздоровели и были выписаны из стационара. Заключение. Этапное хирургическое лечение больных с гнойным холангитом, обусловленным холедохолитиазом, позволяет получить благоприятные непосредственные результаты лечения.

467.МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ И ВИДЕОСКОПИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Влахов А.К.(1), Голомидов А.Н.(2)

Симферополь

1) Крымская медицинская академия имени С.И.Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И.Вернадского», 2) ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница скорой медицинской помощи № 6»

Цель: улучшить результаты лечения панкреонекроза (ПН) путём интеграции миниинвазивных вмешательств под контролем эхонавигационных и видеоскопических методов визуализации. Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 106 больных ПН средним возрастом 46,2±2,6. Мужчин – 71 (66,9%), женщин – 35 (33,1%). Для операций использовали сканеры с мультислотными датчиками 3,5-7,5 МГц. Пункции выполняли двухсоставными иглами 14-21 G. Устанавливали дренажи 9-24 Fr по S.I.Seldinger; стилет-катетером, троакаром. Для доступа выбирали оптимальную траекторию в безопасном акустическом окне. Видеоскопию (ВС) проводили жесткими эндоскопами 3-10 мм с нулевой и скошенной оптикой с использованием

лапароскопической стойки и набора инструментов. Для выявления секвестров выполняли компьютерную томографию (КТ) или чрездренажную томографическую контрастную фистулографию с трёхмерным моделированием (ТМ). Секвестрэктомии (СЭ) проводили с применением ВС и путём открытых минидоступов. Результаты. Выбор способа эхонавигационной интервенции (ЭИ) определяли на основании клинико-инструментальных данных о топографо-анатомическом расположении очагов ПН, характера содержимого, стремлении достичь адекватной санации, полноценного дренирования при минимальной степени агрессии. При выборе безопасного акустического окна осуществляли позиционирование в спектральных режимах. При необходимости детализации структуры и топографии выполняли ТМ патологических образований. Проведение тонкоигольных пункций (ТП) у 47,9% больных со срочной микроскопией аспирата позволило дифференцировать асептический (28,4%) и инфицированный процесс (71,6%). Отсутствие инфицированности и ферментативной активности позволило продолжить консервативную терапию с этапным пункционным лечением в программируемом режиме до выздоровления у 28,4% больных. Показаниями к ТП считали: 1) формирование анэхогенных очагов в остром периоде; 2) верификация инфицированности процесса, ферментативной активности; 3) ликвидация гипертензии в очаге, предотвращение протеолитического воздействия на ткани при высокой ферментативной активности содержимого. В 52,1% использованы дренирующие методы. Применяли крупнокалиберное дренирование или последующее дилатационное бужирование с установкой дренажа крупного диаметра. Критериями эффективности считали: уменьшение полости на 50% и более на 2-4 сутки или полную ликвидацию на 6-8 сутки, прекращение поступления отделяемого на 12-14 сутки; динамическую трансформацию: по характеру аспирата – из гнойно-геморрагического в серозный; по типу цитогрaмм – из дегенеративно-воспалительных в регенеративные. На системном уровне: стойкий регресс токсемии, болевого синдрома, воспалительного инфильтрата, температурной и лейкоцитарной реакций. Показаниями к дренированию считали: 1) очаги с высоким темпом накопления содержимого; 2) инфицирование; 3) оментобурсит; 4) абсцедирование. Секвестрация выявлена у 38,7% больных. По данным КТ, томографической фистулографии с ТМ, ВС очагов ПН, определяли способы СЭ. Из этой группы, у 34,2% больных с мелкоочаговым ПН, после эхонавигационного этапа, осуществлена ВС дренированной полости с последующей СЭ. В 65,8% наблюдений крупноочагового ПН СЭ выполнена: путём минидоступов с ВС-ассистенцией (71,1%); путём лапаротомии (28,9%). Таким образом, интеграция ЭИ и ВС технологий, как компонент комплексного хирургического лечения ПН, позволила выполнить последующие оперативные вмешательства с минимальным риском для пациентов, создала возможность проведения отсроченных операций при контролируемом течении заболевания. Послеоперационная летальность составила 6,3%. Выводы. ЭИ являются первичными вмешательствами в хирургическом лечении ПН, позволяющими дифференцировать асептическое и инфицированное воспаление. ЭИ при неосложнённом ПН являются обязательным лечебно-диагностическим мероприятием, позволяющим ликвидировать очаги ПН без операции. Дифференцированная интеграция эхонавигационных и видеоскопических технологий в хирургическом лечении ПН позволяет обеспечить выбор наименее инвазивного оперативно-технического приема, осуществить непосредственный контроль эффективности проведения хирургического вмешательства, способствует минимизации хирургической травмы, снижению послеоперационной летальности.

468. Хирургическая тактика при панкреатогенном перитоните

Воронков Д.Е., Михайличенко В.Ю., Кисляков В.В., Костырной А.В., Воронкова О.А.

Симферополь

«Медицинская академия имени С.И. Георгиевского» ФГАОУ ВО «Крымский Федеральный Университет им. В.И. Вернадского» г. Симферополь.

Неудовлетворительные результаты хирургического лечения больных с панкреатогенным перитонитом, заставляют клиницистов искать новые подходы к решению указанной задачи. На нашем материале пролечено 706 больных с деструктивным панкреатитом, у 75 из них диагностирован панкреатогенный перитонит. Наличие перитонеального экссудата является показанием к его удалению, обязательно проведение лабораторного и бактериологического исследования, что существенно изменяет тактику ведения пациентов. Пациентам проводилась интенсивная консервативная терапия. Проводимое комплексное консервативное лечение у 64 больных позволило снизить явление ферментативного перитонита, при этом у 44 пациентов сутки в брюшной полости находился дренаж после проведенной диагностической лапароскопии с санацией. У 40 больных прогрессирование эндогенной интоксикации послужило показанием к лапароскопической установке дополнительных дренажей в брюшную полость с целью её мирамистином. У 3 пациентов проведено лапароскопически ассистированное вскрытие и дренирование забрюшинных флегмон. При прогрессировании клиники перитонита, развитии СНОП пациентам проводили лапаротомию. Оптимизация методики лечения больных с панкреатогенным перитонитом с использованием лапароскопических методик позволило нам снизить послеоперационную летальность с 42% (ретроспективно) до 21,8%. Выводы: 1. Наличие ферментативного перитонита в современных условиях не должно являться показанием к лапаротомии. 2. Оптимизация методики лечения больных с панкреатогенным перитонитом позволило нам снизить послеоперационную летальность до 21,8%.

469. Лапароскопические операции у пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной эпизодом механической желтухи или острым панкреатитом, после консервативного купирования острых явлений

Михин И.В., Кухтенко Ю.В., Доронин М.Б., Рясков Л.А., Абрамян Е.И.

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет, кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой или острым панкреатитом, путем применения современных малоинвазивных технологий. Материалы и методы: в период с 2011 по 2015 год мы

выполнили 192 лапароскопические холецистэктомии (ЛХЭ) по технологии единого лапароскопического доступа с троакарной поддержкой (ЕЛД+), а также 145 традиционных лапароскопических холецистэктомий (ТЛХЭ) у больных с различными формами желчнокаменной болезни (ЖКБ). Лапароскопическое дренирование пузырного протока (ДПП) по Холстеду-Пиковскому было выполнено 3 пациентам, из них 1 пациенту в связи с необходимостью декомпрессии желчевыводящих путей при остром панкреатите (после ранее выполненной лапароскопической холецистостомии (ЛХС)), в 2 клинических случаях показанием к интраоперационной холангиографии (ИОХГ) явилось расширение холедоха более 7-8 мм, наличие мелких конкрементов в пузырном протоке, транзиторный холедохолитиаз. В 16 наблюдениях ЛХЭ была выполнена после ЛХС и купирования механической желтухи при остром панкреатите. У 5 пациентов, которым выполнялась ЕЛД+ холецистэктомия, перед поступлением отмечали эпизод желтухи, самостоятельно разрешившийся. При УЗИ у этих пациентов конкрементов в желчевыводящих протоках не обнаружено. Пузырный проток клипируем максимально близко к желчному пузырю. Выделяем пузырную артерию, клипируем и пересекаем ее между клипсами. Затем надсекаем пузырный проток и интубируем его ПХВ трубкой. Дренаж пузырного протока герметизируем клипсами. Желательно, чтобы длина культи пузырного протока составляла не менее 0,5 см для обеспечения состоятельности дренирования. В дренаж вводим около 20 мл 0,5% раствора новокаина для проверки герметичности его фиксации. ПХВ трубку выводим на переднюю брюшную стенку, где закрепляем на коже таким образом, чтобы в брюшной полости дренаж располагался свободно, без натяжения. Завершаем лапароскопическую холецистэктомию обязательным дренированием подпеченочного пространства. Желчный пузырь извлекаем через пупок. Впоследствии, когда необходимость наружного дренирования желчного протока завершается, дренаж удаляем. Результаты и обсуждение: ИОХГ дала возможность у 1 пациента диагностировать сужение терминального отдела холедоха, по всей видимости, связанное с хроническим панкреатитом, в одном наблюдении конец ПХВ дренажа находился в 12-перстной кишке из-за чего желчевыводящие протоки контрастированы не были, что трактовалось нами как отсутствие признаков обтурации общего желчного протока. У пациента с острым панкреатитом ДПП позволил купировать желчную гипертензию, что обусловило отсутствие обострения заболевания. Средний послеоперационный койко-день у пациентов после дренирования пузырного протока составил $12,8 \pm 2,9$, что было связано с необходимостью «тренировки» ДПП, а также проведения противопанкреатической терапии. Средний срок послеоперационного пребывания в стационаре у пациентов, перенесших ЛХЭ после лапароскопической холецистостомии и купирования механической желтухи, составил $13,9 \pm 3,0$ койко-дня. Осложнений в послеоперационном периоде у исследуемых пациентов мы не наблюдали. Выводы: применение технологии дренирования пузырного протока при выполнении лапароскопической холецистэктомии является эффективным способом профилактики сопутствующего острого панкреатита, а ИОХГ – профилактикой резидуального холедохолитиаза. Выполнение ЛХС при остром панкреатите и наличии механической желтухи позволяет достаточно быстро и эффективно ликвидировать желчную гипертензию, дает возможность проводить ЕЛД+ холецистэктомию в наиболее благоприятных условиях, в отсроченном или плановом порядке.

470. Применение современных эндовидеохирургических технологий в лечении опухолевых заболеваний надпочечников.

Семенов Д.Ю.(1), Османов З.Х.(1), Панкова П.А.(1), Борискова М.Е.(1), Чаусова В.Г.(1), Мамсуров М.Э.(2)

Санкт-Петербург

1. ПСПбГМУ им. ак. И.П. Павлова 2. ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Введение: Несмотря на активное развитие хирургии надпочечников, вопросы по тактике ведения опухолей этих органов не уменьшаются. Дискутабельными по-прежнему остаются показания к хирургическому лечению, выбору объема и методу операции. Увеличение количества случайно выявленных опухолей надпочечников привело к большему количеству органоуносящих операций по поводу доброкачественных заболеваний. Это заставило задуматься о возможности выполнения органосохраняющих операций, но тем острее звучал вопрос дооперационной оценки злокачественного потенциала опухоли, дифференциальной диагностики автономной гиперфункции отдельной опухоли и гиперплазии коры надпочечника. Современный арсенал хирургических технологий позволяют выполнять прецизионные оперативные вмешательства, сводя к минимуму риск рецидива заболевания. Выбор метода оперативного вмешательства также находится на повестке дня современной хирургии надпочечников. Цель: улучшение тактики лечения опухолевых заболеваний надпочечников путем определения показаний к резекции надпочечника и применения различных эндовидеохирургических технологий. Материалы и методы: В период с 2007 по 2015г в клинике общей хирургии ПСПбГМУ им. ак. И.П. Павлова и ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России было прооперировано 247 пациентов с различными опухолевыми заболеваниями надпочечников: 108 - гормонально неактивные, 36 - с феохромоцитомой, 37 - с альдостеромой, 66 - с кортикостеромой. При отсутствии гормональной активности показаниями к оперативному лечению была невозможность исключить злокачественный характер опухоли. В большинстве случаев объемом операции стали адреналэктомии, но после приобретения достаточного опыта и появления интраоперационного УЗИ, 30 пациентам выполнены резекции надпочечников: у 14 - с гормонально активными опухолями, у 16 - с гормонально неактивными. Для принятия окончательного решения об объеме оперативного лечения помимо макроскопической оценки пациентам выполнялось интраоперационно УЗИ. С применением роботизированного комплекса «Да Винчи» прооперировано 83 пациента, из них 15 – резекций надпочечников. Нами были оценены отдаленные результаты выполненных операций у 42 пациентов с точки зрения: общехирургических осложнений, онконастороженности и гормонального статуса. Результаты: При выполнении эндовидеохирургических операций как с помощью роботизированного комплекса, так и с использованием традиционной лапароскопии, стандартные послеоперационные показатели не отличались. Переход к открытой операции потребовался в 2,4% случаях: дважды в связи с развившимся кровотечением, в остальных случаях конверсия рассматривалась как запланированный переход, вызванный интраоперационными находками. С использованием роботизированного комплекса Да Винчи, за счет лучшей визуализации, объемного изображения и более удобной работы манипуляторов выделение опухоли осуществлялось более прецизионно и с наименьшими тракциями. В группе пациентов с резекциями надпочечников осложнений не возникло. Случаев послеоперационной диагностики злокачественных опухолей после резекций надпочечников не было. Оценка отдаленных результатов показала отсутствие рецидива опухоли после выполнения резекции надпочечников, эукортицизм без терапии у всех пациентов. Выводы:

Разумное стремление к органосохраняющим операциям на фоне сохраняющейся онконастороженности, а также внедрение роботхирургии и интраоперационного УЗИ делает возможным выполнение органосохраняющих операций с минимальным риском пропустить злокачественное образование надпочечника.

471.ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Леоненко С.Н., Влахов А.К, Селиванов А.В.

Симферополь

Клинический медицинский многопрофильный центр Святителя Луки Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И.Вернадского»

Введение. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства (ЭТПВ) в настоящее время являются одним из наиболее распространённых способов лечения холедохолитиаза и патологии дистального отдела общего желчного протока, которые позволяют получить отличные лечебные результаты, превосходящие таковые при традиционных хирургических операциях. Однако данные литературы свидетельствуют, что общее количество осложнений ЭТПВ составляет 7,7-19%, с летальностью 1,5-2,0%. Необходимость разработки оптимального комплекса мероприятий профилактики осложнений, применение специальных приёмов, улучшающих техническое исполнение ЭТПВ с учетом индивидуальной анатомии и патоморфологии зоны большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) весьма актуальны. Материал и методы. Проведен анализ 1811 вмешательств у больных (женщин 1341, мужчин 470) возрастом 16-95 лет, проходивших лечение с 2000 по 2015 год. Механическая желтуха была у 51% больных. Уровень билирубинемии составлял 34,7-1422 мкмоль/л, продолжительность желтухи 3-45 суток. ЭТПВ выполняли дуоденоскопами "Olympus JF-1T20", "Olympus JF-1T40" с диаметрами инструментальных каналов 2,8-3,2 мм, с полным набором инструментов, под контролем рентгенкомплексов "Televix", "Toshiba Vision", "MOBILE C-ARM MCA-6200". Всем больным выполняли общеклинические обследования, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерную томографию (КТ), магнитно-резонансную томографию (МРТ) гепатопанкреатобилиарной зоны. С целью диагностической верификации проводили дуоденоскопии и эндоскопические ретроградные холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) – 1683. Лечебный спектр представлен следующими ЭТПВ: папиллосфинктеротомия с последующей холедохолитозэкстракцией или механической литотрипсией (МЛТ) – 1626 (89,7%), эндобилиарным дренированием – 33 (1,8%) и стентированием – 24 (1,3%), чрескожными чреспечёночными эхоконтролируемыми холангиостомиями (ЧЧЭХ) – 57 (3,1%). Результаты и обсуждение. У 128 (7,1%) лечебные ЭТПВ выполнить не удалось. Причинами неудач у этой группы больных явились: рубцовая деформация двенадцатиперстной кишки (ДПК) – 62 (48,4%), глубокие парапапиллярные дивертикулы (ППД) – 26 (20,3%), отказ больного от вмешательства – 13 (10,1%), опухолевое поражение зоны БСДК – 12 (9,4%), технические причины, связанные с неисправностью аппаратуры – 7 (5,4%), резекция желудка в анамнезе – 5 (3,9%), выраженная перистальтика ДПК – 3 (2,3%). Ввиду неэффективности ЭТПВ 57 (3,1%) больным выполнены ЧЧЭХ. У этой группы больных миниинвазивный комплекс не был окончательным. После ликвидации билиарной гипертензии, купирования холангита эти больные оперированы лапароскопическим или лапаротомным

доступом. У 1683 (92,9%) больных ЭТПВ были эффективны. Лечебные ЭТПВ в один этап проведены 1392 (85,6%) больным, в два этапа выполнено 201 (12,4%) процедур, трёхэтапные вмешательства потребовались 33 (2%) больным. Основными причинами этапных ЭТПВ явились: крупные или фиксированные конкременты в холедохе, труднодоступность БСДК вследствие расположения последнего в полости ППД, кровотечение из папиллотомного разреза, вклинение фрагментов конкрементов после МЛТ, необходимость повторных санаций желчных путей при холангите. Применяемая тактика позволила устранить имеющуюся патологию у 1626 (89,8%) больных. Осложнения после ЭТПВ возникли у 148 (8,8%) больных. Из них: транзиторная амилаземия – 68 (46%), реактивный панкреатит – 26 (18%), кровотечение из папиллотомного разреза – 22 (15%), гнойный холангит – 11 (7%), панкреонекроз – 11 (7%), вклинение корзины Дормиа с конкрементом в дистальном отделе холедоха – 8 (5%), перфорация ДПК – 1 (0,7%), перфорация холедоха – 1 (0,7%). Отмечено, что с внедрением в диагностику магнитно-резонансной холангиопанкреатографии отпала необходимость в выполнении ЭРХПГ в трудных дифференциально-диагностических ситуациях, что способствовало существенному снижению вероятности развития осложнений. Консервативными мероприятиями осложнения успешно устранены у 122 (82,4%) пациентов. 26 (17,6%) больным с осложнениями после ЭТПВ потребовались дополнительные оперативные вмешательства. Летальный исход среди больных, подвергнутых ЭТПВ и дальнейшим хирургическим вмешательствам, наступил у 9 (0,53%). Причинами летальности были: гнойный холангит с прогрессирующей полиорганной недостаточностью – 6 (0,35%), панкреонекроз – 2 (0,1%), декомпенсация легочно-сердечной недостаточности на фоне холангиогенного сепсиса – 1 (0,05%). Заключение. Анализ полученных результатов позволяет констатировать, что ЭТПВ и ЧЧЭХ могут успешно применяться в качестве этапного и окончательного метода миниинвазивного лечения холедохолитиаза и патологии дистального отдела холедоха. Эффективность ЭТПВ составляет 92,9%. Однако, ЭТПВ в 8,8% могут сопровождаться развитием осложнений, в 0,53% – летальными исходами. Совершенствование техники выполнения ЭТПВ, разработка методов профилактики осложнений этих вмешательств являются приоритетными направлениями в улучшении результатов хирургического лечения больных с холедохолитиазом и патологией дистального отдела общего желчного протока.

472. Острый бескаменный холецистит: эпидемиологические и клинические характеристики

Морару В.А., Бужор П.В., Павлюк Г.В., Бужор С.П., Чауш В.И.

Кишинев, Республика Молдова

ГУМиФ "Н.Тестемицану"

Острый бескаменный холецистит (ОБХ) составляет 2-15% от всех случаев острого воспалительного процесса желчного пузыря. По зарубежным данным предрасполагающими факторами являются критические состояния, длительное голодание или парентеральное питание, сепсис, большие оперативные вмешательства. ОБХ зачастую характеризуется фульминантным течением, высокой частотой деструктивных форм и как следствие высокой летальностью. Цель: изучить эпидемиологические и клинические особенности течения острого бескаменного холецистита. Материалы и методы: проанализированы результаты хирургического лечения 121 больных с

острым холециститом. Критериями ОБХ явились: 1) Отсутствие камней или билиарного сладжа при наличии ультразвуковой семиотики острого холецистита; 2) интраоперационное подтверждение ОБХ; 3) Морфологическое подтверждение диагноза острого холецистита. Проанализированны демографические, клинические, интраоперационные параметры в 2-х группах: I- ОБХ; II- острый калькулезный холецистит. Результаты: 12 из 121 больных соответствовали критериям ОБХ, частота составила 9,9%. Соотношение мужчин/женщин в I и II группах составило 9/2 и 48/61 (p

473. Сравнительные результаты видеоторакоскопической тимомтимэктомии.

Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Фролов А.В.

Москва

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: оценка непосредственных и отдаленных результатов видеоторакоскопических тимомтимэктомий. **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:** В 1996-2015 гг. проведено лечение 152 больным опухолями и кистами вилочковой железы. Средний возраст - 44,6 года. Было 66 (43,4%) женщин. Во всех случаях была выполнена тимомтимэктомия: торакотомным доступом - в 50,7% (77) случаев, стернотомным - 18,4% (28), видеоторакоскопическим - 30,9% (47). По нозологии больные распределились следующим образом: тимома - 117, лимфома тимуса - 11, киста вилочковой железы - 12, тимолипома - 8, тератома тимуса - 4. По классификации Masaoka тимомы распределились следующим образом: 1-я стадия (неинвазивная тимома) - 47, 2-я стадия (инвазия клетчатки средостения или медиастинальной плевры) - 58, 3-я стадия (инвазия соседних органов) - 12. **РЕЗУЛЬТАТЫ:** Интраоперационные кровотечения наблюдались в 5 (3,3%) случаях. В 2-х случаях они привели к конверсии в миниторакотомный доступ; в 2-х - к реторакотомии. Умерли 2 (2,6%) больных из 77, оперированных торакотомным доступом. Причиной смерти в обоих случаях был некомпенсированный миастенический криз. Средняя продолжительность операций: 115±5, 149±10 и 119±9 минут торакотомным, стернотомным и видеоторакоскопическим доступами соответственно. Длительность нахождения в реанимации составила 0-3 суток и зависела от выраженности миастении. После видеоторакоскопических операций только в одном случае была необходимость нахождения больной в отделении реанимации (2 суток) при явлениях выраженной миастении. Послеоперационный койко-день 12±1,2, 14±1,6 и 7±1 соответственно. Отдаленные результаты не отличались в зависимости от доступа. Признаки миастении сохранялись у 3 из 58 больных (5,2%). **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Сравнение результатов тимомтимэктомий, выполненных торакоскопическим и «открытым» доступом, демонстрирует существенные преимущества видеоторакоскопии. Они реализуются легким течением послеоперационного периода, хорошей переносимостью операции пациентами, минимальным риском интраоперационных осложнений. Радикальность операций идентична.

474.МИНИИНВАЗИВНЫЕ ОРГАНСОХРАННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДКА: СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ И СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ

Карачун А.М., Пелипась Ю.В., Ткаченко О.Б., Армашева М.В., Сапронов П.А., Козлов О.А., Асадчая Д.П.

Санкт-Петербург

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» МЗ РФ

Гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО) относятся к редким злокачественным новообразованиям. В России ежегодно регистрируется около 2500 новых случаев ГИСО. Более половины (60-70%) всех случаев ГИСО приходится на желудок. Основным методом лечения локализованных и местно-распространенных форм ГИСО желудка является хирургический. Ввиду крайне редкого лимфогенного распространения, лимфодиссекция при хирургическом лечении ГИСО желудка не показана, что способствует широкому распространению миниинвазивных органосохранных вмешательств. Наиболее сложными для удаления являются ГИСО, локализующиеся в области кардиоэзофагеального перехода и пилорического жома. Представляется, что для удаления опухолей этих локализаций следует отдать предпочтение эндоскопическим внутрипросветным и гибридным (лапароскопически или эндоскопически ассистированным) операциям, однако данные рандомизированных клинических исследований противоречивы. В 2013-2015 годах нами выполнено 29 эндовидеохирургических вмешательств по поводу ГИСО желудка. У 18 пациентов произведено внутрипросветное эндоскопическое удаление опухоли (методом эндоскопического туннелирования подслизистого слоя либо полностенная эндоскопическая резекция). Лапароскопические или лапароскопически ассистированные вмешательства (атипичные резекции желудка) выполнены у 11 пациентов. Длительность эндоскопических внутрипросветных операций составила от 60 до 210 минут, лапароскопических – от 45 до 90 минут, средняя кровопотеря – 50 мл. Ни в одном случае фрагментации опухоли в процессе эндоскопического либо лапароскопического вмешательства не было. По данным патоморфологического исследования R0-резекция выполнена во всех случаях. Осложнения в послеоперационном периоде диагностированы у двух пациентов. В одном случае у пациента после лапароскопической степлерной резекции задней стенки желудка в ближайшем послеоперационном периоде развилось кровотечение из линии степлерного шва, гемостаз достигнут лечебной гастроскопией. Во втором случае у пациента после эндоскопического внутрипросветного вмешательства на первые сутки послеоперационного периода диагностирован местный отграниченный перитонит, потребовавший лапароскопического ушивания дефекта стенки желудка. Таким образом, эндоскопический и лапароскопический доступы могут быть применены при локализованных формах ГИСО желудка, а тип и объем оперативного вмешательства зависит от размеров, характера роста и локализации опухоли.

475.ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ - ОСОБЕННОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ

Лебедев Н.Н., Шихметов А.Н.

Москва

Поликлиника ОАО "Газпром"

В настоящее время Министерство здравоохранения Российской Федерации реализует трехуровневую систему оказания первичной медико-санитарной помощи. Приоритетным направлением в обеспечении населения доступной и качественной медициной является развитие амбулаторно-поликлинической помощи. Учитывая малоинвазивность хирургических методик с использованием эндоскопической техники, появилась возможность применять их в амбулаторных условиях. Целью нашей работы стало определение объема амбулаторной хирургической помощи с использованием видеоэндоскопической техники, организация подготовки к операции, оптимизация технических приемов в ходе вмешательства, оценка принципов послеоперационного ведения таких пациентов. Материалы и методы. В условиях Поликлиники ОАО «Газпром» с 2006 по 2015 годы выполнено 3314 операций с использованием видеоэндоскопической техники. Из них холецистэктомий -119, фундопликаций при ГЭРБ – 13, герниопластик – 10, аппендэктомий – 9, адгезиолизис при спаечной болезни брюшной полости – 84, операций на матке и ее придатках – 334, гистероскопий и резектоскопий – 2012, лазерных вапоризаций аденомы предстательной железы – 130, операций при варикоцеле – 31, операций при геморрое – 157, ЛОР операций – 191, лечебных артроскопий – 221. Лапароскопические вмешательства выполнены с использованием инструментов и аппаратуры иностранных и отечественных производителей. Использовали лапароскоп 5мм в диаметре с оптикой под углом 30 градусов. Операцию всегда начинали с ревизии органов брюшной полости, устанавливали окончательный диагноз и выработывали план оперативного вмешательства, включая выполнение симультанных операций. Коагуляцию раневых поверхностей паренхиматозных органов проводили аппаратом плазменной аргонусиленной коагуляции, биполярной и монополярной электрокоагуляцией шариком и лопаткой. Для визуализации патологического процесса в органах брюшной полости при спаечном процессе использовали интраоперационную ультразвуковую диагностику лапароскопическим датчиком. Для предупреждения спаечного процесса в брюшной полости использовали противоспаечные гели, покрывая ими раневые поверхности. Брюшную полость всегда дренировали силиконовыми дренажами, которые удаляли через 10-12 часов после операции. В ходе предоперационного обследования выявлялись особенности течения основного и сопутствующих заболеваний. Если прогнозировалась задержка больного в Поликлинике после операции более суток, то такие пациенты направлялись в больницы города. Важным этапом подготовки к операции явился клинический разбор, на котором коллегиально определялись показания, способ операции и вид обезболивания. Пациенту выдавалась памятка с рекомендациями по подготовке к операции и поведению в послеоперационном периоде в домашних условиях. В ходе операции дежурила бригада неотложной помощи с санитарным автомобилем. После оперативного вмешательства пациенты находились в палате дневного стационара от 16 до 20 часов под наблюдением анестезиолога. Важным моментом стала система послеоперационного ведения больных, созданная в поликлинике. В послеоперационном периоде действовала постоянная телефонная связь с больным, позволявшая ежедневно, а в первые дни несколько раз в день проводить «обход по телефону» и при необходимости осмотреть больного на дому или в поликлинике. Договор с близлежащим стационаром обеспечивал круглосуточную

возможность экстренной госпитализации больного при возникновении осложнений. Особое внимание уделяли выполнению симультанных лапароскопических операций. В 9 случаях при ревизии брюшной полости у пациенток с гинекологическими заболеваниями была выявлена паховая грыжа. Этим больным после гинекологического этапа операции выполнена видеолапароскопическая герниопластика сетчатым трансплантатом. В 2 случаях выполнена холецистэктомия и удаление кист яичников, у двух больных лапароскопическая холецистэктомия сочеталась с фундопликацией по Ниссену, у одной больной выполнена энуклеация кист яичников, холецистэктомия и фундопликация по Ниссену-Розетти. Обсуждение результатов: При традиционной схеме лечения врач поликлиники, направляя пациента в стационар, практически не имеет возможности наблюдать за течением процесса лечения и влиять на него, и, наоборот, врач стационара, детально знающий особенности оперативного вмешательства, течение раннего послеоперационного периода, не может влиять на процесс дальнейшего выздоровления пациента. Расширяя объем хирургической помощи в поликлинических условиях, лечащий врач не только готовит пациента к операции, но и активно участвует в ее выполнении, ведении раннего послеоперационного периода, реабилитации до полного выздоровления больного. Такой подход к лечению хирургической патологии не только значительно повышает ответственность врача, но и создает дополнительные стимулы для повышения квалификации сотрудников, привлекает в поликлинику высококвалифицированные кадры хирургов. По нашему мнению, противопоказанием к выполнению лапароскопических операций в амбулаторных условиях является выявленная в ходе обследования высокая вероятность задержки больного в Поликлинике сроком больше суток. За 2014 год в стационар на лапароскопическую холецистэктомию мы направили 6 пациентов из 25. Успешная разработка и внедрение стационарозамещающих технологий в Поликлинике стали возможными при соблюдении тщательного отбора пациентов для предстоящего хирургического лечения. Техника выполнения видеоэндоскопических вмешательств в Поликлинике, по нашему мнению, имеет свои особенности. Мы использовали, в основном, 5-ти и 2-х мм троакары и эндоскопические инструменты. Отношение к гемостазу стало важнейшим моментом в развитии амбулаторной эндовидеохирургии в поликлинике. Для надежного гемостаза, наряду с электрокоагуляцией, применяли ультразвуковую, радиоволновую и плазменную коагуляцию тканей. Кровотечений в послеоперационном периоде в наших наблюдениях не было. Применение интраоперационного ультразвукового исследования позволило без излишней травматизации визуализировать кистозные образования малого таза, особенно при спаечном процессе. Выполнение симультанных операций привело к удлинению времени операции, но в послеоперационном периоде мы не отметили увеличения сроков восстановительного периода. За 5 лет только у одного пациента возникло осложнение, потребовавшее срочной госпитализации. После лапароскопического адгезиолизиса и пластики вентральной грыжи через 7 часов после операции развилась перфорация тонкой кишки на фоне электро ожога ее стенки. Установленный дренаж позволил своевременно распознать осложнение. В стационаре, с участием хирургов поликлиники, больному выполнена лапаротомия. Наступило выздоровление. Сроки нетрудоспособности после выполнения лапароскопических операций в Поликлинике оказались на 6 дней меньше, чем после стационарного лечения, что связано с ранней активизацией больных и созданием психологической атмосферы, направленной на быстрое выздоровление пациента. Средний срок нетрудоспособности после выполнения лапароскопической холецистэктомии составил 15,6 дней. Экономическая выгода оказалась очевидна, так как при лечении в Поликлинике отсутствовали затраты на «гостиничные» услуги. Выводы: 1. Внедрение эндовидеохирургических вмешательств позволяет расширить объем хирургической помощи в поликлинических условиях 2. Малотравматичные инструменты, надежные методы гемостаза, интраоперационная

ультразвуковая диагностика способствуют уменьшению операционной травмы, что обеспечивает раннюю активизацию пациентов и благоприятное течение послеоперационного периода в домашних условиях 3. Тщательное предоперационное обследование больного позволяет избежать осложнений в ходе операции и раннем послеоперационном периоде 4. Обязательным условием развития стационарзамещающих технологий с использованием видеолапароскопии является наличие договора с близлежащим стационаром для срочной госпитализации пациента в случае возникновения интра- или послеоперационных осложнений

476.Первый опыт ведения пациентов по протоколу ERAS после лапароскопически-ассистированной дуоденопанкреатэктомии.

Егиев В.Н 1,2., Далгатов К.Д.1,2., Курсков А.О., Мамадумаров В.А., Гальцев С.А., Козодаева М.В.

Москва

1).Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова г. Москва . 2).Кафедра хирургии и онкологии ФПК МР РУДН

Внутрипротоковая папиллярно-муцинозная опухоль (IPMN) поджелудочной железы развивается из цилиндрического эпителия главного панкреатического протока или его ветвей. Является подвидом кистозных опухолей с высоким риском озлокачествления. Впервые данная опухоль описана в 1982 году К. Ohashi. В 1996 году G. Kloppel установлены диагностические критерии, позволяющие дифференцировать данную опухоль от других муцинозныхцистаденом и цистаденокарцином. В связи с улучшением методов дооперационной диагностики частота выявления IPMN возрастает, что увеличивает спрос на современные хирургические методы лечения данного заболевания. По данным научной литературы, IPMN составляет до 24% всех кистозных опухолей поджелудочной железы. IPMN представлена двумя формами: не инвазивной и инвазивной. Макроскопически классифицируют по локализации: главного панкреатического протока 53,4%, ветвей главного протока (branch-duct type) 38,4% и смешанный тип - 8,2%. Лабораторная диагностика при IPMN, как правило, неинформативна в связи с чем, предпочтение отдается эндоскопическому ультразвуковому исследованию и магнитно-резонансной холангиопанкреатографии. Чувствительность и специфичность данных методов в выявлении злокачественных IPMN достигает 86% по данным разных авторов. Единственным радикальным методом лечения является резекция поджелудочной железы, а, в некоторых случаях, и панкреатэктомия. В отделении хирургии печени и поджелудочной железы на базе ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова внедрен протокол Европейского общества по ускоренной реабилитации в хирургии (ERAS). Данный протокол позволяет значительно улучшить качество жизни пациентов, уменьшить количество осложнений и сократить количество койко-дней. ERAS подразумевает обучение больных и их родственников правильному поведению в послеоперационном периоде, отказ от механической подготовки кишечника, применение эпидуральной анальгезии и НПВС, отказ от установки зондов и дренажей в пользу ранней активизации, и раннего питания пациента. До недавнего времени метод ERAS был применим у пациентов с небольшими оперативными пособиями. Однако активное внедрение эндоскопических технологий позволило применить опыт ERAS при мультиорганных резекциях. В нашей клинике по поводу IPMN наблюдалось двое

больных. Диагноз подтвержден данными магнитно-резонансной холангиопанкреатографии и эндоскопическим УЗИ. В обоих случаях выявлено тотальное поражение главного панкреатического протока, в связи с чем выполнены две лапароскопически-ассистированные дуоденопанкреатэктомии с сохранением селезенки. Лапароскопическая часть включала в себя резекционный этап. Реконструктивный этап выполнялся через мини-доступ в эпигастральной области. Продолжительность операций составила 5 часов. Кровопотеря в обоих случаях - минимальная. Больные проведены по протоколу ERAS, в обоих случаях не выполнялось дренирование брюшной полости. По классификации DindoClavien послеоперационные осложнения не выявлены. Больные выписаны на 5-6 сутки на заместительной терапии. Таким образом, применение малоинвазивных способов хирургического лечения в сочетании с методами ERAS является перспективным направлением современной эндоскопической хирургии позволяющем улучшить качество жизни пациентов в послеоперационном периоде, уменьшить послеоперационные осложнения и сократить койко-день.

477.Первый опыт лапароэндоскопической «Rendez-vous» методики в одномоментном лечение сочетания острого калькулезного холецистита, осложненного холедохолитиазом.

Егиев В.Н^{1,2.}, Далгатов К.Д.^{1,2.}, Василенко К.В., Коссович М.А., Курсков А.О., Кошелев Д.А., Гальцев С.А.

Москва

1).Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова г. Москва . 2).Кафедра хирургии и онкологии ФПК МР РУДН

Сочетание острого калькулезного холецистита и холедохолитиаза сопровождается высокими показателями повторных оперативных вмешательств 2,0-4,5 % и осложнений - 15,0-20,0 %. Хирургическое лечение больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом, является одной из самых сложных проблем неотложной желчной хирургии. При установленном диагнозе острого холецистита и холедохолитиаза, выбор варианта хирургического вмешательства нередко зависит от возможностей дежурного стационара и врачебной бригады, а иногда определяется утвержденной в данном учреждении единой лечебной тактикой. Более того на сегодняшний день нет единого утвержденного консенсуса относительно тактики лечения данной категории больных. В ГКБ№1 им. Н.И.Пирогова лапароэндоскопическая «Rendez-vous» методика применена у 6 больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом. Диаметр общего желчного протока составил 12+/-3мм, размер внутрипротоковых конкрементов варьировал от 5 до 11мм. Во всех случаях уровень билирубинемии не превышал 100ммоль/л. Длительность заболевания менее 48 часов. В условиях операционной, с использованием рентгеновской С-дуги выполнялась лапароскопическая холецистэктомия с канюляцией пузырного протока и проведением струны в просвет через устье большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Параллельно врач-эндоскопист выполнял дуоденоскопию и производил захват проводника эндоскопической петлей, в дальнейшем используя ее в качестве направляющего для папилотома. После папилотомии выполнялась холангиография и литоэкстракция. По завершению эндоскопического этапа операцию

заканчивали холецистэктомией. Полная санация холедоха выполнена в 100%, подтвержденная интраоперационной холангиографией. В послеоперационном периоде всем больным на следующие сутки выполнялось УЗИ органов брюшной полости и контроль биохимических показателей крови (амилаза, билирубин). Осложнений, амилаземии в послеоперационном периоде не отмечено. Больные выписывались на 2 сутки. Заключение: В успешном лечении больных с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом основным фактором является слаженность и преемственность работы эндоскопической и хирургической бригад. Одномоментная методика «Rendez-vous» лапароэндоскопического лечения данной категории больных позволили нам значительно сократить сроки пребывания больного в стационаре, избежать эпизодов панкреатита и профилактировать повторные эпизоды холедохолитиаза.

478. Опыт применения лапароскопических технологий в лечении острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза

Сажин А. В., Мосин С. В., Дзусов М. А., Макарова О.К.

Москва

ГБОУ ВПО "Российский Национальный Исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова" Минздрава России

Цель исследования. Изучение сравнительных результатов применения традиционных и лапароскопических методов диагностики и лечения острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза (ОКННГ), в условиях отработки мануальных навыков и после выхода «на плато обучения», а так же разработка лечебно-диагностического алгоритма. Материалы и методы. В исследовании приняло участие 367 пациентов, оперированных по поводу ОКННГ в хирургическом отделении ГБУЗ ГКБ №4 ДЗ г. Москвы за 10 лет (2004–2013 гг.). Все пациенты были разделены на 2 группы: Контрольная – пациенты, оперированные по поводу ОКННГ за период 2004-2008 годы; Основная — 2009-2013 годы. Основным отличием между группами, которые были сравнимы между собой по полу, возрасту и сопутствующей патологии, являлись опыт хирургов в технике лапароскопических операций (уровень владения мануальными навыками), а так же применение различных лечебно-диагностических алгоритмов при ОКННГ в клинике. Результаты и обсуждение. Обе группы исследования оценивались по следующим критериям: частота послеоперационных осложнений, длительность лечения, летальность. За период наблюдения, при увеличении доли операций с применением лапароскопических технологий при ОКННГ отмечена достоверная тенденция к снижению количества и процента осложнений. В Контрольной группе «большие» осложнения составили 7,8%, а в Основной группе — 3,6%, что в 2,17 раз меньше, чем в Контрольной. Медиана показателя «Количество осложнений» в Контрольной группе составила 3 [2; 3], а в Основной — 1 [1; 2]. За 10 лет длительность стационарного лечения из года в год варьировалась. Средняя длительность лечения в Контрольной группе составила 13,2 к/д, в Основной группе — 12,4 к/д. Наблюдается тенденция к снижению длительности лечения в 1,06 раз. Общий показатель летальности при ОКННГ в Контрольной группе составил 10,5%, в то время как в Основной он составил 4,1% что,

статистически значимо, в 2,56 раз меньше ($p < 0,05$). Нами предложен алгоритм применения лапароскопии в диагностике и лечении ОКННГ. После физикального обследования и получения результатов основных лабораторных исследований и при подозрении на ОКННГ мы производим обзорную рентгенографию брюшной полости, а также рентгеноконтрастное исследование с введением водорастворимого контрастного вещества (ВРКВ). В сомнительных случаях также считаем необходимым проведение УЗИ брюшной полости, КТ брюшной полости с контрастированием. При отсутствии признаков странгуляционной непроходимости, перитонита, наличии предшествующей операции более чем за 6 недель до развития ОКННГ, а также при признаках разрешения ОКННГ при поступлении в стационар, мы проводим консервативное лечение. В случае если при поступлении пациента, или в ходе проводимого консервативного лечения ОКННГ наступал момент выбора между продолжением лечения и показаниями к операции, у пациентов в основной группе выбор всегда делался в пользу лапароскопии (при отсутствии абсолютных противопоказаний). При появлении на контрольной рентгенограмме ВРКВ в толстой кишке в течение 24 часов, отсутствии арок, уровней жидкости, а также клинических симптомов можно констатировать разрешение ОКННГ. Если на рентгенограмме, снятой через 24 часа, контраст находится в толстой кишке, и при этом сохраняются горизонтальные уровни и арки, а так же в том случае, если имеется клиническая симптоматика непроходимости, мы производим диагностическую видеолапароскопию с интраоперационным решением вопроса о дальнейшей тактике лечения. Также мы считаем показанной диагностическую видеолапароскопию в случае отсутствия явной положительной динамики в течение более 24–48 часов, а так же во всех сомнительных случаях. При выполнении лапароскопии определяются показания и противопоказания к продолжению операции лапароскопическим способом, или к конверсии в лапаротомию, но необходимо учитывать, что данные критерии могут применяться только при достаточных (устойчивых) мануальных навыках у хирурга; в противном случае показания к конверсии могут необоснованно расширяться в силу субъективных причин. Показаниями к конверсии мы считаем: перитонит, неустранимый лапароскопическим способом; выраженный спаечный процесс, неустранимый лапароскопическим способом; повреждение кишки, неустранимое лапароскопическим способом, или любые другие патологические изменения, неустранимые лапароскопическим способом. При отсутствии показаний к конверсии, операцию целесообразно продолжать лапароскопическим способом. Выводы. Мы считаем, что достигнутая в нашем исследовании доля лапароскопических операций в 37,5% при ОКННГ является достижимой и воспроизводимой величиной при наличии устойчивых мануальных навыков у оперирующих хирургов, и может быть увеличена ещё больше без увеличения частоты осложнений. Применение разработанного алгоритма, а так же достижение необходимого уровня мануальных навыков лапароскопической хирургии в условиях центров симуляционного обучения, позволит значительно сократить время, необходимое для достижения целевых показателей при внедрении лапароскопических операций при ОКННГ в клинике.

479. Одномоментные и отсроченные вмешательства при сочетании острого калькулезного холецистита, осложненного холедохолитиазом.

Егиев В.Н. 1,2., Далгатова К.Д. 1,2., Василенко К.В., Коссович М.А., Курсков А.О., Кошелев Д.А., Гальцев С.А.

Москва

1).Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова г. Москва . 2).Кафедра хирургии и онкологии ФПК МР РУДН

Желчнокаменная болезнь относится к числу широко распространенных заболеваний, она обнаруживается у 10-15% взрослого населения, а в возрасте старше 40 лет встречается у более 20% людей. Наиболее частым осложнением желчнокаменной болезни является острый холецистит, который занимает лидирующие позиции в структуре неотложных заболеваний органов брюшной полости. При сочетании острого калькулезного холецистита и холедохолитиаза имеют место высокие показатели повторных вмешательств 2,0-4,5 % и осложнений - 15,0-20,0 %. Хирургическое лечение больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом, является одной из самых сложных проблем неотложной желчной хирургии. При установленном диагнозе острого холецистита и холедохолитиаза, выбор варианта хирургического вмешательства нередко зависит от возможностей дежурного стационара и врачебной бригады, а иногда определяется утвержденной в данном учреждении единой лечебной тактикой. В ГКБ№1 им. Н.И.Пирогова за 2013-2015гг. оперировано 541 больных с острым холециститом, из них в 152 (28,09%) случаях острый холецистит сочетался с холедохолитиазом. Средний возраст больных в "осложненной" группе составил 63±14 лет. У всех больных имелся болевой синдром в правом подреберье, желтуха разной степени выраженности. У 48 (31,57%) больных имелась клиника холангита. Длительность заболевания не превышала 3-х суток. Необходимо отметить тот факт, что у 32 (21,05%) больного имелась амилаземия в анализах крови и признаки острого панкреатита по МСКТ. Значения амилазы крови варьировали от 140 до 2000 ммоль/л. Больным с холангитом и амилаземией 64 (42,1%) выполняли эндоскопическую папилосфинктеротомию, литоэкстракцию (ЭРХПГ, ЛЭ) в экстренном порядке. В 11 (7,2%) случаях, при больших размерах конкрементов (более 2см), безуспешной литэкстракции, был установлен полиуретановый стент в общий желчный проток. Для профилактики рецидивного холедохолитиаза, больным с положительной динамикой показателей крови, купированным болевым синдромом, с невысоким операционно-анестезиологическим риском выполнялась ранняя холецистэктомия (12-24ч). Таких пациентов было 52 (34,2%). Средний возраст в данной группе составил 64±9 лет. Операционно- анестезиологический риск ASA II-III. Продолжительность операции 96±46мин. В 41 случаях интраоперационно диагностирован флегмонозный калькулезный холецистит, и в 11 случаях - гангренозный. В 1 случае на 3 сутки диагностирован желчный перитонит. Выполнена релапароскопия, при которой выявлен точечный, наиболее вероятно термического происхождения, дефект общего желчного протока чуть выше культы пузырного протока, который был ушит интракорпоральным швом. Средний койко-день в этой группе составил - 3,2. Летальных исходов не было. Повторных госпитализаций по поводу поздних осложнений не отмечено. Заключение: В успешном лечение больных с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом основным фактором является слаженность и преемственность работы эндоскопической и хирургической бригад. Ранние лапароскопические холецистэктомии позволили нам значительно сократить сроки пребывания больного в стационаре и профилактировать повторные эпизоды холедохолитиаза.

480.ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ У ПОСТРАДАВШИХ С АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ, СОПРОВОЖДАВШЕЙСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕМ СЕЛЕЗЕНКИ

Суворов В. В., Маркевич В. Ю., Гончаров А. В., Пичугин А. А., Халаф Ж. М., Самохвалов И. М.,

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВПО «ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ИМ.С.М.КИРОВА» МО РФ

Одним из перспективных направлений лечения пострадавших с абдоминальной травмой, стало широкое внедрение органосохраняющих эндовидеохирургических оперативных вмешательств. Целью исследования явилась оценка эффективности применения лапароскопических органосохраняющих операций при повреждениях селезенки. В ходе работы проводился ретроспективный анализ 114 историй болезни пострадавших с тяжелой травмой живота с повреждением селезенки, находившихся на лечении в клинике военно-полевой хирургии в период с 2000 по 2015 гг. Исследуемый массив был разбит на 2 группы. В первую группу было включено 58 раненых и пострадавших, поступивших в клинику в 2000-2006 гг. Данной категории пациентов при поступлении выполнялась лапаротомия по поводу продолжающегося внутрибрюшного кровотечения, спленэктомия. Повреждения селезенки I-III степени (по AAST) наблюдались в 58,4 % случаев, IV-V степени – в 41,6 %. Средний срок лечения составил $25,52 \pm 5,86$ суток, пострадавшие находились в отделении интенсивной терапии в среднем $4,96 \pm 1,8$ суток. Летальность составила 37%. Во вторую группу было включено 56 раненых и пострадавших, поступивших в клинику в 2010-2015 гг. Данной категории пациентов при поступлении в 49,6% случаев выполнялась лапаротомия со спленэктомией, в 41,7% случаев выполнялись органосохраняющие оперативные вмешательства – лапароскопия с коагуляцией разрывов селезенки. В 3 случаях (8,7%) при выполнении лапароскопии связи с неэффективным гемостазом разрывов селезенки осуществлялась конверсия с последующей спленэктомией. Повреждения селезенки I-III степени наблюдались в 61,4 % случаев, IV-V степени – в 38,6 %. Средний срок лечения составил $18,16 \pm 4,5$ суток, пострадавшие находились в отделении интенсивной терапии в среднем $2,43 \pm 1,6$ суток. Летальность составила 16%. Таким образом, внедрение органосохраняющих лапароскопических операций при повреждениях селезенки у пострадавших с тяжелыми травмами живота позволило в 41,7% случаев избежать «напрасных» лапаротомий и сохранить орган, сократить сроки лечения и снизить летальность у данной категории раненых и пострадавших.

481. Малоинвазивные эндохирургические вмешательства у больных с механической желтухой в условиях экстренной хирургии

Родоман Г.В.(1), Соколов А.А.(1), Желтиков А.Н.(1), зарубиани В.Г.(2), Сиротинский В.В.(1)

Москва

1) РНИМУ им Н.И.Пирогова 2) 1 МГМУ им И.М.Сеченова

Проблема лечения больных с механической желтухой опухолевого генеза в экстренной хирургии остается актуальной. За 2013-2014 год в отделениях экстренной хирургии ГБУЗ "ГКБ № 13 ДЗМ" выполнено 165 миниинвазивных вмешательств у больных с желчной гипертензией. Как правило, дренирующие операции этой категории больных выполнялись в экстренном или срочном порядке до окончательной верификации диагноза. Алгоритм подготовки больных включал физикальное обследование, клинический и биохимический анализы крови и мочи и обязательное УЗ - исследование гепато-билиарной системы. В случаях, когда УЗИ не давало однозначного ответа о генезе желтухи, план обследования дополнялся компьютерной томографией с болюсным контрастированием. При выработке показаний к дренирующей операции в первую очередь оценивалась локализация опухоли. В случае расположения препятствия в воротах печени предпочтение отдавалось антеградной методике а в случае дистального блока - ретроградной холангиографии с последующим стентированием. С целью дренирования желчных протоков использовались полимерные стенты диаметром от 7 до 11Fr или металлические самораскрывающиеся стенты от 8 до 11 мм в диаметре различной длины. Эндоскопическое дренирование билиарной системы оказалось успешным у 93% больных, а дренирование при чрезкожно-чрезпеченочном доступе у 6% пациентов. В 2-х случаях использована методика "рандеву". 29% пациентов были рестентированы в сроки от 3 месяцев до 1 года. Целью повторного вмешательства было восстановление проходимости желчных протоков путем замены стента. Для экстренной декомпрессии мы использовали только полимерных стенты, что обусловлено их большей доступностью и более "плавной" декомпрессией протоковой системы. Металлические самораскрывающиеся стенты использовались при повторных вмешательствах у больных, которым по каким либо причинам радикальное хирургическое вмешательство не показано. Наблюдение за данной категорией больных показало, что антеградное или ретроградное билиодуоденальное стентирование, по эффективности не уступает открытым операциям, но легче переносится и значительно безопаснее для пациента.

482. Роль лапароскопии в аспекте оказания медицинской помощи в условиях многопрофильного стационара

Самохвалов И. М., Суворов В. В., Маркевич В. Ю., Гончаров А. В., Пичугин А. А., Халаф Ж. М., Бадалов В. И., Жуманазаров Б. Я.

Санкт-петербург

ФГБВОУ ВПО «ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ИМ. С. М. КИРОВА» МО РФ

Вопрос о необходимости и целесообразности выполнения эндовидеохирургических вмешательств, в частности, видеолапароскопий при абдоминальной травме заслуживает отдельного внимания. За период с 2001 по 2015 гг. в клинике военной полевой хирургии было выполнено 1026 лечебных и диагностических видеолапароскопий. Преимущества эндовидеохирургических вмешательств общеизвестны: снижение уровня хирургической агрессии, отказ от травматических и длительных диагностических вмешательств, возможность детального осмотра труднодоступных мест, сохранение целостности воспалительных барьеров, полноценная диагностика характера ранений и травм, улучшение результатов и сокращение сроков лечения.

Концепция травматической болезни, предложенная Дерябиным И. И. в середине 1970-х годов, позволяет достоверно прогнозировать в определенный период времени развитие тех или иных ближайших последствий и осложнений у пострадавших с абдоминальной травмой, что позволяет широко применять эндовидеохирургические методы лечения в оптимальные сроки. В первом периоде травматической болезни, по неотложным показаниям (73,7% пациентов), выполнялись диагностические и лечебные эндовидеохирургические оперативные вмешательства при повреждении паренхиматозных, полых органов брюшной полости, полости малого таза (диагностическая лапароскопия, ушивание ран диафрагмы, коагуляция повреждений печени, селезенки, лапароскопическая спленэктомия, ушивание точечных ран желудка, разрывов мочевого пузыря). У большинства пациентов ЛС явилась окончательным методом лечения. Для второго периода течения травматической болезни характерно выполнение операций «второго взгляда» (Second Look), устранение ранней послеоперационной кишечной непроходимости (4,5% пациентов). Характерными оперативными вмешательствами третьего периода течения травматической болезни у 20,3% пациентов (периода максимального риска развития инфекционных осложнений) явились санации и дренирования абсцессов брюшной полости и малого таза, при висцеральных внутрибрюшных инфекционных осложнениях – санация очага хирургической инфекции (деструктивный холецистит, посттравматический панкреатит). В четвертом периоде развития травматической болезни, в основном, у 1,5% пациентов выполнялись реконструктивно-восстановительные оперативные вмешательства (устранение послеоперационных вентральных грыж, восстановление непрерывности желудочно-кишечного тракта). Результатами внедрения эндовидеохирургических технологий в диагностику и лечение тяжелых ранений и травм живота в клинике военно-полевой хирургии явились: снижение летальности с 22,1% до 12,3%, уменьшение сроков лечения в отделениях интенсивной терапии с 8,4=1,2 до 6,0=0,8 суток, снижение сроков нетранспортабельности пациентов.

483. САНАЦИОННЫЕ ТОРАКОСКОПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО СПОНТАННЫМИ РАЗРЫВАМИ ПИЩЕВОДА

Столяров С.И., Добров А.В.

Чебоксары

БУ "Республиканская клиническая больница"

Актуальность. Наиболее частой и наиболее непонятной из причин первичного гнойного медиастинита является спонтанный разрыв пищевода (СРП) – заболевание известное так же как синдром Бурхаве, барогенный разрыв пищевода, апоплексия пищевода, банкетный пищевод и др. Прижизненный диагноз СРП впервые установлен V. Meyers в 1858 г., первая успешная операция выполнена в 1911 г. T. Sensert. В 80% случаев СРП наблюдается у мужчин старше 50 лет, но заболевание встречается в любом возрасте, описаны даже у грудных детей. Описаны случаи СРП в раннем послеоперационном периоде после операций на органах брюшной полости. Большое значение имеют предшествующие изменения пищевода – пептический эзофагит, ахалазия кардии, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Считают, что причиной СРП является внезапный заброс желудочного содержимого и газов в пищевод при закрытии глоточно-

пищеводного сфинктера. Этиологическими моментами являются алкогольное опьянение, переедание, расстройство рвотного центра. К производящим факторам так же относятся подъем тяжести, дефекация, роды, астматический статус. СРП наиболее часто локализуется в нижней трети на левой стенке, хотя отмечены случаи разрывов всех отделов. Заболевание приводит к бурному развитию медиастинита с летальностью достигающей 80%. СРП встречается нечасто, но сопровождается поздней диагностикой, развитием тяжелых витальных осложнений. Материалы и методы. За период 1991 – декабрь 2015 года в хирургическом торакальном отделении БУ «Республиканская клиническая больница» находились на лечении 29 пациентов с СРП в возрасте от 27 до 68 лет, средний возраст – $50,9 \pm 1,0$ лет. Мужчин – 23(79,3%), женщин – 6(20,7%). Все пациенты были переведены в хирургическое торакальное отделение из других лечебных учреждений города и республики. Сроки первичного поступления в стационар с момента начала заболевания от 2 часов до 11 суток, в среднем $3,3 \pm 0,3$ сутки. Результаты и их обсуждение. Из 29 поступивших в хирургическое торакальное отделение 11 были оперированы после установления диагноза торакальными хирургами в условиях центральных районных и городских больниц. Не оперирован один больной поступивший в хирургическое торакальное отделение с клиникой инфекционно-токсического шока(был направлен с диагнозом эмпиемы плевры слева, ранее проведена лапаротомия с диагнозом перфоративной язвы, затем дренирование плевральной полости в другом лечебном учреждении, диагноз до поступления в торакальное отделение не был установлен, подтвержден при аутопсии). 17 больных до оперативного вмешательства лечились с диагнозами: перфоративная язва желудка – 4(проведена лапаротомия); деструктивная пневмония – 3; спонтанный гидропневмоторакс – 2; межреберная невралгия – 1; острый панкреатит – 1; рак пищевода с распадом – 2; травматический гемопневмоторакс – 1; желудочно-кишечное кровотечение – 1; острый инфаркт миокарда – 1; травматическая левосторонняя диафрагмальная грыжа – 1. Для установки диагноза СРП использовали рентгенологические методы, ФЭГС. У всех пациентов имелись признаки острого медиастинита и эмпиемы плевры, у 16 картина сепсиса. В лечении больных с СРП придерживались активной тактики. Разрыв пищевода располагался в нижней трети на левой стенке у 23, левой верхней стенке у 1, нижней трети правой стенки у 2, в средней трети на задней стенке у 1. У двоих имелись множественные разрывы. Размеры дефекта пищевода от 0,7 до 7 см. Медиастинит по локализации был: задне-нижний у 17; задний тотальный у 8; передний и задний тотальный у 3; передний и задний верхний у 1. Левосторонний трансторакальный доступ применен у 24, трансабдоминальный у 3, чресшейный у 1. Шов раны пищевода осуществлялся у всех пациентов, в 3 случаях линия швов укреплена внебрюшинно выделенным лоскутом диафрагмы. У 7 пациентов в раннем послеоперационном периоде выполнялись торакоскопии с санацией плевральной полости и средостения с некрэтомией (от 1 до 3). В данной группе умер 1 (летальность 14,3%). В группе сравнения(n=21 оперированный) – 4(19,0%). Средняя длительность стационарного лечения среди выживших больных в группе , где применялась санационная торакоскопия составила $41,1 \pm 1,0$ день(в отделении реанимации и интенсивной терапии $9,7 \pm 1,5$ дня), в группе сравнения – $68,4 \pm 7,6$ дня($12,7 \pm 2,1$ дня). Всего умерло 6, общая летальность составила 20,7%, среди оперированных – 17,8% (n=5). Причинами смерти явились: аррозионное кровотечение из аорты, геморрагический шок у 3; прогрессирование медиастинита, полиорганная недостаточность у 3. У 5 сформировался пищеводно-плевро-кожный свищ. В 3 случаях свищ закрылся самостоятельно. 2 оперированы: тораколапаротомия с проксимальной резекцией желудка и нижней трети пищевода – 1; лапаротомия, медиастинотомия, пластика дефекта пищевода, фундопликация по Ниссену, оментопластика остаточной плевральной полости – 1. Заключение. Спонтанный разрыв пищевода – редко встречающееся тяжелое заболевание недостаточно известное врачам скорой помощи, отделений неотложной хирургии. При подозрении на СРП необходимо дообследование пациента

для подтверждения или исключения диагноза. При подтверждении диагноза показано экстренное оперативное вмешательство. Предпочтителен левосторонний трансторакальный доступ. Для адекватной санации плевральной полости и средостения возможно применение санационных торакоскопий в ближайшем послеоперационном периоде.

484.Робот-ассистированные и видеоторакоскопические лобэктомии: эффективность и безопасность при заболеваниях легких

Яблонский П.К., Кудряшов Г.Г., Нуралиев С.М., Васильев И.В., Аветисян А.О., Козак А.Р.

Санкт - Петербург

ФГБУ "СПбНИИ Фтизиопульмонологии" Минздрава России

Введение Робот-ассистированные (РАТС) операции выполняются в торакальных клиниках на протяжении более 10 лет (1). Тем не менее возможность применения роботизированной технологии в качестве альтернативы видеоторакоскопическим (ВАТС) вмешательствам в настоящее время активно обсуждается. Цель исследования: Сравнить результаты использования РАТС и ВАТС лобэктомий при заболеваниях легких. Материалы и методы: В исследование включены 117 последовательных пациентов с заболеваниями лёгких, поступивших в клинику для хирургического лечения в объеме лобэктомии. Из них 61 с локализованными формами туберкулеза, 51 с опухолями легких, 5 с другими заболеваниями лёгких (бронхоэктатическая болезнь - 2, микобактериоз - 2, внутридолевая секвестрация - 1). На дооперационном этапе больные разделены на 2 группы в зависимости от планируемого объема вмешательства: стандартная лобэктомия и лобэктомия с лимфодиссекцией. Доля курящих в первой группе составила 50%, во второй группе 40%. Индекс коморбидности был равен – 1 (0-4) и 2 (0-8), ОФВ 1 – 3,4л (1,03-5,02 л) и 2,8 л (1,8-4,4 л), индекс массы тела – 22 (17-36) и 27 (22-37 л) в первой и второй группах соответственно. План предоперационного обследования и показания к операции базировались на основе современных клинических рекомендаций (2,3). Результаты Все пациенты оперированы с использованием миниинвазивных технологий. В первой группе выполнено 48 робот-ассистированных лобэктомий с использованием хирургической системы Da Vinci Si и 21 видеоторакоскопическая лобэктомия. Длительность операции и кровопотеря составили 186 мин. (160-380 мин.) / 226 мин. (130-415 мин.), 90 мл (30-500 мл) / 105 мл (50-350 мл) при РАТС и ВАТС операциях соответственно. Во второй группе выполнено 21 РАТС и 27 ВАТС лобэктомий с лимфодиссекцией. Длительность операции и кровопотеря составили 196 мин. (125-295 мин.)/ 260 мин. (175-380 мин.), 118 мл (10-320 мл)/ 190 мл (50-1100 мл)соответственно. Достоверно меньшие длительность операции и объем кровопотери отмечался при РАТС лобэктомиях без лимфодиссекции (р

485. ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО КОРРЕКЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОЙ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Хуболов А.М.

Саратов

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

В настоящее время отмечается рост числа пациентов с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). Консервативная терапия ГЭРБ, основана на приеме антацидов и антисекреторных препаратов, и приводит к положительному клиническому эффекту у 90-95% больных, но уже после прекращения приема этих препаратов, рецидив заболевания выявляется у 80-100% больных, что способствует хронизации ГЭРБ с развитием таких тяжелых осложнений заболевания как - пептической язва и стриктура пищевода, аденокарцинома пищевода, пищевода Барретта, и др. Основная цель хирургической коррекции ГПОД с рефлюкс-эзофагитом, согласно резолюции VI Объединенной европейской конференции в Бирмингеме (1997 г.) - скоррегировать анатомо-физиологические нарушения гастроэзофагеального перехода и устранить гастроэзофагеальный рефлюкс с его осложнениями, сохранив при этом способность пациента глотать и контролировать аэрофагию. В настоящее время, существует множество методик оперативного лечения ГЭРБ - различные виды фундопликации, круррорафии, различные виды пластики диафрагмы, выполняемые как из открытого, так и из малоинвазивного доступа. По данным литературных источников, частота послеоперационных осложнений хирургического лечения ГПОД может достигать 55%, что делает крайне важным вопрос выбора метода и объема операции при данной патологии. Цель — улучшить результаты оперативного лечения больных с осложненными ГПОД, путем обоснования объема и метода вмешательства. Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 37 историй болезни больных с осложненными ГПОД. Все пациенты были разделены на две группы — 1 -я группа: 20 пациентов с осложненным течением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (дивертикулит, стеноз и язва пищевода, хронические пищеводные кровотечения); 2 — я группа: 17 пациентов с ранее выполненными оперативными вмешательствами по поводу ГПОД и явления рефлюкс — эзофагита (14 пациентов после фундопликации по Ниссену и 3 пациента после изолированной передней или задней круррорафии). Возраст больных колебался от 25 до 72 лет. Обе изучаемые группы пациентов были сопоставимы по возрасту, длительности заболевания и сопутствующей соматической патологии. Среди исследуемых больных женщин было 20 (54 %), мужчин — 17(46 %). В предоперационном периоде всем больным был выполнен ряд диагностических исследований: общеклинические анализы, рентгенография пищевода, эзофагогастроскопия с биопсией, УЗИ органов брюшной полости, 24-часовая рН-метрия. При инструментальном эндоскопическом исследовании (по классификации Savary-Miller, 1978г), рефлюкс-эзофагит I степени выявлен у 22 больных (59,5%), II ст. - у 10 больных (27%), III ст. - у 5 больных (13,5%). При рН-метрическом исследовании анацидное состояние выявлено у 11,2% больных, нормацидное — у 8,8%, гипоацидное — у 55,3%, и гиперацидное состояние — у 24,7% больных. Признаки гастроэзофагеального рефлюкса отмечены у большинства исследуемых (86,5%). Причем патологический заброс желудочного содержимого в пищевод выявлен в 20,1% пациентов на фоне гиперацидного состояния, при анацидном — у 18,5%, при гипоацидном — у 57,8%, при нормацидном — у 3,6% исследуемых. Всем пациентам вмешательства выполнены с использованием малоинвазивных технологий: 1 — я группа: лапароскопическая фундопликация по Тупе — 22 пациентам (59,4%); 2 — я группа: лапароскопическая фундопликация по Тупе в

сочетании с пластикой диафрагмы синтетическим эндопротезом – 15 пациентов (40,6%). Симультанные вмешательства, при выполнении лапароскопических антирефлюксных операций выполнили у 2-х больных (5,4%) по поводу сопутствующего хронического калькулезного холецистита. Статистическая обработка материала была осуществлена с использованием программы Microsoft Office Excel 2007. Характер распределения данных оценивали с использованием критерия Шапиро — Уилка. Описательная статистика представлена в абсолютных числах, процентном соотношении и как $M \pm \sigma$, где M — среднее арифметическое, σ — стандартное отклонение; для признаков с распределением, отличным от нормального, результаты представлены в виде Me , где Me — медиана. Для обработки данных с нормальным типом распределения использовали параметрические методы: t-тест для независимых группировок, парный t-тест. При характере распределения данных, отличном от нормального, применяли непараметрические методы: критерий Манна — Уитни, критерий χ^2 . Различия между значениями считали значимыми при p

486.Обучение в бариатрической хирургии

Неймарк А.Е.(1), Яшков Ю.И.(2)

Санкт-Петербург, Москва

1)ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр им.В.А.Алмазова» Минздрава России 2)Центр эндохирургии и литотрипсии, г. Москва

Бариатрическая хирургия за короткий период стала одним из важных направлений современной хирургии. Это обусловлено эпидемической ситуацией в отношении ожирения и сахарного диабета 2 типа, развитием лапароскопии и анестезиологии, а также уникальными возможностями бариатрической хирургии в лечении сахарного диабета 2 типа, дислипидемии и других составляющих метаболического синдрома. Сегодня в мире ежегодно выполняется более 500 тысяч бариатрических операций. Тем не менее, несмотря на отчетливую тенденцию к широкому повсеместному внедрению бариатрической и метаболической хирургии, необходимо иметь в виду, что лечение пациентов с морбидным ожирением имеет особую специфику, находится в зоне повышенного риска осложнений и конфликтных ситуаций, требует специальной подготовки хирурга, анестезиолога и другого медицинского персонала. Профессиональными сообществами (Международной федерацией хирургии ожирения и метаболических нарушений - IFSO, Российским обществом бариатрических хирургов) выдвигается целый ряд требований к квалификации специалиста с целью обеспечить безопасность и качество лечения. Квалификация бариатрического хирурга подразумевает: получение базовой информации об ожирении как заболевании, о специфике работы с бариатрическими пациентами, ознакомление с основными технологиями, применяемыми в бариатрической практике с участием в различных научно-практических мероприятиях, междисциплинарных бариатрических программах. Выполнение операций предъявляет требования к высокому уровню хирургических навыков, использованию специальных швистелей и медицинских изделий, владению методиками лапароскопического степлерного и ручного швов, обеспечению специальным оборудованием, адаптированным для тучных пациентов, наличию подготовленного персонала, ведению баз данных об оперированных

пациентах, официальной поддержке руководства медицинского учреждения. В России образовательная программа по бариатрической хирургии предоставляется Обществом бариатрических хирургов в виде 5-дневных семинаров, проводимых два раза в год и курсами тематического усовершенствования на базе некоторых федеральных учреждений. Согласно постановлению Международной федерации хирургии ожирения и метаболических нарушений (1997), все проводимые обучающие мероприятия должны быть аккредитованы IFSO либо национальными профессиональными сообществами, входящим в состав IFSO. Обучающий семинар охватывает основные аспекты проблемы лечения ожирения, включая базовую теоретическую подготовку, он-лайн трансляция операций, либо видеопрезентации операций, что позволяет обучающимся получить ответ на вопросы непосредственно у оперирующего хирурга. По данным Общества бариатрических хирургов, за последние 3 года интерес к этой дисциплине среди врачей значительно вырос. Надо отметить, что многие специалисты приезжают на обучение, уже имея определенный опыт в бариатрической хирургии. После прохождения обучения, как правило, отмечается увеличение их хирургической активности, а также стремление к созданию мультидисциплинарных групп специалистов. Для обеспечения учета бариатрических операций, проводимых в стране, создан Российский бариатрический регистр, и важно, чтобы каждый хирург, выполняющий бариатрические операции, предоставлял данные о результатах своей работы. Данные национальных регистров заносятся в международный регистр, созданный IFSO. Ведение регистра способствует также более тщательному контролю за результатами бариатрических операций, а, следовательно, и повышению качества лечебного процесса. Подготовка специалистов в области бариатрической и метаболической хирургии является важнейшей и неотъемлемой задачей профессионального медицинского сообщества, участие которого, в свою очередь, дает возможность обеспечить необходимый качественный уровень работы специалистов.

487.Продолжительность госпитального обследования больных острым аппендицитом и результаты лапароскопической аппендэктомии.

Майстренко Н.А.,Ромашенко П.Н.,Ягин М.В.

Санкт-Петербург

Кафедра и клиника факультетской хирургии им. С.П.Федорова Военно-медицинской академии

По данным литературы, влияние продолжительности предоперационной диагностики острого аппендицита (ОА) на результаты оперативного лечения, противоречивы. Одни авторы выступают за увеличение периода динамического наблюдения при подозрении на ОА и не видят отрицательного эффекта в виде развития осложненного аппендицита. Другие же являются сторонниками активной хирургической тактики, позволяющей недопустить развития осложнений. Следствием 2-х противоположных лечебно-диагностических алгоритмов являются интра- и послеоперационные осложнения, увеличение длительности госпитализации, повышение стоимости лечения при отсрочке операции и негативные аппендэктомии при интактном червеобразном отростке (ЧО) в случае сокращенной диагностики. Указанные проблемы определяют актуальность исследования. Цель исследования – определить влияние

продолжительности внутригоспитального обследования при подозрении на ОА на результаты лапароскопической аппендэктомии (ЛАЭ). Были изучены и проанализированы результаты обследования и лечения 748 больных острым аппендицитом в период с 2003 г. по 2014 г. Для оценки статистической значимости различий показателей использовался критерий χ^2 - Пирсона. Как правило, диагноз ОА у большинства больных (n=546) подтверждался в течение первых 6 часов. Оставшимся 202 больным проводилось динамическое клиническое наблюдение с мониторингом лабораторно-инструментальных данных. В ходе практической работы руководствовались лечебно-диагностическим протоколом, утвержденным Комитетом по здравоохранению СПб от 2007 г., в котором динамическое наблюдение при подозрении на ОА осуществляется в течение 12 часов. Согласно протоколу, были выделены 3 группы больных: 1-я группа (n=92 пациента) - диагноз ОА подтвержден и выполнена ЛАЭ без диагностической лапароскопии (ДЛ) в указанные 12 часов; 2-я группа (n=69) - при обследовании сроком до 12 часов с целью уточнения диагноза сначала выполнялась ДЛ, а следующим этапом ЛАЭ; 3-я группа (n=41) - операция выполнялась более 12 часов с момента поступления. Все больные имели длительность анамнеза не более 48 часов. В ходе интраоперационной ревизии осложненный аппендицит у больных 1-й группы выявлен в 14 случаях (15%). Макроскопическая картина соответствовала перфоративному аппендициту без перитонита у 7 больных, местному перитониту - у 3-х, рыхлому аппендикулярному инфильтрату - у 4-х. Конверсия на открытую аппендэктомию потребовалась одному пациенту и была обусловлена сочетанием двух факторов – ретроцекальным положением ЧО с перфорацией у его основания. Осложнений в послеоперационном периоде не было. Средний срок госпитализации составил 5 суток. Во 2-й группе осложненный аппендицит диагностирован у 5 больных (7%): перфоративный аппендицит – у 3-х, рыхлый аппендикулярный инфильтрат – у 1, периаппендикулярный абсцесс – у 1-го больного. Конверсий доступа не было. Послеоперационный период протекал без осложнений. В 3-й группе осложненный аппендицит выявлен у 13 больных (32%): перфоративный аппендицит - у 6 пациентов, местный перитонит - у 2-х, рыхлый аппендикулярный инфильтрат - у 3-х, периаппендикулярный абсцесс – у 2-х. Конверсия доступа потребовалась 5 пациентам (12%), при этом стоит отметить технические сложности при ЛАЭ вследствие выраженных воспалительно-деструктивных изменений ЧО, его брыжейки и купола слепой кишки. Макроскопическая картина тифлита выявлена у 1 больного, ампутация ЧО у основания – у 2-х, кровотечение из отечной рыхлой брыжеечки ЧО развилось у 1-го пациента, перфорация у основания аппендикса в сочетании с ретроцекальным положением у 1-го больного. Осложнения развились у 2-х больных (оба с конверсией доступа) в виде нагноения операционной раны. Средний срок госпитализации составил 8 суток. Статистическая разница между показателями выявленного осложненного аппендицита и лечебно-диагностической тактикой была значимой (p

488. Сравнение вариантов доступа при выполнении однопортовой лапароскопической холецистэктомии

Яхин Р.Р.(1), Славин Л.Е.(2), Подшивалов А.Г.(1), Зимагулов Р.Т.(1), Сангаджиев С.Б.(1)

Казань

1) ГАУЗ "Межрегиональный клинико-диагностический центр" 2) ГБОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия Минздрава России

Введение. В последние годы лапароскопическая хирургия стремительно развивается, а необходимость минимизации операционного доступа привела к появлению методики единого лапароскопического доступа, что подразумевает под собой введение лапароскопических инструментов через единственный кожный разрез. Цель. Сравнить лапароскопическую холецистэктомию из единого доступа по методике введения 3-х отдельных троакаров через пупочное кольцо, с использованием порта фирмы Covidien и оригинального порта фирмы ППП. Материалы и методы. Известны различные способы лапароскопической холецистэктомии из единого доступа, в том числе с использованием специальных устройств для создания мультидоступа, который осуществляются через пупочное кольцо 3 см разрезом кожи. Мы рассмотрим некоторые из них и попытаемся выявить преимущества и недостатки. Лапароскопическая холецистэктомию из единого доступа по методике введения 3-х троакаров через пупочное кольцо осуществляется параллельным введением 5 мм и 2-х 10 мм троакаров. В данной методике нами выполнено 2 операции, при выполнении которой использовались стандартные прямые лапароскопические инструменты. Однако для тракции желчного пузыря по данной методике необходимо наличие шарнирно-сочлененного одноразового зажима (Single Use Articulating Clincher) фирмы Covidien, который устанавливается в 5 мм троакар. Лапароскоп и манипулятор для выделения желчного пузыря и клипирование трубчатых структур устанавливается в 10 мм троакары. Ввиду неудобства, связанного с расположением в непосредственной близости 3-х троакаров, существенно затрудняющего хирургическую манипуляцию, решено использовать специальное устройство - порт фирмы Covidien. Порт фирмы Covidien представляет собой вогнутый цилиндр, в проксимальной части которого размещен отвод с краном для газоподачи и три инструментальных канала, в которые вводятся специальные троакары для введения лапароскопических манипуляторов, диаметром 12 мм для выделения желчного пузыря и клипирования протока с артерией, и по 5 мм – для введения оптики и тракции желчного пузыря. По данной методике нами выполнено 3 операции, по результатам которых выявлено, что использование специального устройства для создания мультидоступа – порт позволяет работать прямыми лапароскопическими инструментами, однако применение стандартной 10 мм оптики в данном случае невозможно, поэтому использовалась длинная скошенная 5 мм оптика. Немаловажным также является и то, что данный порт также как и инструменты фирмы Covidien - одноразовый. С целью снижения стоимости операции и для того, чтобы можно было использовать стандартные лапароскопические инструменты, нами был разработан оригинальный порт для единого лапароскопического доступа (патент на полезную модель №135906 – троакар для единого лапароскопического доступа). Оригинальный порт фирмы ППП представляет собой устройство в форме вогнутого тонкостенного цилиндра из силиконовой резины. Верхний край втулки вставляется в цилиндрическую проточку фланца. На плоской поверхности фланца размещены: отвод с краном для газоподачи и три инструментальных канала. Для удобства выполнения лапароскопической холецистэктомии из единого доступа с использованием оригинального порта фирмы ППП также были созданы специальные инструменты с возможностью поворота вокруг своей оси, имеющие изогнутую конфигурацию. Нами выполнено 15 операций с использованием данного порта, вышеописанных инструментов, 10 мм стандартной оптики, а также применяли прямые лапароскопические инструменты. Обсуждение. Сравнительная оценка трех вариантов доступа показала, что довольно сложно выполнить адекватную тракцию желчного пузыря единственным зажимом, что может привести к возникновению технических сложностей, удлинению продолжительности операции и развитию

осложнений. Данный недостаток решается методом подшивания дна желчного пузыря к передней брюшной стенке, что в свою очередь может привести к желчеистечению и необходимости более тщательной санации брюшной полости. Поэтому был создан порт, имеющий четыре инструментальных канала, позволяющий ввести дополнительный манипулятор для отведения дна желчного пузыря и создания оптимального операционного пространства. С использованием данного порта нами выполнено 25 операций. Заключение. Прделанный нами путь при освоении однопортовой лапароскопической холецистэктомии при лечении больных с неосложненной желчекаменной болезнью привел нас к наиболее оптимальному, на наш взгляд, методу и инструментальному сопровождению при выполнении операций через единый доступ.

489.Лапароскопическая фундопликация в лечении больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Шабунин А.В., Мумладзе Р.Б., Багателяя З.А., Греков Д.Н., Якомаскин В.Н., Эминов М.З., Мелконян Г.Г., Гоголашвили Д.Г.

Москва

Кафедра хирургии РМАПО, ГКБ им. С.П. Боткина,

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) относится к числу достаточно часто встречающихся патологических состояний гастроэзофагеального перехода. По данным ряда авторов, распространенность ГЭРБ достигает среди взрослого населения около 50%. Симптомы ГЭРБ болезни являются мучительными для пациентов и значительно ухудшают качество их жизни, снижая работоспособность. В настоящее время в хирургическом лечении ГЭРБ широко применяют эндовидеохирургические вмешательства. В период с ноября 2011 года по ноябрь 2015 год лапароскопические вмешательства по поводу ГЭРБ нами выполнено у 74 больных. Показанием к выполнению операций служило наличие ГПОД, эндоскопические признаки рефлюкс-эзофагита II-III степени по Savary-Miller и неэффективность консервативной терапии. Мужчин было 53 (71,6%), женщин – 31 (28,4%). Возраст больных колебался от 38 до 74 лет. Сопутствующие заболевания имелись у 29(39,2%) больных. Ожирение 2-3 степени было у 23(31,2%) пациентов. ГПОД 3 степени имела у 16(21,6%) пациентов, а у остальных 58(78,4%) больных были выявлены скользящие ГПОД 2 степени. Фиксированные аксиальные грыжи имелись в 4(5,4%) случаях. У 18(24,3%) больных ранее были выполнены другие оперативные вмешательства в брюшной полости. Из них у 7 пациентов в анамнезе были выполнены холецистэктомии. Фундопликация по типу Ниссена в режиме «мягкий охват» на 360 градусов без фиксации пищевода к желудку и к диафрагме выполнялась у 72(97,3%) больным для сохранения физиологических особенностей кардиоэзофагеального перехода (икоты, отрыжки). Длина манжетки формировалась не более 3-х см, диаметр охвата составлял не менее 2,5 см. Куророрафия выполнялась у всех больных, так как, диафрагмальное отверстие превышало физиологический размер. В 2(2,7%) случаях фундопликация выполнена на 180 градусов из-за периспленита, который ограничивал подвижность дна желудка (операция Дора). У 16(21,6%) больных лапароскопическая фундопликация дополнялась симультанной лапароскопической холецистэктомией, с тем, что больные страдали хроническим калькулезным холециститом. У 1 (1,4%) пациента симультанно

была выполнена двухсторонняя лапароскопическая герниопластика по поводу двусторонней паховой грыжи. Средняя продолжительность операции составила $83,6 \pm 9,5$ минут. Интраоперационных осложнений не было. В ближайшем послеоперационном периоде все больные отмечали исчезновение изжоги, уменьшения отрыжки, менялся привкус во рту. У 3 (4,1%) больных была отмечена переходящая дисфагия, которая прошла самостоятельно на 5-6-е сутки после операции. Таким образом, лапароскопическая эзофагофундопликация является высокоэффективным и малотравматичным методом лечения ГЭРБ.

490.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ СПЛЕНЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ С ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Шабунин А.В., Мумладзе Р.Б., Багателия З.А., Греков Д.Н., Якомаскин В.Н., Эминов М.З., Гоголашвили Д.Г., Унанян М.К.

Москва

Кафедра хирургии РМАПО, ГКБ им С.П. Боткина

Введение. Частым показанием к спленэктомии в плановом порядке являются гематологические заболевания. Хирургическое вмешательство у таких пациентов зачастую сопряжено с высоким риском интра- и послеоперационных осложнений, так как у данной категории больных часто наблюдается тяжелые расстройства гемостаза и иммунитета. По данным литературы интраоперационные и послеоперационные осложнения возникают в 13-37%, а летальность достигает до 12%. Материалы и методы. Нами проанализированы результаты хирургического лечения у 104 больных с различными заболеваниями системы крови, находившихся в отделениях гематологии ГКБ им С.П.Боткина с 2008 по 2015 год. Из них мужчин было 43 (41,4%), а женщин – 61 (58,6%). Заболевания сопровождались спленомегалией у 56 (53,8%) больных. У 47 (45,2%) пациентов имелась идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, у 28 (26,9%) – аутоиммунная гемолитическая анемия, у 17 (16,3%) – аутоиммунная цитопения, у 12 (11,5%) – лимфома селезенки. Основным показанием к операции явились заболевания, не поддающиеся консервативному лечению, с частыми или постоянными обострениями. У 8 (7,9%) больных со спленомегалией оперативное вмешательство носило срочный характер, поскольку на фоне имеющегося гематологического заболевания был диагностирован спонтанный разрыв селезенки. Из них у 92 (88,5%) больных выполнена лапароскопическая спленэктомия. В 12 (11,5%) случаях была конверсия на лапаротомию в связи с анатомическими особенностями селезенки и операция закончена открытым способом удаления селезенки. Подготовка больных к лапароскопической спленэктомии у больных гематологического профиля проводилось по стандартной и общепринятой в нашей клинике схеме. Результаты и обсуждение. Интраоперационная кровопотеря в среднем составила 250 мл. Причиной конверсии у 9 (75,0%) больных (10,3%) являлись большие размеры селезенки, достигающие 20,0 см и более, что явилось причиной интраоперационного кровотечения в объеме 1000 мл вследствие технических сложностей при мобилизации селезенки из-за ее больших размеров, что послужило причиной конверсии на лапаротомию. Других интраоперационных осложнений не было. Средняя продолжительность операции составила $127,6 \pm 13,2$ мин. В послеоперационном периоде у 1 (0,9%) больного было

отмечено скопление жидкости в левом поддиафрагмальном пространстве около 150 мл с последующим инфицированием. Выполнено чрескожное дренирование жидкостного скопления под контролем ультразвука. На фоне проводимой антибактериальной терапии была отмечена положительная динамика, выздоровление. Летальных исходов не было. Продолжительность послеоперационного периода составила $4,7 \pm 1,5$ койко-дня. На наш взгляд использование при пересечении связок и сосудов ножки аппаратом LigaSure обеспечивает надежный гемостаз. Однако, следует отметить, что при диаметре сосуда более 4-5 мм, такие дополнительные методы гемостаза, как клипирование или перевязка сосудов ворот селезенки эндоскопической петлей обеспечивает более надежный и устойчивый гемостаз, что исключает такое грозное осложнение как послеоперационное кровотечение. Заключение: Таким образом, преимуществами видеолапароскопической спленэктомии перед традиционной являются малая травматичность вмешательства, выполнения всех этапов операции под постоянным зрительным контролем, низкая частота послеоперационных осложнений и быстрая послеоперационная реабилитация больных.

491.Лапароскопия в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

Савин Д.В.(1), Демин Д.Б.(2), Федоров К.С.(1),Магомедов А.Р.(1), Фуныгин М.С.(2)

Оренбург

1) ГАУЗ "ГКБ им. Н.И. Пирогова" 2) ГБОУ ВПО "Оренбургский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации

В настоящее время одной из актуальных проблем гастроэнтерологии остается гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Рост заболеваемости ГЭРБ, повышение частоты выявляемости грыж пищеводного отверстия диафрагмы определили повышенный интерес к данной патологии. По настоящее время остаются дискуссионными показания к хирургическому лечению и варианты оперативных вмешательств. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – хроническое, полисимптомное, рецидивирующее заболевание, характеризующееся развитием воспалительных изменений слизистой оболочки дистального отдела пищевода с развитием характерных клинических симптомов вследствие повторяющегося заброса в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) – это смещение в грудную полость через пищеводное отверстие диафрагмы нижней части пищевода, части желудка, а иногда и петель кишечника. Эпидемиологические исследования показывают, что до 30% взрослого населения имеют различные проявления ГЭРБ. Распространённость пищевода Баррета, в некоторых развитых странах, составляет 376 больных на 100 тыс. населения. Заболеваемость и обращаемость больных за медицинской помощью напоминают айсберг, надводная часть которого составляют меньшую часть больных, около 40% (Д. И. Василевский, В.И. Кулагин, 2015; В.Б. Симоненко, П.А. Дулин, М.А. Маканин, Т.В. Уткина, 2007; А.С. Трухманов, 2006). Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы присутствует у 5% всего взрослого населения и примерно у 50% встречается в возрасте старше 50 лет (возрастное ослабление связочного аппарата), чаще встречается у нетренированных, астеничных людей.

Среди методов лечения ГЭРБ и грыж пищеводного отверстия диафрагмы имеются консервативные и хирургические методики. Консервативная терапия направлена на лечение проявлений ГЭРБ и грыж пищеводного отверстия диафрагмы на начальных стадиях данных заболеваний. При неэффективности консервативного лечения и прогрессировании клинических проявлений показан хирургический метод лечения ГЭРБ и грыж пищеводного отверстия диафрагмы. В настоящее время все существующие на сегодняшний день хирургические методики лечения ГПОД направлены на устранение грыжи (ушивание или пластика пищеводного отверстия диафрагмы до нормального размера путем круорографии или аллопластики) и хирургическое создание антирефлюксного механизма, препятствующего забросу желудочного содержимого в пищевод. До 90-х годов 20 века использовались в основном торакотомные доступы, в частности операция Аллисона. Доступ - левосторонняя торакотомия в седьмом или восьмом межреберье. Так же описана операция Хилла. Доступ - верхняя срединная лапаротомия. Практически все полостные операции сопровождались селективной ваготомией. С начала 90-х годов, для коррекции грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, стал использоваться лапароскопический доступ, который позволяет хирургу выполнить любой вид фундопликации и надежно ушить грыжевой дефект в диафрагме. Целью настоящего исследования было проведение анализа результатов лечения данной патологии в нашей клинике. Был выполнен ретроспективный анализ 54 историй болезней пациентов с указанной патологией. С 2013 по 2015 год в нашей клинике было выполнено 54 операции. Во всех случаях использовались лапароскопические вмешательства. Из них по методике Ниссена выполнено 51 операция, по методике Дора выполнено 3 операции. В 51 случае операции выполнялись по поводу грыж пищеводного отверстия диафрагмы. В 3 случаях по поводу ГЭРБ с рецидивирующим течением. В 3 случаях выполнялись симультанные операции по поводу ГПОД и ЖКБ. В 2013 году выполнено 15 операций. Женщины в возрасте от 30 до 40 выполнено 2 операции, женщины от 40 до 50 - 4 операции, женщины от 50 - 60 – 1 операция, и старше 60 лет-3 операции. У мужчин от 20 до 30 лет 1 операция, от 30 до 40 лет 2 операции, от 40 до 50 лет 1 операция, от 50 до 60 лет 1 операция. В 2014 году выполнено 29 операций. Из них женщины от 20 до 30 лет- 1 операция, от 30 до 40 лет 1 операция, от 40 до 50 лет -3 операции, от 50 до 60 лет -11 операций, и старше 60 лет 2 операции. Структура операций среди мужчин выглядит следующим образом : от 20 до 30 лет 2 операции, от 30 до 40 лет 2 операции, от 40 до 50 лет 2 операции, от 50 до 60 лет 5 операций. В 2015 году было выполнено 10 операций, их них у женщин 8 операций. В возрасте от 30 до 40 лет 1 операция, в возрасте от 40 до 50 лет -1 операция, в возрасте от 50 до 60 лет 4 операции, и старше 60 лет 2 операции. У мужчин в возрасте от 40 до 50 лет 1 операция, от 50 до 60 лет 1 операция. В послеоперационном периоде в 2 случаях развились осложнения. У одного пациента произошла перфорация пищевода. Данному пациенту проводилось оперативное вмешательство по поводу тотальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Осложнение замечено во время операции. Была выполнена лапаротомия, пластика пищевода. Во втором случае развилась несостоятельность швов манжеты. Данному пациенту была повторно выполнена лапароскопическая фундопликация с хорошим эффектом. Все больные отслежены в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде – рецидивов проявления ГЭРБ не отмечалось. Выводы: 1) Лапароскопическая методика коррекции ГЭРБ позволяет добиться хороших результатов при лечении данной патологии и в настоящий момент является методом выбора при коррекции данной патологии. 2) Возраст пациентов, в подавляющем большинстве случаев составляет от 50 до 60 лет, преимущественно женщины. 3) Средний койко-день у данных пациентов составил 8 дней, что дает хороший экономический эффект. 4) Лапароскопическая технология позволяет одновременно выполнять оперативные вмешательства при сопутствующей патологии органов брюшной полости.

492.Лапароскопическая или ретроперитонеоскопическая адреналэктомия?

Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Прядко А.С., Блюмина С.Г.

Санкт-Петербург

Кафедра факультетской хирургии им. С.П. Федорова Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова

Цель исследования – определить показания к выбору лапароскопических и ретроперитонеоскопических адреналэктомий в хирургическом лечении опухолей надпочечников. Проведен анализ отдаленных результатов оперативных вмешательств 1031 больного с хирургическими заболеваниями надпочечников, среди которых 670 прооперированы эндовидеохирургически со сроками наблюдения до 15 лет. Среди них 178 больных прооперированы лапароскопическим доступом, 492 – ретроперитонеоскопическим. Результаты анализа свидетельствуют о том, что новые методы лабораторно-инструментального обследования обеспечивают эффективную диагностику патологических изменений надпочечников (НП) и адекватную предоперационную подготовку больных. Эндовидеохирургические технологии наряду с открытыми операциями позволяют выполнить адекватный объем оперативного вмешательства, обеспечивают малую травматичность выделения опухоли надпочечника и его сосудов, а при злокачественных опухолях без признаков прорастания в соседние органы дают возможность осуществить забрюшинную лимфодиссекцию. Результаты малоинвазивных операций на надпочечниках свидетельствуют о снижении осложнений в 2,5 раза по сравнению с открытыми, обеспечивая при этом раннюю реабилитацию больных и высокое их качество жизни в отдаленном послеоперационном периоде. Исследования показали, что рациональным вариантом при локализации опухоли в правом и левом надпочечнике является задняя ретроперитонеоскопическая адреналэктомия, которая показана при доброкачественных опухолях диаметром не более 8 см. При таком доступе время операции снижается почти в два раза (90 ± 25 мин.), что позволяет в послеоперационном периоде ускорить восстановление перистальтики ($5,8 \pm 1,1$ ч), избежать приема наркотических анальгетиков и снизить продолжительность приема нестероидных противовоспалительных препаратов ($1,8 \pm 1,0$ сут.), производить удаление дренажа на вторые сутки после операции ($2,1 \pm 0,3$ сут.). Полученные данные свидетельствуют о преимуществе ретроперитонеоскопической адреналэктомии, однако, у пациентов мезо – и долихоморфного телосложения (при низком расположении правого НП с опухолью), а также при планировании симультанных операций целесообразна лапароскопическая правосторонняя адреналэктомия. Выполнение лапароскопической левосторонней адреналэктомии нерационально в связи с высоким риском развития интра – и послеоперационных осложнений. Установлено, что хромаффиномы менее 5 см в диаметре, которые не привели к развитию выраженных гемодинамических нарушений, подлежат эндовидеохирургической адреналэктомии. Такое вмешательство допустимо при злокачественных адренокортикальных опухолях диаметром не более 5 см без признаков прорастания в соседние органы (T1-2N0M0), но с обязательной забрюшинной лимфодиссекцией. Выявление генерализованного опухолевого процесса (адренокортикальный рак T3-4N0-2M0-1, феохромобластома) диктует необходимость проведения

открытых оперативных вмешательств (торакофренотомии, торакофренолапаротомии) с удалением забрюшинной клетчатки верхнего паранефрия с регионарными лимфатическими узлами и проведением полихимиотерапии. Таким образом, реализация единых лечебно-диагностических подходов с преимущественным использованием ретроперитонеоскопической адреналэктомии позволяет обеспечить более раннюю реабилитацию больных и возвращение трудоспособности за счет снижения болевого синдрома, раннего восстановления моторики желудочно-кишечного тракта, что соответствует принципам «Fast track» в хирургии надпочечников и подтверждается хорошими отдаленными результатами лечения больных и высоким их качеством жизни.

493. Меры профилактики осложнений при видеоэндоскопической адреналэктомии

Беркинов У.Б., Сахибев Д.П.

Ташкент, Узбекистан

Ташкентская Медицинская Академия

В настоящее время лапароскопическая адреналэктомия является операцией выбора при различных новообразованиях надпочечников. Анализ результатов выполнения видеоэндоскопической адреналэктомии продемонстрировал ряд ее преимуществ в сравнении с "традиционной". При этом частота осложнений по данным различных авторов составляет до 11%, а летальность не превышает 1%. Учитывая, вышеуказанный процент осложнений, большинство хирургов рекомендуют воздержаться от операции, когда выявляются опухоли до 3 см, особенно, в случаях инциденталом. Цель исследования: разработать меры профилактики интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений при выполнении видеоэндоскопической адреналэктомии. Материалы и методы. Анализу подверглись результаты 96 видеоэндоскопических операций, проведенных во второй клинике ТМА в течении 5 лет по поводу новообразований надпочечников. Из них 88 (91,7%) вмешательств, были выполнены посредством бокового трансабдоминального доступа, 4 операции - с помощью переднего трансабдоминального доступа и 4 операции - через ретроперитонеальный доступ. Из 96 операций у 52 (54,2%) больных выполнены левосторонняя адреналэктомия, у 38 (39,6%) – правосторонняя, у 2 (2%) - лапароскопическая резекция правого надпочечника с удалением кисты, у 3 (3,1%) - видеоассистированная левосторонняя адреналэктомия и у одного больного (1,5%) - лапароскопическая электрокоагуляция левого надпочечника из-за выраженного спаечного процесса. Размеры образований варьировали от 12 мм до 92 мм (в среднем 39 ± 13 мм). При этом опухоли размерами более 6 см встречались у 7 больных, а менее 3 см – у 46. Из числа последних в 14 случаях опухоль была гормонально неактивная. Средняя длительность операций при правосторонней адреналэктомии составила 85 ± 16 минут, а при левосторонней - 103 ± 15 минут. Для профилактики интраоперационных кровотечений, особенно при опухолях свыше 6 см, мы проводим дооперационное изучение ангиоархитектоники надпочечника посредством аортонефрографии и флебографии. При этом, по возможности за сутки до операции проводили эмболизацию сосудов, кровоснабжающих надпочечник. В результате, интраоперационная кровопотеря не превышала в среднем 5-10 мл. Естественно этому

способствовало еще использование ультразвукового диссектора Harmonic. На этапе освоения методики в 2 случаях мы наблюдали повреждения печени и селезенки. Если при повреждении печени, связанное с неправильной установкой ректатора, нам удалось остановить кровотечение, то в случае с ранением селезенки возникла необходимость спленэктомии. Учитывая это в дальнейшем, мы во время правосторонней адреналэктомии используем фиксатор для ректатора, а во время левосторонней – прибегаем практически к «полной» мобилизации селезенки. В случаях близкого расположения опухоли к хвосту поджелудочной железы уже интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде проводим антисекреторную терапию препаратом сандостатин. Результаты: Проводимая дополнительно страховочная тактика позволила нам избежать летальных исходов и снизить частоту осложнений до 3,1% (у 3 больных). При этом при правосторонних вмешательствах было отмечено одно осложнение, а при левосторонних – 2 (2,07%). Хотелось бы отметить, что после выполненных операций при инциденталомах размерами до 3 см, осложнений не было, а в сроки до 3-х лет наблюдения надпочечниковой недостаточности не отмечено. Выводы: Таким образом, наш опыт показывает, что при соблюдении вышеуказанных мер профилактики осложнений видеозендоскопическая адреналэктомия является безопасным вмешательством в учреждениях, где имеется достаточный опыт их выполнения. Учитывая риск малигнизации инциденталом, предлагаем сократить их размеры, при которых показана адреналэктомия, до 1 см. При размерах опухоли менее 1 см предлагаем выполнять эндоваскулярную окклюзию надпочечниковой вены.

494.Роботические и лапароскопические технологии в лечении дистальных опухолей поджелудочной железы.

Шабунин А.В., Бедин В.В., Тавобилов М.М., Греков Д.Н., Карпов А.А., Дроздов П.А.

Москва

ГКБ им. С.П. Боткина , Кафедра хирургии РМАПО

Введение. Ежегодный рост количества малоинвазивных оперативных вмешательств на органах гепатобилиарной зоны позволил широко внедрить современные лапароскопические и роботические хирургические технологии. Материалы и методы. В условиях специализированного отделения хирургии печени и поджелудочной железы Городской клинической больницы им. С.П. Боткина с 2014 года в клиническую практику при заболеваниях гепатопанкреатобилиарной зоны активно внедряются хирургические технологии с использованием роботической системы daVinci. Результаты. За период с ноября 2013 по декабрь 2015 года выполнено 26 дистальных резекций поджелудочной железы, из которых лапароскопическим способом выполнено 18 операций, по средством хирургического робота — 8 (7 по поводу аденокарциномы поджелудочной железы, 11 по поводу нейроэндокринных опухолей, 5 по поводу IPMN, 3 по поводу постнекротических кист хвоста поджелудочной железы). Возраст больных составил $64,1 \pm 12,8$ лет (от 23 до 77 лет). Послеоперационный койко-день составил $6 \pm 3,5$. В ходе лапароскопической дистальной резекции в 10 (55,6%) случаях выполнено удаление селезенки, в то время как робото-ассистированная операция в 7 (87,5%) была спленосохранной. В структуре специфических осложнений после выполнении резекционных вмешательств на поджелудочной железе отмечены свищи классов «А»

и «В» по ISGPS в пяти и четырех случаях соответственно, свищ класса «С» - в двух. При этом, свищ класса «С» отмечен при выполнении лапароскопических вмешательств. Количество же общехирургических осложнений в послеоперационном периоде и его длительность у больных после робото-ассистированных вмешательств, не превышало показатели после лапароскопических операций и были ниже, чем при традиционных вмешательствах. Выводы. Применение современных миниинвазивных видеоэндоскопических лапароскопических и роботических технологий в лечении больных с заболеваниями печени и поджелудочной железы позволяет значимо уменьшить количество послеоперационных осложнений и длительность послеоперационного койко-дня у этой сложной категории пациентов. Применение робото-ассистированных технологий оправдано при дистальных резекциях поджелудочной железы с сохранением селезенки ввиду высокой прецизионности оперативного вмешательства.

495.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Прядко А.С.(1,2), Майстренко Н.А.(2), Ромащенко П.Н.(2), Седлецкий Р.Р.(1), Михальченко Г.В.(1), Бойко И.Ю.(1), Василевский Д.И.(1), Камалов Е.Н.(1)

Санкт-Петербург

1)хирургическое отделение №1 ГБУЗ Ленинградской областной клинической больницы, 2)кафедра факультетской хирургии им. С.П. Федорова Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова

В последнее время отмечается внедрение и совершенствование техники лапароскопических вмешательств на поджелудочной железе. В то время, как в литературе подробно описаны различные варианты лапароскопических дистальных резекций поджелудочной железы (ПЖ), сообщения о гастропанкреатодуоденальных (ГПДР) резекциях лапароскопическим методом остаются единичными. Не определены и показания к выполнению подобных вмешательств, обсуждаются технические моменты выполнения реконструктивного этапа операции. Изучены результаты 153 ГПДР (в т.ч. пилоруссохраняющей ПДР), 11 из которых выполнены эндовидеохирургически. Диагноз опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны основывался на основании клиничко-лабораторных и инструментальных данных. Всем пациентам выполнено УЗИ, ФГДС, КТ брюшной полости, МРХПГ, ЭНДОУЗИ, верификация диагноза получена путем биопсии опухоли при выполнении ФГДС, либо трепан-биопсии при ЭНДОУЗИ. Показаниями к ГПДР и пилоруссохраняющей ПДР были протоковая карцинома головки ПЖ у 85% больных, рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) – у 10%, нейроэндокринный рак головки ПЖ – у 5%. Анализ клиничко-лабораторных и инструментальных сведений о больных опухолями билиопанкреатодуоденальной зоны, а также результатов открытых ГПДР, позволил определить возможность выполнения лапароскопической операции при локализации опухоли в БСДК либо головке ПЖ не более 3 см в наибольшем измерении без признаков инвазии крупных сосудов. Кроме стандартных лапароскопических инструментов, дополнительно использованы гармонический скальпель и биполярный коагулятор LigaSure. Открытая ГПДР выполнена у 80% больных, пилоруссохраняющая ПДР – у 20%. ГПДР в полном лапароскопическом варианте в виде операции Whipple с реконструктивным этапом на двух петлях тонкой кишки выполнены у 4

пациентов, пилоруссохранный вариант операции с тремя анастомозами на одной петле осуществлен у 3 пациентов. В остальных случаях выполнена лапароскопически-ассистированная ГПДР. Продолжительность вмешательств при полностью лапароскопическом варианте ГПДР и лапароскопически-ассистированном составила 535 ± 45 минут и 390 ± 20 минут соответственно. Объем интраоперационной кровопотери составил от 200 до 1000 мл. Все больные экстубированы на первые сутки, восстановление перистальтики – в первые сутки, энтеральное кормление – со 2-х суток. Послеоперационные осложнения отмечены у 6 пациентов: кровотечение из ложа головки ПЖ, потребовавшее реоперации у 1 больного; несостоятельность панкреатикоюноанастомоза, излеченная консервативными мероприятиями – у 3; подпеченочный абсцесс – у 2, разрешенный пункцией и дренированием под контролем УЗИ. 30 и 60-дневной госпитальной летальности не отмечено. Таким образом, анализ первого опыта выполнения гастропанкреатодуоденальных резекций при помощи эндовидеохирургических технологий свидетельствует о возможности соблюсти необходимые онкологические требования к оперативным вмешательствам на билиопанкреатодуоденальной зоне, уменьшить операционную травму и срок пребывания больных в реанимационном отделении, осуществить раннюю активизацию пациентов и сократить койко-день пребывания в стационаре.

496.ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Майстренко Н.А. (1), Ромащенко П.Н.(1), Прядко А.С.(2), Михальченко Г.В. (2), Пришвин А.П.(3), Яковлев П.Н.(3), Криволапов Д.С.(1).

Санкт-Петербург

1) Клиника факультетской хирургии ВМедА им. С.М. Кирова, 2) Хирургическое отделение №1 ГБУЗ ЛОКБ, 3) Многопрофильная клиника им. Н.И. Пирогова (СПб)

Широкое внедрение в клиническую практику эндовидеохирургических технологий (ЭВТ) способствовало их применению при заболеваниях щитовидной железы (ЩЖ), однако показания к использованию вариантов малоинвазивных вмешательств до сих пор остаются спорными. Цель исследования – проанализировать результаты применения и определить критерии отбора пациентов для выполнения эндовидеохирургических операций на ЩЖ. Проанализированы результаты 280 оперативных вмешательств на ЩЖ различными доступами. Обследование больных включало оценку объективного и гормонального статуса, выполнение инструментальных исследований по общепринятым протоколам. Основными показаниями к хирургическому лечению являлись фолликулярная опухоль ЩЖ у 111 (39,6%) больных, узловые формы нетоксического – у 85 (30,4%) и токсического зоба – у 35 (12,5%), хронический аутоиммунный тиреодит Хашимото с узлами и компрессией органов шеи – у 4 (1,4%), диффузный токсический зоб – у 7 (2,5%), высокодифференцированные – у 36 (12,9%) и низкодифференцированные формы рака ЩЖ – у 2 (0,7%). Все больные были разделены на три группы: 1-ю (n=208) составили пациенты, прооперированные традиционным доступом по Кохеру; 2-ю (n=22) – с использованием видеоассистированного минидоступа на передней поверхности шеи; 3-ю (n=50) – с применением трансаксиллярного трансареолярного эндовидеохирургического доступа (ТТЭД). Анализ

оперативных вмешательств показал, что тиреоидэктомия была выполнена у 17,9% больных (8,2% при помощи ЭВТ), гемитиреоидэктомия – у 50% (15% – ЭВТ), резекция ЩЖ – у 32,1% (3,2% – ЭВТ). Конверсия доступа была предпринята у 3 пациентов при ТТЭД. В двух наблюдениях причиной конверсии являлось кровотечение из ткани ЩЖ у больных диффузным токсическим зобом, в одном случае – опасность газовой эмболии при повреждении притока наружной яремной вены у пациента с узловым зобом. Послеоперационные осложнения в виде кратковременного пареза гортани возникли у 15 (5,4%) больных (при минидоступе – у 2, ТТЭД – у 1) и были обусловлены объемом оперативного вмешательства по поводу рака ЩЖ T1-T4a, N0-N1b, M0-M1 при традиционном доступе, диффузного токсического зоба и многоузлового коллоидного зоба на фоне аутоиммунного тиреоидита Хашимото – видеоассистированном минидоступе, многоузлового токсического зоба с шейно-загрудинной локализацией – ТТЭД. Послеоперационный транзиторный гипопаратиреоз возник у 3 (1,0%) больных (при ТТЭД – у 1), кровотечение – у 1 (0,4%) при минидоступе по поводу папиллярной карциномы T2N0M0, гематома в области оперативного вмешательства – у 2 (0,7%) (при ТТЭД – у 1). Кровотечение было остановлено при повторной операции из традиционного доступа в 1-е сутки после видеоассистированной тиреоидэктомии. Гематомы после традиционной тиреоидэктомии по поводу фолликулярной опухоли у одного пациента и правосторонней гемитиреоидэктомии при ТТЭД у больного токсической аденомой были эвакуированы пункцией после операции на 2-е и 4-е сутки соответственно. Критический анализ результатов хирургического лечения позволил определить критерии отбора пациентов для выполнения эндовидеохирургических вмешательств на ЩЖ. Выполнение видеоассистированных операций из минидоступа целесообразно при фолликулярных опухолях и коллоидных узлах диаметром до 35 мм, объеме щитовидной железы не превышающем 25 см³, высокодифференцированном раке ЩЖ 1-2 стадии без признаков регионарного метастазирования. ТТЭД оправдан при узловых образованиях диаметром более 35 мм с компрессией органов шеи и объеме ЩЖ более 25 см³. Противопоказаниями к применению ЭВТ являются наличие выраженного тиреоидита с компрессией органов шеи, аутоиммунного воспаления ткани при диффузном токсическом зобе, признаков регионарного метастазирования при раке ЩЖ, шейно-загрудинной локализации зоба. Таким образом, эндовидеохирургические технологии в лечении больных с хирургическими заболеваниями ЩЖ могут применяться наряду с открытыми оперативными вмешательствами, однако, отбор больных должен быть строго аргументированным. Операции на ЩЖ из минидоступа на передней поверхности шеи и трансаксиллярного трансареолярного эндовидеохирургического доступа являются безопасными и имеют ряд преимуществ в виде уменьшения хирургической травмы, снижения сроков пребывания пациента в стационаре, обеспечивают хороший косметический результат и высокое качество жизни.

497.Метод стентирования в качестве лечения стриктур пищевода в ургентной хирургической клинике

Стручкова Е.Ю., Могильницкий И.Е., Фомин В.С., Стручков В.Ю., Бархатова И.В., Воронцов А.В.

Москва

ГБУЗ Городская клиническая больница №52 ДЗМ

Наибольший опыт применения стентов накоплен при стриктурах различных органов опухолевого и неопухолевого генеза и является стандартом лечения ряда патологий. Существуют положительные и отрицательные стороны стентирования пищевода: положительными являются минимальная травма, немедленное раскрытие просвета, быстрое восстановление естественного питания. Отрицательной стороной является то, что стент растягивает стенку пищевода; покрытие стента не всегда надежно; стент, как правило отсутствует в нужный момент и стоимость его достаточно высока. Мы имеем опыт применения пищеводных стентов ф. BOSTON с дистальным раскрытием в 8 наблюдениях. Все пациенты были доставлены к нам в клинику по наряду скорой помощи с жалобами на невозможность принятия пищи и воды, боли за грудиной. При обследовании на гастроскопии была выявлена стриктура пищевода опухолевой этиологии, в 1 случае сдавление средней трети пищевода извне. У одного больного – это был прогрессирующий рост опухоли культи желудка, в анамнезе пациент перенес субтотальную резекцию желудка по поводу высокодифференцированной аденокарциномы, через год возник рецидив опухоли с формированием опухолевой стриктуры кардиоэзофагеального перехода и гастроэнтероанастомоза. Одним стентом мы восстановили проходимость сразу в 2 отделах и в кардиоэзофагеальном переходе и в гастроэнтероанастомозе. У 5 пациентов установлены стенты при дистальном росте рака пищевода, и у 1 больной сужение пищевода в средней трети было обусловлено сдавлением извне опухолью средостения, больная не могла даже пить-жидкость не проходила. Все больные были истощены. Прежде чем установить стент у пациентки со сдавлением пищевода извне опухолью средостения мы вынуждены были предварительно провести баллонную дилатацию области сужения с установкой стента. В последующем у этой же больной наблюдалось смещение и миграция стента. Мы провели его эндоскопическую репозицию в нужную позицию, переустановку его двумя эндоскопами. После установки стентов с частичным покрытием всем пациентам удалось наладить питание без дополнительной гастростомии, уменьшить вводно-электролитные потери, значительно улучшить качество жизни. По нашему мнению применение пищеводных стентов в условиях ургентной хирургической клиники может помочь в безвыходной ситуации и является спасительной процедурой.

498. ПРОФИЛАКТИКА ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Прядко А.С., Алиев А.К.

Санкт-Петербург

Клиника факультетской хирургии ВМедА им. С.М. Кирова

В последние два десятилетия увеличение количества ятрогенных повреждений желчевыводящих протоков (ЯПЖП) связывают с широким внедрением эндовидеохирургических технологий в лечении больных желчнокаменной болезнью. При выполнении лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) ЯПЖП встречаются до 3 случаев на 100 операций. Причинами ЯПЖП являются ошибки оперативной техники в 69,4% (неправильная экспозиция, неверная

идентификация анатомических структур, клипирование, коагуляция и пересечение анатомических структур без их полной визуализации, обструкция желчных протоков при остановке кровотечения клипированием), трудности топографо-анатомической визуализации треугольника Кало (плотные инфильтративно-склеротические изменения в области шейки желчного пузыря – в 27,3%) и анатомические особенности строения внепеченочных желчных протоков (аномальное отхождение пузырного протока в 2-3% случаев, синдром Мириззи – в 0,33%). Цель исследования – изучить результаты оперативных вмешательств у пациентов перенесших ЛХЭ по поводу острого и хронического калькулёзного холецистита и разработать безопасную методику выполнения ЛХЭ для профилактики ЯПЖП. Проанализированы результаты обследования и лечения 2421 лапароскопических холецистэктомий, выполненных в клинике факультетской хирургии им. С.П. Фёдорова. Операции по поводу острого калькулёзного холецистита выполнены у 586 больных, хронического калькулёзного холецистита – у 1835. Осложненное течение желчнокаменной болезни встречалось у 654 (27%) больных. Проведенный детальный анализ ЛХЭ позволил детализировать и модифицировать технику безопасной лапароскопической холецистэктомии, тем самым обеспечивая надежную профилактику развития ЯПЖП. Установлено, что экспозицию желчного пузыря (ЖП) целесообразно достигать путём его краниальной тракции за дно и отведения шейки латерально и вниз. Рассечение париетальной брюшины необходимо производить при помощи эндоскопического диссектора, используя монополярную коагуляцию. Выделение элементов треугольника Кало производится при помощи эндоскопического диссектора тупым методом и при помощи электрокоагуляции, используя методику «хобот слона». Ткани пересекаются порционно между браншами диссектора, предварительно оттягивая их, тем самым избегая повреждения соседних тканей. Диатермическую диссекцию следует использовать под постоянным визуальным контролем рабочей части инструмента. Выполнять полную идентификацию пузырного протока и пузырной артерии и мест их впадения в желчный пузырь. После мобилизации элементов треугольника Кало, пузырную артерию следует клипировать двумя клипсами, и пересекать при помощи L-образного электрода для диссекции. После пересечения пузырной артерии следует оттянуть шейку желчного пузыря латерально, при необходимости дополнительно мобилизуя пузырный проток для идентификации места впадения в холедох. Пузырный проток следует клипировать тремя клипсами, и пересекать при помощи эндоскопических ножниц (без коагуляции), оставляя 2 клипсы на культе пузырного протока. При неясной анатомии пузырного протока выполнять интраоперационную холангиографию. Дальнейшие этапы удаления желчного пузыря совпадают с общепринятыми методиками, заключающиеся в выделении ЖП при помощи L-образного электрода для диссекции. При выявлении трубчатых структур в ложе желчного пузыря осуществлять их клипирование. Таким образом, представленная модифицированная методика, позволяет безопасно произвести ЛХЭ при желчнокаменной болезни, как при остром, так и при хроническом калькулёзном холециститах, минимизируя риск ЯПЖП до 0,17%.

499.ТРАНСАНАЛЬНАЯ ЭНДОМИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОЛИПЭКТОМИЯ – ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ УДАЛЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Грошили В.С., Хоронько Р.Ю.

Ростов-на-Дону

ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России

Актуальность и цель. Общеизвестным является тот факт, что биопсия хотя и дает возможность сформулировать суждение о морфологическом характере полипа прямой кишки, но не позволяет установить выраженность в нем пролиферативных изменений, свидетельствующих о малигнизации. В данном аспекте полноценное удаление новообразования является не только способом радикального хирургического лечения, но и эффективным методом профилактики развития рака. Использование трансанальной эндомикрохирургической (ТА ЭМХ) методики является многообещающим и свидетельствует о её преимуществах в качестве предпочтительного варианта хирургического пособия при доброкачественных опухолях прямой кишки. Целью исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения доброкачественных новообразований прямой кишки путем повышения эффективности ТА ЭМХ полипэктомии. Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 82 больных с ворсинчатыми полипами прямой кишки, находившихся в хирургическом отделении РостГМУ в период 2010-2015 гг. (ретроспективно-проспективное исследование). I (контрольную) группу составили 44 пациента, подвергшиеся хирургическому лечению с использованием общепринятого способа эндоскопического иссечения полипов. Во II группу включены 38 больных, оперированных путем ТА ЭМХ полипэктомии. Для повышения эффективности данной методики на отдельных этапах вмешательства нашла использование предложенная нами совокупность хирургических приемов, применение которых позволило улучшить визуализацию края опухоли, мобилизацию и прецизионное удаление новообразования в пределах мышечного слоя кишки и, следовательно, радикальность операции (заявка на Патент РФ). Были изучены общеклинические, лабораторные данные, результаты инструментальных исследований в раннем (до 30 суток) и отдаленном послеоперационном периоде. Также подверглась анализу интенсивность болевого синдрома в 1, 3, 7 и 10 сутки после операции (по 10-балльной визуально-аналоговой шкале) и качество жизни. Результаты. Установлено, что благодаря модифицированной нами методике ТА ЭМХ, позволяющей прецизионно иссекать новообразование в пределах мышечного слоя и добиться большей степени «хирургической свободы», было обеспечено гладкое течение послеоперационного периода у большинства больных. Это нашло выражение в более скорой клинической реабилитации, нормализации основных лабораторных показателей в короткие сроки, меньшей интенсивности болевого синдрома и позитивной динамике восстановления качества жизни у пациентов II группы клинических наблюдений. Нормализация лейкоцитоза у пациентов I (контрольной) группы происходила в среднем через 10,8+/-2,1 суток, а во II группе – через 7,5+/-1,7 суток. Заключение. ТА ЭМХ методика удаления полипов прямой кишки обеспечивает лучшую визуализацию патологического объекта и высокую эффективность его полноценного удаления, что снижает риск развития послеоперационных осложнений и возникновения рецидивов. По сравнению с эндоскопическим или «классическим» трансанальным способами вмешательства, ЭМХ метод эффективно обеспечивает радикализм удаления опухоли.

500.АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯТРОГЕННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛАПАРОСОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Тезисы XIX Съезда Общества эндоскопических хирургов России, г. Москва, 16-18 февраля 2016 г.

Алиев А.К., Ромащенко П.Н., Прядко А.С.

Санкт-Петербург

Клиника факультетской хирургии ВМедА им. С.М. Кирова

Лечение больных ятрогенными повреждениями желчевыводящих протоков (ЯПЖП) до настоящего времени остается непростой задачей гепатобилиарной хирургии. Во-первых, повсеместное внедрение эндовидеохирургических технологий в лечении больных желчнокаменной болезнью, при которых повреждения возникают как минимум в два раза чаще (0,5%), чем при традиционных вмешательствах (0,25%). Во-вторых, в хирургических стационарах существуют различные подходы к определению тактических решений и выбору варианта оперативного вмешательства. В-третьих, в настоящее время в Санкт-Петербурге и в России порядок диагностики и лечения больных с ЯПЖП не регламентирован «Протоколами организации лечебно-диагностической помощи». Цель исследования – изучить результаты оперативных вмешательств у больных ЯПЖП и обосновать рациональный алгоритм диагностики и лечения. Инструментальная диагностика ЯПЖП проводилась с помощью рентгенконтрастных методов (интраоперационной, чрескожно-чреспеченочной холангиографии, чрездренажной фистуло-графии), УЗИ, эндоскопической ретроградной или магнитно-резонансной холангиопанкреатико-графии (ЭРХПГ, МРХПГ). Проанализирован опыт обследования и лечения 265 больных с различными вариантами ЯПЖП, полученных во время операций на органах гастробилиодуоденальной зоны в стационарах Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Изучение международной классификации «АТОМ» (EAES, 2013) позволило провести детальный анализ пациентов с ЯПЖП. На основании признаков приведенных в данной классификации разработан вариант диагностики и лечения больных ЯПЖП, основанный на рациональном поэтапном применении инструментальных исследований в зависимости от клинических проявлений ЯПЖП с оценкой ведущих критериев, влияющих на выбор хирургической тактики. При диагностике полного пересечения общего желчного протока (ОЖП) во время лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) при недостаточной квалификации хирурга и в послеоперационном периоде при наличии инфекционно-гнойных осложнений целесообразно выполнение дренирования культи ОЖП. Восстановительные операции в виде ушивания дефекта холедоха на Т-образном дренаже целесообразно выполнять при краевых повреждениях ОЖП выявленных, как во время ЛХЭ, так и после неё, с длительностью дренирования не менее 6 месяцев (альтернативой длительного дренирования является эндоскопическое стентирование). Реконструктивно-восстановительные операции в виде формирования гепатикоеюноанастомоза на отключенной по Ру петле тонкой кишки целесообразно выполнять у пациентов с операционно-анестезиологическим риском I-III групп по ASA при отсутствии инфекционно-гнойных осложнений в области операции, учитывать характер повреждения ОЖП (выполнять резекцию 3 мм проксимальной культи при механическом пересечении, при термическом – 7 мм). Реализация разработанного алгоритма диагностики и лечения позволила достичь у 80,1% больных хорошие и удовлетворительные ближайшие и отдаленные результаты лечения с минимальной послеоперационной летальностью. Таким образом, разработанный лечебно-диагностический алгоритм позволяет обосновать выбор рационального варианта оперативного вмешательства, значительно уменьшить число осложнений, показателя летальности и повысить качество жизни больных ЯПЖП.

501.МНОГОСТУПЕНЧАТЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Тимербулатов М.В., Сендерович Е.И., Рахимов Р.Р., Зиганшин Т.М.

Уфа

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии. ГБУЗ РБ ГКБ №21 г. Уфа

A step-up approach - это ступенчатый подход в лечении некротического панкреатита с применением всех миниинвазивных технологий, направленных на контролирование очага инфекции и частичное удаление некротической ткани. Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с некротическим панкреатитом путем оценки эффективности применения a step-up approach в сравнении с традиционным открытым доступом. Материалы методы На базе хирургического отделения ГБУЗ РБ ГКБ № 21 с 2010 г. по 2014 г. были прооперированы 95 пациентов с инфицированным панкреонекрозом. Среди пациентов было 63 (66,3%) мужчины и 32 (33,7%) женщины, возраст больных колебался от 25 до 86 лет. Средний возраст составил $43,1 \pm 1,1$ года. Поздняя госпитализация (более 24 часов) наблюдалась у 73,7% пациентов. Больные были разделены на две группы. В 1 группу включены 10 пациентов, которым использовался step-up approach, который заключался в дренировании жидкостных скопления под УЗИ контролем, лапароскопические и ретроперитонеоскопические санации, во 2 группе (17 больных) использовался открытый доступ. Всем пациентам проводили комплекс лабораторно-инструментальных диагностических исследований: УЗИ ОБП, КТ ОБП и ОГК с болюсным контрастированием в динамике. Оценку тяжести состояния больных проводили по APACHE II, SAPS, HAPS (harmless acute pancreatitis score). Полиорганную недостаточность оценивали по шкалам MODS, SOFA. Дренирование очаговых жидкостных скоплений под контролем УЗИ выполнена у 15 (15,8%) больных. Метод оказался неэффективным у 8 (53,3%) больных, что явилось окончательным методом лечения у данных пациентов. Данной категории больных выполнены лапароскопические вмешательства. У 65 (68,4%) пациентов были выполнены лапароскопические санации сальниковой сумки. У 40 (42,1%) больных были выполнены видео-ассистированные санации с установкой handport в левом подреберье и формированием оментобурстомы. Ретроперитонеоскопические санации брюшинного пространства выполнены у 10 (10,4%) пациентов (1 группа) после лапароскопических операций. В зависимости от течения патологического процесса выполнялось от 4 до 10 программированных санаций с секвестрнекрэктомией. Открытые вмешательства выполнены 15 (15,8%) больным. Step-up approach был не эффективен у 17 (17,9%) пациентов вследствие невозможности контролирования распространения гнойно-воспалительного процесса, произведены открытые вмешательства. Реабилитацию больных после лечения оценивали по шкале опросника GIQLI. Результаты Средний срок пребывания пациентов после открытых лапаротомий составлял $75 \pm 5,2$ дней, после ступенчатого лечения $100 \pm 7,9$ суток. Летальность в 1 группе составила 26,3 %, когда во второй группе 50,5%. Наружный панкреатический сформировался 20 (21,1 %) больных 1 группы, в то время как во 2 группе 17(17,9%). Псевдокисты поджелудочной железы сформировались у 24 (25,2%) пациентов в 1 группе, данное осложнение встречалось во 2 группе 21 (22,1%), что потребовало в дальнейшем дренирующих операций. Послеоперационные вентральные грыжи наблюдались в 34(35,8 %) после открытых операций, когда при применении миниинвазивных методик данное осложнение наблюдалось в 14(14,8%). По данным по шкале опросника GIQLI

показатель общего счета в 1 группе ($100,0 \pm 2,6$ балла) были ниже, чем во 2 группе ($94,0 \pm 2,4$ балла, р

502. Малоинвазивная хирургия в лечении щитовидной железы.

Хитарьян А.Г., Завгородняя Р.Н., Велиев К.С.

Ростов-на-Дону

НУЗ «ДКБ на ст. Ростов-Главный»

В последнее время активно развивается техника эндоскопических, малоинвазивных и видеоассистированных вмешательств, в том числе и на ЩЖ. По сравнению с традиционными хирургическими вмешательствами они малотравматичны, обладают несравнимыми косметическими преимуществами, менее выраженным послеоперационным болевым синдромом, отсутствием неврологической симптоматики, что позволяет значительно уменьшить сроки нетрудоспособности больных. Первая в России видеоассистированная эндоскопическая операция на щитовидной железе в объеме тиреоидэктомии выполнена в 1998гг. (Цуканов Ю.Т., Цуканов А.Ю., 1999) . С этого времени предложенные малоинвазивные вмешательства находят широкое распространение в лечебной практике различных медицинских учреждений России (Слепцов И.В., 2006г.). Нами прооперировано 35 пациентов с различными заболеваниями щитовидной железы по технике видеоэндоскопии с использованием аппаратов «En Seal» , «GEN-11». Отбор больных для видеоэндоскопической операции осуществлялся по размерам щитовидной железы после ультразвукового и пункционного исследования узловых образований. Исключены больные со злокачественными образованиями , тиреотоксикозами и с объемом железы больше 25 куб.см. Всем больным до операции проведено стандартное предоперационное обследование . Гемитиреоидэктомии выполнены у 29 пациентов, тиреоидэктомии у 6-ти больных. Из всех прооперированных выполнена 1 конверсия в связи со значительным увеличением щитовидной железы. Осложнений не отмечалось ни у одного из пациентов. Больной укладывается на операционном столе без разгибания головы. Операционный доступ осуществлялся через поперечный разрез длиной 3-4 см в проекции нижнего края перешейка ЩЖ без отслаивания кожного лоскута. 1-3 фасции шеи вскрывались вертикальным разрезом сопоставимым с диаметром удаляемой доли ЩЖ. Для операции используются видеокамера диаметром 5 мм. 30гр. оптикой и ретракторы с длиной рабочей части 5 см. и шириной 0,5 см. Правильно установленные ретракторы способствуют созданию «эффекта шатра», что позволяет манипулировать инструментами во время операции. Удаление доли щитовидной железы начинаем с перешейка под визуальным контролем, затем используя видеоэндоскопическую поддержку и многократное увеличение камеры выделяем медиальную часть верхнего полюса и заднюю точку фиксации верхнего полюса. После пересечения связки Берри хорошо визуализируется возвратный нерв и паращитовидные железы. У всех прооперированных нами больных отмечалось значительное снижение болевого синдрома , отсутствие неврологических нарушений и хороший косметический эффект. Таким образом, анализ результатов лечения больных с заболеваниями щитовидной железы с использованием метода эндовидеохирургии показал высокую результативность эндохирургической гемитиреоидэктомии

и тиреоидэктомии в виде снижения травматичности операции, обеспеченной доступом без повреждения мышц и фасций шеи, отсутствие головных болей и головокружения в послеоперационном периоде и хороший косметический эффект.

503. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОЙ БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ

Барский Б.Г. (1,2), Жестков К.Г. (1), Мазурова Н.В. (2), Кузнецова О.А. (2)

Москва

1) ГБОУ ДПО РМАПО, 2) ГКБ им. С.И.Спасокукоцкого

Ведение. Тактика обследования и хирургического лечения буллезной эмфиземы легких, осложненной спонтанным пневмотораксом, к настоящему времени является разработанной и оформленной в виде Национальных Клинических Рекомендаций. Однако, виды операций и результаты лечения при этом виде патологии в различных клиниках отличаются. Целью настоящей работы явилось изучение результатов лечения при различных доступах и анестезиологических пособий при осложненной буллезной эмфиземе. Материалы и методы. В период с января 2014 года по декабрь 2015 года в отделении торакальной хирургии ГКБ им. С.И.Спасокукоцкого было пролечено 312 пациентов с буллезной эмфиземой легких. Из них 265 поступили в экстренном порядке с пневмотораксом, дренирование проведено 252-м пациентам. Остальные поступили в плановом порядке для оперативного лечения. Радикальное оперативное лечение не было проведено у 143 пациентов в связи с нежеланием пациентов либо тяжелым коморбидным фоном и нецелесообразностью оперативного лечения. В экстренном порядке оперировано 36 пациентов, показаниями явился гемопневмоторакс с кровопотерей 500-2300 мл, сброс воздуха при отсутствии расправления легкого. Остальные 133 пациента оперированы в плановом и отсроченном порядке после расправления легкого и дообследования по стандартной схеме, из них у 7 выполняли одномоментную двухстороннюю операцию. 12 операций проведено из однопортового доступа и 5 – из двухпортового доступа на самостоятельном дыхании, остальные операции из стандартного трехпортового доступа с ИВЛ с однологочной вентиляцией. При однопортовых операциях под местной анестезией в 4-5 межреберьях разрезом 2-3 см осуществляли доступ в плевральную полость, после чего проводили дополнительную межреберную блокаду. При возможности выведения измененного участка легкого в рану выполняли резекцию аппаратом УДО 38, в ряде случаев с дополнительным укреплением нитью Викрил 2/0. Дренирование осуществляли одним дренажом из переднего угла раны через купол в задний синус. Двухпортовые операции отличались от предыдущей группы дополнительным оптическим портом в заднем синусе, через который в последующем устанавливали дренаж. «Стандартная» трехпортовая операция выполнялась из типичных точек расположения портов: 5 межреберье по средней подмышечной линии и два порта в обоих синусах с последующим дренированием плевральной полости от синусов к куполу по передней и задней поверхности корня легкого. Во всех случаях выполняли субтотальную костальную плеврэктомию по принятой в клинике методике. В 48 случаях в связи с большим объемом резекции выполняли рассечение легочной связки, у 8 из них дополнительно интраоперационно накладывали пневмоперитонеум для поднятия куполов диафрагмы. Результаты исследования: Среднее время операции при

однопортовым доступе с безинтубационным наркозом составило 82 мин, при двухпортовом – 70 мин, при трехпортовом доступе с отдельной интубацией легких – 65 мин. Конверсии в торакотомию или расширении доступа не требовалось. Из 169 оперированных пациентов 7 больных с гемопневмотораксом в течение суток наблюдались в отделении реанимации в связи с дооперационной кровопотерей более 1500 мл (во всех случаях с реинфузией CellSaver), остальные были сразу переведены в профильное отделение. Всем пациентам в день операции на ночь проводили обезболивание трамалом или промедолом, в последующем – НПВС до удаления дренажей. Сброс воздуха после операции в течение 4-х суток и более отмечен у 9 пациентов, из них у 5 на 2-3 сутки был наложен пневмоперитонеум для поднятия диафрагмы, двум пациентам дополнительно вводился доксициклин по дренажам для усиления плевродеза. У остальных пациентов дренажи удаляли на 2-3 сутки. В трех случаях отмечали стойкую гипертермию в течение 4-6 суток, потребовавшую однократной гормональной пульс-терапии. У одного пациента с рецидивом после ранее проведенного плевродеза доксициклином учетом пневмолиза и недостаточного аэростаза с недорасправлением легкого через 6 часов после операции потребовалась реторакоскопия для ревизии и удаления свернувшегося гемоторакса объемом 600 мл. Дальнейший послеоперационный период без особенностей. Других осложнений, летальных исходов не наблюдали. Средний послеоперационный койко-день при плановых операциях составил 5 суток. У 2-х пациентов в отдаленном периоде отмечен рецидив пневмоторакса – у одного пристеночный, потребовавший пункции и у одного – тотальный. При реторакоскопии имелась тонкая мезотелиальная выстилка, заменившая собой плевру, произведена резекция измененного участка легкого и удаление этой выстилки с гладким послеоперационным периодом. Выводы. Существенных различий в сроках стояния дренажей, выраженности болевого синдрома между пациентами, перенесшими операции из однопортового, двухпортового и трехпортового доступа нами не отмечено. Количество рецидивов после торакоскопических операций сопоставимо с данными литературы, что в сочетании с благоприятным протеканием послеоперационного периода позволяет считать торакоскопическую резекцию буллезно измененных участков легкого с плеврэктомией операцией выбора у пациентов с данным видом патологии.

504.ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Курбонов К.М., Расулов Н.А., Назирбоев К.Р., Мансуров У.У.

Душанбе, Таджикистан

Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино

Цель исследования – улучшение результатов лечения ятрогенных повреждений желчных протоков. Материал и методы: Материалом для наших исследований послужили результаты лечения 74 больных, у которых во время ЛХЭ (n=41) и открытых вмешательств на желчном пузыре (n=27), желудке (n=4), а также печени (n=2) были случайно повреждены желчные протоки. Наличие повреждений желчных протоков (ПЖП) во время операции было установлено в 18 (24,3%) наблюдениях, у 56 (75,7%) повреждения желчных протоков были установлены в

различные сроки после операции. В большинстве наблюдениях – 41 (55,4%), –согласно классификации Н. Bismuth и Э.И Гальперина, наблюдали высокие повреждения желчных протоков, сопровождающийся вторичными осложнениями – перитонитом, желчеистечением и желчными свищами. Наличие ПЖП устанавливали на основании клинических, объективных данных, а также дополнительных клинико-инструментальных методов исследования, таких как ЭРХПГ, ЧЧХ, МР – холангиография. Результаты. При ПЖП придерживались индивидуальной активной хирургической тактики, которая была основана на локализации повреждения, характера осложнений, общего состояния больного, а также условий и оснащенности стационара современным шовным материалом. При наличии желчного перитонита (n=16), желчеистечений (n=14), желчного свища (n=8) и после выполнения эндоскопических санаций (n=30) брюшной полости прибегали к коррекции повреждений желчных протоков. Различные варианты восстановительных вмешательств при ПЖП, в том числе и эндоскопическое стентирование (n=2), выполнены 21 пациенту. В различные послеоперационные периоды в 14 (19%) наблюдениях заболевания осложнилось рубцовыми стриктурами желчных протоков холангитом, (n=8), потребовавшийся повторных реконструктивных вмешательств. После реконструктивных оперативных вмешательств в раннем послеоперационном периоде наблюдали 8 осложнений в основном после применения сменных транспечёночных дренажей: гемобилия (n=3), подпечёночный абсцесс (n=3), миграция сменного транспеченочного дренажа (n=2) из зоны анастомоза. Летальный исход имел место у 3 пациентов. В отдалённом (3-4года) периоде по поводу рестриктур желчных протоков повторные вмешательства выполнены 12 пациентам из 50 больных. Заключение. Операцией выбора при высоких ятрогенных повреждениях желчных протоков является формирование гепатикоеюноанастомоза по Ру, а при «малых» повреждениях - восстановительные вмешательства, в том числе и эндоскопическое стентирование.

505.Радикальные операции при раке пищевода и кардии комбинированным лапароторакоскопическим доступом. Некоторые особенности и ближайшие результаты.

Аллахвердян А.С., Фролов А.В., Анипченко С.Н.

Москва

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»

АКТУАЛЬНОСТЬ – сравнительный анализ возможностей и целесообразности выполнения радикальных операций при раке пищевода и кардии с одномоментной гастропластикой комбинированным лапароскопическим и торакоскопическим доступом справа. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: В 2015 г. было при раке пищевода и кардии выполнено 11 эзофагэктомий и 18 резекций проксимального отдела желудка и нижнегрудного отдела пищевода с одномоментной внутривисцеральной эзофагогастропластикой комбинированным лапароскопическим и торакоскопическим доступом справа. Лапароскопический этап включал мобилизацию желудка и кардии (в 2-х случаях с резекцией ножек диафрагмы), удаление обоих сальников, лимфодиссекцию, включая нижнее средостение, мобилизацию нижнегрудного отдела пищевода, резекцию проксимального отдела желудка (при раке пищевода – выкраивание желудочного

трансплантата). При кардиоэзофагеальном раке (КЭР) на данном этапе пищевод резецировался непосредственно над опухолью в нижнегрудном отделе, препарат удалялся через расширенный. Второй этап операции - видеоторакоскопия справа в положении больного на левом боку. Выполнялась мобилизация пищевода: при кардиоэзофагеальном раке, как правило, до уровня дуги непарной вены; при раке пищевода - до шейного отдела. Выполнялась медиастинальная лимфодиссекция. При раке пищевода резекция пищевода в апертуре плевральной полости, препарат удалялся через точку лапаропорта, установленного в 8-м межреберье по заднеаксиллярной линии, расширенной до 3-х см. При КЭР выполнялась ререзекция пищевода в «радикальных границах» и формирование двухрядного "ручного" пищеводно-желудочного анастомоза на уровне бифуркации трахеи и выше. Мобилизация больного в первые сутки после операции. Начало энтерального питания на 4-е сутки. РЕЗУЛЬТАТЫ: Послеоперационные осложнения были отмечены всего у одного больного: на 3-е сутки развилась тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии (потребовала ИВЛ в течение 20 часов), послеоперационная правосторонняя пневмония и токсический гепатит. Энтеральное питание было начато на 4-е сутки. Выписан на 13-сутки после операции. Послеоперационная летальность в обеих группах больных не отмечена. Средняя продолжительность операции при эзофагэктомии составила 7 ч 12 мин. При кардиоэзофагеальном раке 6 ч 21 мин. В 100% случаев экстубация в операционной. Средняя продолжительность нахождения в реанимации составила 17 ч. Энтеральное питание после операции начинали на 4 сутки соответственно. Средний послеоперационный койко-день составил 8,7 и 7 суток соответственно. ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Очевидные преимущества радикальных операций при раке пищевода и кардии с одномоментной гастропластикой комбинированным лапароскопическим и торакоскопическим доступом справа: четкость визуализации, хороший контроль гемостаза, удобство мобилизации желудка и пищевода, ранняя активизация больных в послеоперационном периоде, сокращение сроков стационарного лечения.

506.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЦИСТЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ С КИСТАМИ ПЕЧЕНИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Михин И.В. , О.А. Косивцов, Л.А. Рясков, Е.И. Абрамян

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет, кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов

Отражен опыт лечения 21 пациента с паразитарными и непаразитарными кистами печени, представлены технические аспекты и эффективность применения малоинвазивных методик у этой категории больных. Введение. Современные достижения в медицине и технике, повышение доступности обследования пациентов и разрешающей способности методов диагностики способствовали увеличению количества больных, оперированных по поводу кист различной этиологии и доброкачественных новообразований печени [1,2]. В большинстве случаев при оперативных вмешательствах используют различные виды лапаротомии, что может привести к серьезным осложнениям [1]. Лапароскопические операции во многих ситуациях стали альтернативой лапаротомии, обладая высокой эффективностью, малой травматичностью и

возможностью ранней реабилитации пациентов [3,4]. Цель. Улучшение результатов хирургического лечения больных с паразитарными и непаразитарными кистами печени путем применения лапароскопических технологий. Задача. Оценить эффективность использования лапароскопических технологий как одного из путей в улучшении результатов лечения пациентов, страдающих кистами печени различной этиологии. Материалы и методы. В клинике хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов ВолгГМУ выполнено 18 лапароскопических цистэктомий, из них по технологии «SILS+» проведено 8 операций, 3 цистэктомии – традиционным методом из-за невозможности применить малоинвазивные технологии и 1 конверсия по поводу кровотечения из сосудов печени. По поводу непаразитарных кист печени выполнено 8 операций, 13 - по поводу эхинококковых кист печени. Оперативные вмешательства у 20 пациентов выполнялись под общим обезболиванием. У 1 пациентки, учитывая крайнюю тяжесть сопутствующей соматической патологии, под местной анестезией. Кисты локализовались в правой доле печени у 17 пациентов, у 2 – в левой, в правой и в левой долях кисты обнаружили у 1 пациентки. Множественные кисты выявлены у 8 пациентов. Диаметр кист составлял от 1 до 30 см. Поверхностное расположение кист печени было у 11 больных. У 9 пациентов глубина залегания кист была более 1 см. Через трансумбиликальный разрез длиной 2,5 см устанавливали мультипорт «X-CONE». Через центральный рабочий канал порта вводили 10 мм лапароскоп, через боковые рабочие каналы – инструменты диаметром 5 мм. Для введения в брюшную полость дополнительных инструментов применяли от 1 до 4 портов диаметром 6 и 11 мм, установленных в правом подреберье, мезогастрии и эпигастрии. После визуализации кист печени и оценки возможности лапароскопического вмешательства проводили их пункцию с эвакуацией содержимого с помощью 2 электроотсосов. Видимые, свободные от паренхимы стенки кисты иссекали с применением биполярного и монополярного коагуляторов. Полость кисты дренировали силиконовыми трубками диаметром 5 – 7 мм. Полученные результаты. В послеоперационном периоде адекватное обезболивание достигалось введением ненаркотических анальгетиков. После ультразвукового контроля, при отсутствии свободной жидкости в брюшной полости и прекращения отделения жидкости по дренажам, они удалялись. Средний койко-день составил 14,2 ($\pm 4,3$). При контрольном обследовании через 1, 3, 6 месяцев у пациентов с эхинококкозом печени выявлены остаточные полости, данных за рецидив заболевания не выявлено. Хороший косметический эффект достигнут у всех пациентов. У одного пациента - летальный исход, причиной которого явилась полиорганная недостаточность в послеоперационном периоде. Выводы. Применение малоинвазивного видеоэндохирургического способа лечения паразитарных и непаразитарных кист позволяет достигнуть снижения травматичности операций, способствует быстрой нормализации системной гемодинамики и периферического кровообращения, сокращает сроки пребывания пациентов в стационаре после операции.

507.Торакоскопия в диагностике и лечении образований легких и средостения

Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Фуфаев Е.Е., Ясюченя Д.А., Нечипорук В.М., Дмитроченко И.В., Дзидаханов А.К., Селезнев Д.А.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, кафедра госпитальной хирургии

Видеоторакоскопия (ВТС) в торакальных хирургических стационарах составляет около 60% всех оперативных вмешательств. Ее широкому внедрению способствуют разработка и совершенствование торакоскопических инструментов, сшивающих аппаратов, различных физических методов диссекции и коагуляции. Материал и методы. В клинике госпитальной хирургии академии за период 2000-2015гг. выполнено 654 ВТС. 171 в диагностике и лечении периферических новообразований легких, 184 при диссеминированных процессах, 238 при лимфаденопатии средостения, 61 при сочетании диссеминированного процесса с лимфаденопатией. При лимфаденопатии средостения наиболее часто выполняли биопсию паратрахеальных, трахеобронхиальных групп лимфоузлов, уделяя особое внимание профилактике повреждений верхней полой вены и диафрагмального нерва. Использовали ультразвуковую препаровку. Краевую резекцию легких выполняли с использованием сшивающих аппаратов или герметизацию «холодной плазмой» и интракорпорального ручного шва легочной паренхимы. Многообразие торакоскопических вмешательств на средостении обусловлено гетерогенностью образований в нем. Результаты. Все вмешательства разделены на группы. Это операции на переднем средостении (заболевания тимуса, верификация лимфом), группа диагностических операций при лимфаденопатиях средостения, диссеминированных процессах и периферических образованиях в легких, и их сочетание. Отдельную группу составили анатомические резекции легких. Послеоперационная летальность составила 0,13% (1 больной погиб от ТЭЛА). Продолжительность дренирования плевральной полости зависела от характера и сложности вмешательства и колебалась от 1 до 12 суток, составляя в среднем 2 суток. Среди интраоперационных осложнений были повреждения верхней полой вены (2 случая, каждый устранен без конверсии доступа), повреждение грудного лимфатического протока (1 случай). Послеоперационные осложнения: 1 внутриплевральное продолжающееся кровотечение из межреберной артерии, устраненное при реторакоскопии. Дважды отмечался хилоторакс, который купирован консервативно. Неустойчивый азростаз более 5 дней отмечался у 16 пациентов, что требовало длительного активного дренирования плевральной полости в послеоперационном периоде. Инфекционные осложнения регистрировались у 13 больных. Это нагноение ран (11 пациентов) и эмпиема плевры (2), развившиеся на фоне длительного коллапса легкого (4 дня) на догоспитальном этапе у больного спонтанным пневмотораксом и на фоне выраженной ХОБЛ с длительным нарушением азростаза в послеоперационном периоде у второго больного. У 3 больных послеоперационный период осложнился пневмонией. Следует отметить, что основные интраоперационные осложнения возникали вначале освоения видеоторакоскопии. Общее количество осложнений было вдвое ниже таковых при открытых вмешательствах. Частота успешной морфологической верификации зависела от локализации и характера патологического процесса в легких и средостении и составляла 95%. К преимуществам ВТС можно отнести снижение интенсивности и длительности болевого синдрома, сокращение общего срока стационарного лечения. Выводы. Современный этап развития торакальной хирургии характеризуется неуклонным ростом доли малоинвазивных оперативных вмешательств. С конца XX в. наблюдается заметный прогресс в разработке и совершенствовании методов торакоскопического хирургического вмешательства под видеоконтролем. Торакоскопические методы, как менее инвазивные и более безопасные, имеют явное преимущество по сравнению со стандартной торакотомией. Эти методы позволяют не только снизить интенсивность послеоперационной боли, но и сократить период госпитализации, существенно повышают качество жизни в послеоперационном периоде.

508.Видеоторакоскопические операции в лечении буллезной эмфиземы легких, осложненной спонтанным пневмотораксом

Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Фуфаев Е.Е., Ясученя Д.А., Нечипорук В.М., Попов В.А., Куракевич И.В., Холманов В.И.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, кафедра госпитальной хирургии

Спонтанный пневмоторакс (СП) определяется как присутствие воздуха в плевральной полости, возникшее без травматических воздействий. Различают первичный СП (ПСП) и вторичный СП (ВСП), развивающийся на фоне различных легочных заболеваний. ПСП чаще встречается в молодом возрасте, а ВСП - в возрасте старше 55 лет. Заболеваемость ПСП составляет 18-28 случаев на 100000 у мужчин и 1-6 случаев - у женщин, заболеваемость ВСП - 6 и 2 случая соответственно. Рецидивы СП наблюдаются у 25-54% больных. В 1937 г. Sattler A. при проведении торакоскопии обнаружил буллы, прилегающие к висцеральной плевре, и предположил, что ведущая к ПСП утечка воздуха связана с этими буллами. С этого момента хирургическое удаление булл считалось необходимой составляющей лечения ПСП. Лечение больных включает два этапа. Первый направлен на устранение жизнеугрожающих последствий пневмоторакса и расправление легкого, второй (противорецидивный) – на исключение развития рецидива заболевания. Золотым стандартом в лечении СП на сегодняшний день являются торакоскопические вмешательства. Торакальный хирургический стационар должен обладать арсеналом сил и средств для выполнения исчерпывающей хирургической помощи больным со спонтанным пневмотораксом. Проведен сравнительный анализ результатов обследования и лечения 247 пациентов с СП. Все больные были разделены на две группы. В первую группу больных (контрольную) были включены 188 больных, у которых для ликвидации пневмоторакса использовались пункции и дренирование плевральной полости с активной вакуум аспирацией. У пациентов второй группы (59 больных) лечебные мероприятия начинали с диагностической торакоскопии при поступлении (под местным обезболиванием) с последующим устранением причины пневмоторакса, индукцией плевродеза и дренированием плевральной полости. Диагностические находки при торакоскопии сопоставлены с данными полученными при компьютерной томографии, выполненной в послеоперационном периоде. При этом несовпадения в верификации изменений легочной паренхиме имели место у 5 больных с буллезными изменениями, локализованными в толще легочной ткани. У пациентов второй группы выполнены следующие оперативные вмешательства: торакоскопическая резекция легкого - 14 больных, видеоассистированные резекции легкого (торакопектомия с миниторакотомией) - 2 пациента, датермокоагуляция или прошивание булл у основания - 8 пациентов, торакотомии не выполнялись, адгезиолизис – у 7. Интра- и послеоперационных осложнений не было. Операции завершались индукцией плевродеза. Для склерозирования плевральной полости использовали иссуфляцию медицинского талька или плеврэктомию. Рецидивы заболевания в течение первого года после выписки пациентов из стационара имели место у 35 больных контрольной группы. В основной группе рецидивов не было. На основании полученных данных составлен алгоритм лечения различных категорий больных со спонтанным пневмотораксом. Вывод. Применение торакоскопических вмешательств при буллезной эмфиземе легкого, осложненной спонтанным пневмотораксом позволяет уточнить степень и

распространенность изменений легочной ткани, выполнить радикальное минимально травматичное оперативное вмешательство и улучшить функциональный исход.

509.ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Майстренко Н.А.(1), РоманЛ.Д.(3), Филин А.В.(2), Ромащенко П.Н.(1), Шостка К.Г.(3), Лысанюк М.В.(1)

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (1), Ленинградская областная клиническая больница (2), Ленинградский областной онкологический диспансер (3)

Цель работы – изучить возможности диагностики и хирургического лечения больных нейроэндокринными опухолями желудочно-кишечного тракта (НЭО ЖКТ). Проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 69 больных с НЭО ЖКТ: НЭО желудка (НЭО-Ж) – 45 пациентов, НЭО тонкой кишки (НЭО-ТонК) – 4, НЭО толстой (НЭО-ТолК) – 31. Для диагностики НЭО ЖКТ выполнялись биохимические, инструментальные (ФГДС, ФКС, ирригоскопия, КТ) и морфологические (гистохимические, иммуногистохимические) методы исследования. Специальные радиоиммунные методы исследования выполнялись при карциноидном синдроме для определения уровня серотонина и его метаболитов в моче. Клинические симптомы, относящиеся к карциноидному синдрому (КС), выявлены у 13,8% больных. Время от проявления КС до поступления в хирургический стационар составило $11,2 \pm 3$ мес. Клиническая картина НЭО ЖКТ у 41,1% больных была схожей с аденокарциномой, что послужило основанием для обследования. НЭО ЖКТ явились случайной находкой у 45,1% пациентов при эндоскопическом исследовании различных отделов желудочно-кишечного тракта. Чувствительность лабораторных методов диагностики в выявлении карциноидного синдрома с определением уровня серотонина в крови и его метаболитов в моче составила 80% и 25% соответственно. До операции морфологическое подтверждение НЭО-Ж удалось выполнить только у трети больных, в остальных случаях – только по результатам послеоперационного гистологического, в т.ч. иммуногистохимического исследования. НЭО-ТонК у всех больных были выявлены в ходе обследования по поводу очагового поражения печени, которое по результатам пункционной биопсии было верифицировано как метастаз НЭО. Диагноз НЭО-ТолК был установлен только в результате послеоперационного морфологического исследования. Хирургическое лечение проведено 78 (97,5%) из 80 обследованных больных, у которых различные внутрипросветные оперативные вмешательства осуществлены в 52,5% случаев. Эндоскопические оперативные вмешательства при НЭО-Ж предприняты у 34 (75,6%) из 45 больных: эндоскопическое удаление полипов (диаметром до 1,0 см) – у 9 больных, эндоскопическая резекция слизистой с опухолью (диаметром от 1,0см до 2,0см) – у 25 больных. Эндоскопическое удаление НЭО-ТолК выполнено у 8 (25,8%) больных, у которых опухоль (диаметром до 1,0см) локализовалась в прямой кишке. Критериями отбора пациентов для выполнения внутрипросветных эндоскопических вмешательств являлись размер опухоли до 2,0см, отсутствие признаков поражения регионарных лимфатических узлов и отдаленных метастазов по результатам лучевых методов исследований,

высокодифференцированный характер опухоли по данным гистологического исследования, низкая (G1) и умеренная (G2) степень злокачественного потенциала опухоли по данным иммуногистохимического исследования. Различные варианты открытых оперативных вмешательств выполнены у 36 (45,0%) больных НЭО ЖКТ. В связи с генерализацией онкологического процесса у 2 (2,5%) больных оперативное вмешательство было ограничено ревизией брюшной полости с биопсией метастатических очагов. В ходе эндоскопических оперативных вмешательств у 1 (2,4%) пациента НЭО-Ж развилась перфорация стенки желудка, которая была ушита лапароскопически. Осложнений в ходе открытых оперативных вмешательств не установлено. Летальных исходов у прооперированных больных не было. Таким образом, широкое внедрение современных эндоскопических исследований (ФГДС и ФКС), радиоимунных методов лабораторного анализа в сочетании с применением иммуно-гистохимических методик позволяет подтвердить диагноз НЭО. Ранняя диагностика НЭО ЖКТ позволяет эффективно использовать различные внутрисветные оперативные вмешательства, что улучшает результаты лечения и качество их жизни таких больных.

510. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И ЕЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ

Ивануса С.Я., Кочетков А.В., Хохлов А.В., Бояринов Д.Ю., Онницев И.Е., Шершень Д.П.

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова» МО РФ

Тактика лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, в особенности ее осложненных форм неоднозначна и во многом зависит от оснащенности стационара и навыков специалистов. Наибольший интерес представляют отдаленные результаты лечения с применением современных эндоскопических, эндовидеохирургических и медикаментозных методов. Проанализированы результаты лечения 260 пациентов с ГЭРБ и ее осложненными формами. Неосложненное течение отмечено у 47,2%. Осложнения диагностированы у 52,8% пациентов (эрозивно-язвенное кровотечение из пищевода, пептические стриктуры, метаплазия и дисплазия эпителия пищевода). В клинике разработан и внедрен алгоритм диагностики и лечения рефлюкс-ассоциированных воспалительных заболеваний пищевода и их осложнений, основанный на патогенетических причинах выявленных нарушений. Алгоритм помимо общепринятых методов обследования пациентов с данной патологией (общеклинических, эзофагогастродуоденоскопии, полипозиционной рентгеноскопии и рентгенографии пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, УЗИ органов брюшной полости), дополнительно включал Zoom-эндоскопию; хромоскопию, в т.ч. NBI-режим; исследование моторики пищевода и желудка методом импедансометрии; суточную рН-метрию. Проспективный анализ результатов лечения осуществлен у 191 пациентов. Пептические стриктуры пищевода выявлены у 49 пациентов. При наличии функционально значимой стриктуры пищевода (дисфагия 2-4 степени) первым этапом выполнялось бужирование или баллонная диалатация. Рецидив стриктуры развился у 8 больных с выполненным ранее эндоскопическим пособием, потребовавший повторного бужирования, а в последующем оперативного лечения, направленного на восстановление замыкательной функции

кардии. В 89 наблюдениях выявлена метаплазия или дисплазия слизистой оболочки пищевода различной степени тяжести. Все больные с желудочной метаплазией находятся под динамическим наблюдением с частотой повторных исследований 1 раз в год с обязательной биопсией слизистой. 52 пациентам с кишечной метаплазией выполнена аргоноплазменная коагуляция очагов метаплазии с последующей антирефлюксной операцией. При контрольном обследовании в течение 7 лет рецидива метаплазии не выявлено. 8 пациентам с дисплазией выполнена эндоскопическая резекция измененной слизистой оболочки с хорошим результатом. Восстановление замыкательной функции кардии эндовидеохирургическими методами выполнялось при выявлении патологического гастроэзофагеального рефлюкса. Кровотечение из пищевода на фоне эрозивно-язвенного поражения было установлено у 38 больных. У 25 пациентов применены различные методы эндоскопического гемостаза. У остальных больных оказалась эффективной системная гемостатическая терапия. Рецидив развился у 2 больных, при этом повторный эндоскопический гемостаз оказался эффективен. Ни в одном из наблюдений показаний к экстренному оперативному вмешательству не возникло. Показания для оперативного лечения определялись только после безуспешности консервативной терапии в течение не менее 6-ти месяцев. В случае осложненного течения пептического эзофагита предпочтение отдавалось двухэтапному лечению. На первом этапе выполнялись эндоскопические манипуляции и, в последующем, выполнялось оперативное вмешательство. Показания для выполнения антирефлюксных операций установлены у 176 пациентов. 161 оперированы лапароскопическим доступом, 15 открытым. Изолированные операции по коррекции замыкательной функции кардии выполнены у 115 пациентов. Симультанные операции в сочетании с холецистэктомией выполнены у 61 пациента, с ваготомией и дренирующей желудок операцией у 4 больных. Из антирефлюксных операций мы отдаем предпочтение задней крурорафии и фундопликации по Ниссену-Розетти (n=34). В 4-х случаях для укрепления швов ножек диафрагмы использовали сетчатые имплантаты с антиадгезивным покрытием. Обязательным этапом операций являлся эндоскопический контроль зоны пищеводно-желудочного перехода для адекватности формирования фундопликационной манжеты. Лапароскопическую рефундопликацию выполнили 2 пациентам ввиду стойкой дисфагии через 14 дней после операции и через 6 месяцев. Ближайшие и отдаленные результаты лечения изучены путем обследования и специализированного анкетирования пациентов в клинике в различные сроки (3, 6, 12 месяцев в течение первого года и 1 раз в год в дальнейшем). Ближайшие результаты лечения оценены у 80 пациентов, отдаленные (от 1 года до 12 лет) у 62. Среди пациентов с углубленным алгоритмом обследования отличные и хорошие результаты получены в 93,6%, удовлетворительные в 4,5% и неудовлетворительные – в 1,9% случаев (обусловлены техническими погрешностями операции). В отдаленные сроки результаты лечения сохранялись на прежнем уровне, достигая 86,4 %. Неудовлетворительные результаты лечения выявлены в 2 (3,2%) случаях. Таким образом, при определении показаний к оперативному лечению у больных рефлюкс-ассоциированными воспалительными заболеваниями пищевода необходимо использовать современный алгоритм диагностики для индивидуальной оценки патофизиологического механизма развития расстройств кардиоэзофагеальной зоны. При осложненном течении заболевания необходимо использование более активной тактики лечения пациентов с применением на первом этапе возможностей гибкой эндоскопии (остановка кровотечения, устранение стриктур, аргоноплазменная коагуляция или резекция слизистой оболочки), на втором – эндовидеохирургических вмешательств, направленных на восстановление замыкательной функции кардии.

511. Применение роботизированного хирургического комплекса в многопрофильном стационаре.

Гладышев Д.В.(1,2), Коваленко С.А.(1), Ракул С.А.(1), Цивьян Б.Л.(1), Моисеев М.Е.(1), Гнедаш С.С.(1), Шелегетов Д.С.(2).

Санкт-Петербург

1) СПб ГБУЗ «Городская больница №40» (гл. врач – прф. С.Г. Щербак), г.Санкт-Петербург, г.Сестрорецк. 2) ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им.С.М.Кирова» МО РФ (нач. – проф. А.Н.Бельских), г.Санкт-Петербург.

Последние два десятилетия в медицине – эпоха бурного внедрения высоких технологий в лечении больных всех профилей. В хирургии это, в первую очередь, миниинвазивные технологии, позволившие соединить в себе: радикализм, косметичность, низкую травматичность и быструю реабилитацию. Цель нашей работы – представить результаты использования роботизированного хирургического комплекса da Vinci Si HD в многопрофильном стационаре. С момента инсталляции комплекса da Vinci Si HD в августе 2013г. и по февраль 2015г. выполнено более 350 робот-ассистированных оперативных вмешательств. Структура выполненных операций следующая: абдоминальные операции – 32,4%, урологические – 48%, гинекологические – 18,6%, в области сердечно-сосудистой хирургии – 1%. В урологии всего выполнено 176 операций, в их числе: 123 радикальных простатэктомии, 38 резекций почек, 9 нефрэктомий, 6 цистэктомий. Общее количество гинекологических операций составило 67, среди них наиболее часто выполняли пангистерэктомию (23), реже экстирпацию матки с придатками с обеих сторон и двусторонней тазовой лимфаденэктомией (10), экстирпацию матки с маточными трубами (14), оварицистэктомию (15), миомэктомию (5). В абдоминальной хирургии выполнено 117 операций, в основном нами выполнялись операции по поводу колоректального рака (104) из них по поводу рака ободочной кишки (54) и по поводу рака прямой кишки (50). Пациентам, страдающим раком желудка, выполнены полностью роботические дистальная субтотальная резекция желудка (2), гастрэктомия (2). Выполнено 9 бариатрических операций: 5 продольных резекций желудка и 4 операции желудочного шунтирования. В сердечно-сосудистой хирургии выполнено 4 маммаро-коронарных шунтирования без использования аппарата искусственного кровообращения. Кроме того, выполнено 2 пластические операции – эндоскопическая подтяжка бровей. Конверсии имели место в 2-х случаях по поводу рака прямой кишки, причинами конверсии были: большие размеры опухолевого образования с вовлечением в опухолевый процесс соседних органов, не диагностированные в ходе предоперационного обследования и приходились на ранний период освоения методики и проведения первых операций. Объем кровопотери, как правило, был минимальным. Повторные операции по поводу осложнений проведены в 3% случаев. Основное количество осложнений приходится так же на этап освоения методики. Был зафиксирован один летальный исход – на 2-е сутки после операции (ультранизкая передняя резекция прямой кишки) от массивной тромбоэмболии легочной артерии. Применение робот-ассистированных операций в многопрофильном стационаре является высокотехнологичным эффективным, безопасным и перспективным методом лечения большого спектра заболеваний в различных областях хирургии. Однако, высокая стоимость роботоконкомплекса и его расходного оборудования является существенным препятствием к широкому внедрению робот-ассистированных операций в повседневную хирургическую практику. В заключение можно констатировать, что развитие хирургии в последние годы уверенно взяло направление на совершенствование миниинвазивных

технологий и расширение показаний к ним, при этом сохраняя все принципы открытых оперативных вмешательств.

512.Технический и клинические аспекты лапароскопической резекции печени

Загайнов В.Е. (2), Луцевич О.Э. (1), Галлямов Э.А. (1), Геворкян Ю.А. (3), Монахов А.Р. (1), Загайнов Е.В. (1)

Москва, Нижний Новгород, Ростов

1) кафедра факультетской хирургии 1 МГМСУ 2) ФБУЗ ФМБА ПОМЦ России 3) ФГБУ "РНИОИ" Минздрава России

Введение: Метастатическое поражение печени при колоректальном раке по-прежнему остается одним из наиболее частых показаний к выполнению резекций печени. Сочетание достижений в химиотерапевтическом лечении и таргетной терапии с выполнением анатомических резекций печени, позволяют существенно улучшить прогноз заболевания. В последнее десятилетие малоинвазивные методики демонстрируют высокую эффективность в резекционной хирургии печени, а их объем значительно расширился. В период освоения лапароскопическая резекция печени применялась для ограниченного вида операций - левосторонняя латеральная секторэктомия, краевая резекция печени, то в последние годы все больше «больших» резекций выполняется с применением эндовидеохирургических методов. В 2008 году были классифицированы основные виды малоинвазивных вмешательств на полностью лапароскопическую резекцию, гибридную технику резекции и мануально-ассистированную технику (Луисвилль, США). Цель исследования: проанализировать технические и клинические аспекты первого опыта выполнения лапароскопических резекций печени. Материалы и методы: С 2012 по 2015 годы в ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России (г.Нижний Новгород) и в РНИОИ (г.Ростов) одной бригадой хирургов выполнена 21 полностью лапароскопическая резекция печени. В 10 случаях произведены левосторонняя латеральная секторэктомия, в 4 левосторонние портальные гемигепатэктомии, сегментэктомии - 5 и 2 правосторонние портальные гемигепатэктомии. Выбор пациентов основывался на общеклиническом состоянии пациента, индивидуальной стратегии хирургической бригады в зависимости от размера и локализации опухоли, функции печени и объема оставляемого фрагмента печени. Для выполнения резекции печени использовались 5 портов: 10 мм порт над пупком, 3 порта 5 мм и 1 порт 12 мм. Связочный аппарат печени мобилизовался с использованием ультразвукового скальпеля, моно- и биполярной коагуляции. Основные сосудистые элементы прецизионно выделялись до разделения паренхимы. Трансекция паренхимы выполнялась с применением ERBA-Jet или Zoring Sonoka. Мелкие сосудистые элементы лигировались клипсами Hemolock XL, L, M. Крупные сосудистые структуры – линейным степлером Endo Gia или Echelon Flex, кассетой белого цвета 45 мм, с высотой закрытых скрепок – 1 мм. Удаление резецированного фрагмента выполнялось через надлонный доступ или через мини-доступ по Волковичу-Дьяконову. Оценивались продолжительность операции, интраоперационная кровопотеря; п/о сроки госпитализации; объем резекции R0, R1, R2; расстояние от зоны резекции до опухоли; степень дифференцировки опухоли; поражение лимфоузлов; число, размер, локализация очагов в печени; общий билирубин и уровень

протромбина. Результаты: Количество лапароскопических резекций печени за период с 2012 по 2013 год – 7 операций, за 2014-2015 год - 14. Первая лапароскопическая правосторонняя гемигепатэктомия закончилась конверсией, вторая правосторонняя гемигепатэктомия была выполнена полностью лапароскопически. Средняя продолжительность операций составила 190 ± 37 минут; средняя кровопотеря составила 159 ± 63 мл; у всех пациентов была выполнена R0 резекция; среднее расстояние от плоскости резекции до опухоли составило 10 ± 3 мм; патоморфологическое заключение: в большинстве случаев (86%) умеренно дифференцированная аденокарцинома. Сроки п/о госпитализации в среднем составили 11 дней (от 4 до 23). Наблюдение за пациентами в течение 90 дней не выявило осложнений, связанных с выполнением операции. Заключение: В настоящее время отмечается устойчивая тенденция к увеличению доли лапароскопических резекций печени относительно традиционно открытых, но онкологические преимущества до сих пор изучаются. Очевидные преимущества лапароскопического исполнения - лучшая визуализация операционного поля (эффект увеличения), снижение кровопотери (действия пневмоперитонеума на печеночные вены). К недостаткам можно отнести невозможность пальпации тканей, ограниченность двумерного поля зрения, ограниченность в использовании лапароскопических инструментов и необходимость в специализированном датчике УЗИ. Лапароскопическая резекция печени открывает такие преимущества, как меньшая интраоперационная кровопотеря, ранние сроки активизации моторики кишечника, ранняя послеоперационная активизация пациентов, меньшие сроки послеоперационной госпитализации и лучше косметический эффект. Данные преимущества лапароскопической резекции печени делают ее привлекательной для внедрения в практику. Необходимо помнить о значимости экспертных навыков в лапароскопической хирургии, высокого уровня слаженности операционной бригады, особенно при выполнении «больших резекций» печени, а так же хорошего оснащение клиники – HD стойка, современные энергетические устройства для транссекции паренхимы (для сепарации и коагуляции тканей), сшивающие аппараты, степлеры, набор диссекторов.

513. Антеградная папиллотомия с применением высокоэнергетического лазерного излучения

Левченко Н.В. (1,2), Хрячков В.В. (1), Шавалиев Р.Р. (1,2)

Ханты-Мансийск, Нягань

1) Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, кафедра госпитальной хирургии, 2) БУ ХМАО-Югры "Няганская окружная больница"

Введение. К настоящему времени одной из самых распространенных операций на большом дуоденальном сосочке является эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ). При ЭПСТ не редко встречаются осложнения в виде кровотечений, перфорации стенки двенадцатиперстной кишки, острых панкреатитов. Наличие парапапиллярных дивертикулов значительно затрудняет проведение, а иногда делает невозможным проведение ЭПСТ. Целью нашего исследования стали разработка и внедрение нового способа папиллотомии путём антеградного рассечения большого дуоденального сосочка излучением гольмиевого лазера. Материалы и методы. В своей работе мы использовали лазерную установку, оснащенную YAG:Но лазером, два эндовидеохирургических комплекса, фиброхоледоскоп. Начало операции полностью соответствует лапароскопической

холецистэктомии. Через один из троакаров и надрез стенки пузырного протока или стенки холедоха в холедох заводится фиброхоледохоскоп. Проводится ревизия холедоха. При наличии стеноза БДС, по рабочему каналу холедохоскопа в дистальный отдел холедоха подводится гибкий лазерный световод. Под визуальным контролем, используя излучение YAG:Но лазера, производится рассечение большого дуоденального сосочка. Процедура выполняется в избранном режиме. После проведения папиллотомии, холедохоскоп беспрепятственно проникает в просвет двенадцатиперстной кишки. После удаления холедохоскопа, при необходимости устанавливается дренаж в просвет холедоха. Результаты. С 2010 года, описанным выше способом (патент РФ № 2449757), нами прооперировано 31 больных, у которых был выявлен стеноз большого дуоденального сосочка. Интраоперационных осложнений не было. Все больные выписаны с выздоровлением и находятся под наблюдением. Данным пациентам выполнялась контрольная дуоденоскопия. На данный момент осложнений, связанных с проведением антеградной лазерной папиллотомии, не выявлено. Обсуждение. Проведение антеградной папиллотомии при интраоперационной холедохоскопии позволяет, при наличии холецистохоледохолитиаза, одновременно выполнять холецистэктомию и лазерную литотрипсию. Парапапиллярные дивертикулы не являются препятствием для проведения папиллотомии описанным способом. Использование импульсного лазерного излучения под визуальным контролем в режиме реального времени позволяет значительно снизить риск таких осложнений, как кровотечение и перфорация. Достигается малая травматичность операции, что приводит к сокращению периода реабилитации и к хорошему косметическому эффекту. Считаем, что данный способ является перспективным для одномоментного лечения больных с холецистохоледохолитиазом и стенозом большого дуоденального сосочка.

514. Особенности обучаемости и внедрения программы ускоренного выздоровления пациентов (fast track surgery) молодыми специалистами в практику.

Тарасов С.Л.(1,2), Халимов Э.В.(1), Лавинский Р.В.(1,2), Древаль С.В.(2), Бирюков А.В.(2)

Ижевск

1 БУЗ МЗ УР "ГКБ №6 МЗ УР", 2 Центр современной урологии и хирургии ОАО "Лава"

В настоящее время не вызывает сомнений внедрение программы ускоренного восстановления (ПУВ) в практику здравоохранения. Внедрение ПУВ приводит к снижению длительности пребывания больного в стационаре, меньшему числу осложнений, снижению экономических затрат лечебного учреждения. К основным трудностям внедрения ПУВ относятся мультидисциплинарность, комплаенс пациентов, техническая отсталость операционных, но в первую очередь ментальность врачебного и сестринского персонала. Обучаемость и внедрение передовых технологий в практику молодыми специалистами значительно отличается. Нами проведен анализ соблюдения ПУВ молодыми специалистами (хирургами) при лечении больных с не осложненной желчно каменной болезнью (ЖКБ) за период 2014-2015 годов. Изучение метода проводилось анкетированием врачей и сравнение данных ответов с результатами анализа карт стационарного больного оперированных этими специалистами. В исследовании включено 9 специалистов имеющих стаж в видеоэндоскопической хирургии от 5 до 10 лет. Все специалисты

прошли обучение в сертифицированных центрах по эндоскопической хирургии. Всего ими выполнено 786 лапароскопических холецистэктомий (ЛХ). Выявлены осложнения: I-II класса у 5 пациентов (0,63%), III класс у 3 (0,38%) пациентов, IV класса не было (по Clavien). Летальность 0%. При анализе историй болезни выявлены следующие типичные нарушения ПУР. В дооперационном периоде: не полное информирование пациента, предоперационная подготовка кишечника клизмами, назначение седативных средств. На операционном этапе назогастральная интубация и необоснованное дренирование. Послеоперационный период позднее кормление, продолжение инфузионной и антибиотикотерапии, позднее активирование больного. Из результатов анкетирования выявлены основные причины не соблюдения ПУВ молодыми специалистами: «перестраховка и предупреждение интраабдоминальных осложнений», «такое ведение рекомендовано в руководствах и учебниках», «так принято в лечебном учреждении». Таким образом, практическое применение ПУВ молодыми специалистами в первую очередь сдерживается косностью системы образования и руководства лечебных учреждений необходимости более интенсивного ознакомления с достижениями ПУВ, проведении обучающих семинаров, создании и внедрении руководств на уровне лечебных учреждений и клиник.

515.Расширенная лапароскопическая холецистэктомия при раке желчного пузыря

Бирюков А.Ю., Овсянников В.С., Синеокая М.С.

Москва

Химкинская центральная клиническая больница

Рак желчного пузыря является редким заболеванием и характеризуется быстрым прогрессированием, высокой частотой метастазирования и низкой эффективностью консервативной терапии. В данном сообщении мы хотели обсудить особенности выполнения лапароскопической холецистэктомии с лимфодиссекцией и резекцией 4 сегмента печени по поводу плоскоклеточной карциномы желчного пузыря T3N0M0 больших размеров. В феврале 2015г в нашу клинику госпитализирована пациентка Л. 75 лет с жалобами на лихорадку неясного генеза, снижение массы тела на 10кг в течение 1,5 месяцев, подозрением на наличие объемного образования в брюшной полости. При обследовании выявлена опухоль желчного пузыря размерами 10x8см с признаками распада, инвазии в 4 сегмент печени. Отдаленных метастазов, выраженной регионарной лимфаденопатии выявлено не было (стадия IIIa). Принято решение о выполнении лапароскопической расширенной холецистэктомии с резекцией С-4 печени, лимфодиссекцией. Расположение троакарров было изменено в связи со значительным увеличением желчного пузыря в размерах (17x10см). Операция была начата с выполнения холецистэктомии, так как большие размеры желчного пузыря создавали технические трудности при работе в области печеночно-двенадцатиперстной связки. При выделении из ложа дна желчного пузыря отмечалась выраженная инфильтрация ткани С-4 печени, инвазия опухоли в печеночную ткань. Выполнена атипичная резекция 4 сегмента печени, абляция ложа желчного пузыря с целью абластики, лимфодиссекция в зоне печеночно-двенадцатиперстной связки. Брюшная полость дренирована. Послеоперационный период протекал гладко. Пациентка выписана на 7 сутки. Гистологическое заключение: плоскоклеточная карцинома, атипичных клеток

в краях резецированного участка печени, в регионарных лимфоузлах не выявлено. В послеоперационном периоде проводилась химиотерапия капецитобином. При выполнении ПЭТ через 2 месяца после операции, КТ - через 7 месяцев, очагов накопления, признаков прогрессирования заболевания в грудной и брюшной полости выявлено не было. При осмотре через 9 месяцев после операции пациентка оценивает свое самочувствие как хорошее, отмечает восстановление трудоспособности, полное отсутствие жалоб.

516. Неудачи эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии у пациентов старческого возраста.

Барамидзе Г.Г., Норман И.М., Примасюк О.П.

Москва

Госпиталь для ветеранов войн № 3, ДЗМ

Статистические данные как отечественных, так и зарубежных авторов, публикуемые в последние 10-15 лет, свидетельствуют об увеличении частоты заболеваемости желчнокаменной болезнью (ЖКБ). При этом осложненное течение ЖКБ развивается в 12-13% случаев, из их числа на холедохолитиаз (ХЛ), по данным различных авторов, приходится от 8 до 28% случаев. В силу специфики деятельности ГВВ № 3, доминирующее значение для нас имеет частота ХЛ у лиц пожилого и старческого возраста. Опуская такой фактор, как множественная сопутствующая патология, мы хотели бы акцентировать внимание на местных осложняющих проявлениях патологических процессов, препятствующих успешному эндоскопическому хирургическому лечению. Нами проведен анализ причин неудачных или осложненных эндоскопических вмешательств на протоках печени при осложненном течении ЖКБ за период 2014 – I квартал 2015 года. Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ) выполнена 28 пациентам в возрасте от 75 до 94 лет. Большинство составили женщины – 20 (71%), мужчин – 8 (29%). ЭРПХГ выполнялось после предварительного неинвазивного обследования (УЗИ, МРТ) при наличии данных за холедохолитиаз, желчную гипертензию. Во всех случаях исследования проводились в условиях медикаментозного сна. В 16 случаях (57%) имели место клинические проявления механической желтухи, холангита. В 12-ти случаях большой дуоденальный сосочек (БДС) располагался либо на краю, либо в полости парапапиллярного дивертикула. В 9 случаях (32%) попытки эндоскопических диагностических или оперативных манипуляций окончились неудачей. У двух пациентов БДС находился в положении, при котором исключались канюляция и контрастирование желчных протоков. Еще у двоих удалось выполнить канюляцию холедоха, однако условий для выполнения ЭПСТ и экстракцию конкрементов, в силу анатомических особенностей, не было. В обоих случаях выполнено назибилиарное дренирование. В исходе пациенту 87 лет, в силу непереносимости радикального оперативного вмешательства, установлен стент выше уровня расположения конкрементов. Вторая пациентка 86 лет после разрешения механической желтухи отказалась от оперативного лечения. Еще в двух случаях при множественном макрохолелитиазе в сочетании со стенозом терминального отдела холедоха, обусловленного индуративными изменениями тканей головки поджелудочной железы, ввиду невозможности литоэкстракции даже фрагментов конкрементов при механической литотрипсии,

мы так же были вынуждены ограничиться назобилиарным дренированием. Впоследствии обоим пациентам выполнены традиционные хирургические вмешательства. У одного пациента мы были вынуждены отказаться от попытки выполнения ЭРПХГ в связи с ухудшением ЭКГ на этапе введения в состояние медикаментозного сна. Отдельно следует отметить два случая осложнений. В первом при введении дуоденоскопа пациентке 88-и лет произошла перфорация абдоминального отдела пищевода. Осложнение распознано сразу, подтверждено рентгенологически, больная в экстренном порядке прооперирована, произведено ушивание перфорации и холедохолитотомия. Во втором случае, у пациентки так же 88-и лет, при введении дуоденоскопа в просвет луковицы двенадцатиперстной кишки произошел спонтанный разрыв дивертикула ДПК. Осложнение было сразу распознано, пациентка прооперирована в экстренном порядке. На операции – множественные тонкостенные дивертикулы ДПК диаметром от 2-3 мм до 35 мм, ранимые при минимальном контакте. Исходно произошел разрыв по типу баротравмы истонченного дивертикула диаметром до 4 мм. Все дивертикулы ушиты, выполнена холедохолитотомия. Следует отметить, что не всегда аномальное расположение БДС, в частности в полости дивертикула в сочетании с отсутствием интрамуральной части холедоха, приводит к неизбежному отказу от выполнения эндоскопического вмешательства. В одном случае, ввиду невозможности выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), произведена успешная баллонная дилатация устьев БДС и холедоха, механическая литотрипсия и литоэкстракция.

517.ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ ВНУТРЕННЕГО ДРЕНИРОВАНИЯ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Шабунин А.В., Нечипай А.М., Коржева И.Ю., Бедин В.В., Бурдюков М.С., Комиссаров Д.Ю.

Москва

ГКБ им. С.П. Боткина, ГБОУ ДПО РМАПО кафедра хирургии, кафедра эндоскопии

Введение. Формирование псевдокисты поджелудочной железы является одним из исходов острого панкреатита. Сроки формирования псевдокисты обычно составляют 4-6 недель после приступа острого панкреатита. С учетом патоморфоза, происходящего при формировании псевдокисты, выделяют 4 вида жидкостных скоплений: пери- и интрапанкреатическое скопление секрета поджелудочной железы (до 4 недель), интрапанкреатический выпот с разрушением структуры поджелудочной железы (от 4 недель), стерильный/инфицированный сформированный некроз (Michael G. Sarr / 2012 revision of the Atlanta Classification of acute pancreatitis). С учетом характера выпота были разработаны варианты дренирования означенных жидкостных скоплений. Одним из способов является дренирование под контролем эндоскопической ультрасонографии – формирование цистогастростомы или цистодуоденостомы (ЭУС-ЦГС, ЭУС-ЦДС). Данный способ дренирования был впервые описан Kozarek RA et al. (Gastrointest Endosc 1985;31:322). К настоящему времени известен ряд вариантов и модификаций таких малоинвазивных вмешательств, отличающихся как по технике выполнения, так и по типу используемого дренирующего устройства. С учетом известного мирового опыта, данная методика была внедрена в клиническую практику ГКБ им. С.П. Боткина в 2014 году. Материалы и метод: в период с мая

2014 по декабрь 2015 г. было выполнено 25 интервенционных ЭУС-ЦГС с целью дренирования псевдокист поджелудочной железы (муж. 19, жен. 6, средний возраст - 47,7 года). Псевдокисты локализовались в головке (9), теле (11) и хвосте (5) ПЖ, соответственно. Средний размер кист составил 65 ± 50 мм. Эхографическими признаками инфицирования обладали 10 из 25 кист. С учетом особенностей локализации кист было выполнено формирование цистогастроанастомоза (20) и цистодуоденоанастомоза (5). Показаниями для выполнения ЭУС-ЦГС/ЦДС явились: 1) жидкостные включения при остром панкреатите (4 недели)- 20 пациентов; 3) некротические включения при панкреонекрозе (4 недели)- 1 пациент. В 10 наблюдениях в качестве дренирующего устройства были использованы металлические самораскрывающиеся стенты, в 13 – различные сочетания количества и типов пластиковых стентов, в 2 – выполнялось пункционное опорожнение псевдокисты путем вакуумной аспирации содержимого. При наличии признаков инфицирования в 3 из 8 наблюдений дополнительно был установлен цистоназальный дренаж по типу «стент-в-стент». Все интервенционные вмешательства выполнялись под внутривенной седацией. Результаты и их обсуждение: техническая успешность дренирования псевдокист ПЖ достигнута в 100% случаев. Осложнения и побочные эффекты (4 – 27%), возникшие во взаимосвязи с выполненными вмешательствами были условно разделены на: развившиеся в ходе последних, а также в ближайшем и в отдаленном послеоперационных периодах. В 1 случае в ходе выполнения этапа пункционного формирования цистогастростомы при баллонной дилатации пункционного канала возникло арозивное кровотечение (кровопотеря до 300 мл), окончательно остановленное эндоскопическим способом. В 2 случаях произошло инфицирование псевдокисты, потребовавшее в 1 из них дополнительной установки цистоназального дренажа и активной санации полости псевдокисты растворами антисептиков, в другом случае - гнойно-воспалительный процесс распространился на парапанкреатическую клетчатку, что потребовало выполнения традиционного хирургического вмешательства. В 1 случае (из-за несоблюдения пациентом рекомендованных сроков контрольного обращения для удаления стента после завершения процессов репарации полости псевдокисты) в отдаленном периоде произошло врастание грануляционной ткани через непокрытую часть ячеек металлического самораскрывающегося стента: эндоскопические попытки удаления стента оказались безуспешными, стент оставлен. Летальность, ассоциированная с выполнением вмешательств либо с развившимися в последующем осложнениями, отсутствовала. Заключение: Малоинвазивные способы эндоскопического дренирования являются эффективными методами лечения пациентов с постнекротическими кистами ПЖ, обеспечивающим полную регенерацию патологического очага. Результаты эндоскопического лечения вследствие их малой травматичности существенно влияют на сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре и на качество их жизни. При выборе способа эндоскопического дренирования псевдокист ПЖ предпочтение должно отдаваться установке покрытых СРМС, которые могут быть рекомендованы в качестве способа первой линии. Удаление стентов должно выполняться не ранее 2 месяцев после их установки и инструментального подтверждения полного регресса полости кисты с последующим динамическим наблюдением за пациентом.

518. Эндоскопическое лечение удвоений желудочно-кишечного тракта у детей

Смирнов А.Н., Холостова В.В., Залихин Д.В., Маннанов А.Х., Халафов Р.В., Ермоленко Е.Ю., Гавриленко Н.В.

Москва

РНИМУ им Н.И.Пирогова, ДГКБ №13 им. Н.Ф.Филатова

Удвоения желудочно-кишечного тракта представляют собой врожденные аномалии пищеварительной трубки, возникшие в результате нарушения эмбрионального развития нейро- и эндодермального зачатков. Частота встречаемости данного порока составляет 1:4500 новорожденных. В настоящее время мы обладаем опытом лечения 67 детей с удвоениями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Из них: пищевода – 2, пищевода и желудка – 1, желудка – 26, тонкой кишки – 31, дивертикула Меккеля – 2, толстой кишки – 2, прямой кишки – 3. Возрастной состав: новорожденные – 11 (16%), дети первого года жизни – 23 (34%), дети 1-3 лет – 27 (41%), дети 3-11 лет – 6 (9%). В 22 случаях удвоение ЖКТ было случайной находкой, в 19 случаях сопровождалось сдавлением близлежащих органов с болевым синдромом, 10 – кишечной непроходимостью, 6 – инфицированием, 5 – кровотечением (эктопия слизистой), 4 – наличием свища в области промежности, 1 – перфорацией. Все дети были оперированы лапароскопически. В зависимости от вида и локализации удвоения мы выполняли различные виды оперативных вмешательств: радикальное удаление удвоения, фенестрация либо удаление удвоения с участком несущей кишки. Нами выполнены: в 5 случаях мини-лапаротомия либо видеоассистированное оперативное вмешательство; 1 конверсия при субтотальном удвоении тонкой кишки. Осложнений во время и после операции отмечено не было. Рецидивов также не было. Накопленный опыт показывает, что наиболее трудные для хирургического лечения – это торакоабдоминальные удвоения, удвоения пилорического отдела желудка, илеоцекальной области и удвоения прямой кишки. В большинстве случаев удвоения ЖКТ у детей не требуют выполнения сложных реконструктивных операций, за исключением дубликатур толстой и прямой кишки. Применение малоинвазивных эндоскопических вмешательств, с учетом всех преимуществ последних, является радикальным, не приводит к развитию рецидивов и может считаться методом хирургического выбора, особенно при удвоениях тонкой кишки и желудка. Способы хирургической коррекции при данной патологии весьма разнообразны и требуют дифференцированного подхода, что определяется самим характером данного порока развития ЖКТ.

519.ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ.

Луговой А.Л., Ярцева Е.А.

Санкт-Петербург

Кафедра факультетской хирургии им. И.И. Грекова СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

Цель: показать возможности эндовидеохирургических вмешательств при лечении распространенного перитонита аппендикулярного происхождения. Материалы и методы: Проведен анализ лечения 34 пациентов с деструктивными формами аппендицита, осложненного

распространенным перитонитом. Во всех наблюдениях оперативное лечение выполнялось эндовидеохирургическим способом. В анализируемой группе было 14 женщин, что составило 41,2 % и 20 мужчин (58,8 %). Возраст больных колебался от 21 до 72 лет (средний возраст составил $36,3 \pm 11,4$). Результаты и обсуждение: Всем пациентам до операции производилось измерение внутрибрюшного давления непрямым методом через мочевого катетер по методу Kron et al. от 1984 года. В исследование включены наблюдения при которых интраабдоминальная гипертензия не превышала 15 мм рт. ст. (I степень по классификации Burch et al. 1996 года), что позволяло полноценно оценивать состояние органов брюшной полости, проводить оперативное вмешательство и адекватно санировать брюшную полость. У 12 больных (35,3 %) было достаточно однократного эндовидеохирургического вмешательства. У 22 (64,7 %) – потребовались санационные релапароскопии, среди которых: «по программе» – у 14 больных; «по требованию» – у 8. Летальных исходов в анализируемой группе отмечено не было. Релапароскопия «по программе» выполнялась через 24 часа после первичной операции. Основными показаниями к ее выполнению были те случаи заболеваний, при которых отмечена невозможность одномоментной адекватной санации после первичной операции (неудалимые «наложения» фибрина) и выраженные воспалительные изменения на куполе слепой кишки (опасность несостоятельности культи червеобразного отростка). Релапароскопия «по требованию» выполнялась на 2-6 сутки от первичной операции. Основные показания к ее выполнению: сохраняющийся парез кишечника; нарастающий лейкоцитоз (при исключении раневой инфекции и внебрюшных осложнений); УЗИ или КТ- признаки жидкостных скоплений в брюшной полости. Данное вмешательство позволяло удалить «наложения» фибрина с брюшинного покрова, бескровно разделить рыхлые фибриновые сращения между петлями кишечника, а также проводить повторную санацию и дренирование брюшной полости. При анализе лечения данной группы больных установлено, что в 3 случаях было невозможно устранить источник перитонита эндовидеохирургическим методом. Основными показаниями к конверсии доступа на срединную лапаротомию являлись: множественные плотные фибриновые наслоения на париетальной, висцеральной брюшине и между петлями кишечника; плохая визуализация культи червеобразного отростка; выраженный парез кишечника; невозможность выполнения назогастроинтестинальной интубации (при наличии показаний). Заключение: По данным нашего наблюдения, при лечении распространенного перитонита аппендикулярного происхождения, однократные эндовидеохирургические вмешательства оказываются эффективными в 35,3 % случаев. Санационная релапароскопия является малоинвазивным вмешательством, которое позволяет адекватно оценить состояние органов брюшной полости, при необходимости провести ее санацию и своевременно предотвратить развитие интраабдоминальных осложнений.

520.Способ лапароскопической холецистэктомии через единый доступ

Левченко Н.В.(1,2), Хрячков В.В.(1)

Ханты-Мансийск, Нягань

1) Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, кафедра госпитальной хирургии, 2) БУ ХМАО-Юуhs "Няганская окружная больница"

Введение. Одной из важнейших задач хирургов всегда было уменьшение страданий больного. Это объясняет их закономерное стремление минимизировать травму, которую получает пациент во время хирургической операции. При проведении некоторых оперативных вмешательств доступ приносит больному больше страданий, чем основной этап. Цель. Улучшить результаты хирургического лечения больных жёлчнокаменной болезнью путём разработки и внедрения в практику способа лапароскопической холецистэктомии через один доступ. Материалы и методы исследования. Накопленный опыт позволил нам в 2000г начать выполнять данную операцию с использованием трёх доступов, не применяя один из зажимов, предназначенных для тракции жёлчного пузыря. Троякары устанавливали над пупком, субксифоидально и в правом подреберье. С 2003г троакар для тракции жёлчного пузыря дополнительно устанавливали в параумбиликальный доступ. Данный способ позволил выполнять операцию через два доступа - параумбиликальный и субксифоидальный. В апреле 2005г впервые нам удалось успешно выполнить операцию из одного параумбиликального доступа. Это стало возможным благодаря дополнительной установке субксифоидального троакара также в параумбиликальный разрез. Мы выполняем дугообразный кожный разрез сразу над пупком. Выпуклая сторона разреза обращена кверху. После обнажения апоневроза устанавливаются три троакара. Два из них по белой линии живота и один справа. Расположение трёх троакаров в небольшой кожной ране порождало ряд технических неудобств. В связи с этим зажим для тракции жёлчного пузыря мы стали вводить без троакара. При этом не отмечалось газотока и сохранялась подвижность манипулятора. В последующем аналогично вводили лапароскоп. Таким образом, в ране размещаются один троакар, лапароскоп и зажим для тракции жёлчного пузыря. По заявке №2006121887 установлен приоритет изобретения 19.06.2006г и нами получен патент РФ на изобретение №2324451 «Способ лапароскопической холецистэктомии». С 2005г описанным способом нами выполнено 428 лапароскопических холецистэктомий из единого доступа. В исследуемой группе 367 женщины и 61 мужчины. В плановом порядке оперировано 336 пациентов, с острыми формами холецистита 92 больных. Среди острых форм холецистита катаральный встретился у 49, флегмонозный у 29 и гангренозный у 14 больных. Среди оперированных было 153 пациента с ожирением 2 степени и выше. У всех больных операция заканчивалась без установки дренажа в брюшную полость. Результаты и обсуждение. На этапах внедрения способа, при отборе больных для выполнения операции данным способом, учитывали возраст и массу тела. С 2008г, используя описанный способ, операции выполнялись также больным с острыми формами холецистита и высокой степенью ожирения. Подавляющее количество 315 операций выполнено в интервале от 30 до 60 минут. Обращает на себя внимание тот факт, что в послеоперационном периоде почти все больные активизировались в первые сутки после операции. В подавляющем большинстве больные отказывались от обезболивания до окончания первых суток с момента операции. Все больные выписаны с выздоровлением. Время наблюдения за больными составляет более 10 лет. Каких-либо осложнений мы не выявили. Выводы. Выполнение лапароскопической холецистэктомии через один доступ приводит к уменьшению интенсивности и продолжительности болевого синдрома в послеоперационном периоде. Сокращаются сроки активизации и реабилитации больных. Очевиден косметический эффект. Считаем способ лапароскопической холецистэктомии через один доступ перспективным.

521.Альтернативные, малоинвазивные вмешательства у пациентов пожилого возраста с механической желтухой

Барамидзе М.Г., Мизиано С.А.

Москва

Госпиталь для ветеранов войн №3 ДЗМ

В последние годы среди пациентов хирургического профиля неуклонно растет число лиц пожилого и старческого возраста, нуждающихся в выполнении оперативного вмешательства, связанных с осложненным течением ЖКБ. По данным ВОЗ в последнее десятилетие на долю пациентов старше 60 лет приходится до 31% всех выполняемых хирургических вмешательств, при этом четверть из них составляют обширные по объему и травматичности операции. Большинство пациентов старшей возрастной группы имеют серьезные сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания: ИБС, артериальная гипертония тяжелого течения, состояния после перенесенного инфаркта миокарда, нарушения ритма и проводимости, которые, часто являются абсолютными противопоказаниями для выполнения эндоскопических вмешательств у данной категории больных. Одним из направлений для уменьшения риска сердечно-легочных осложнений является применение альтернативных малоинвазивных технологий. В ГВВ №3 внедрены и применяются чрескожные малоинвазивные вмешательства у пациентов пожилого и старческого возраста, выполняемых под ультразвуковым и рентгенологическим контролем при осложненном течении ЖКБ. Проведен анализ результатов лечения с применением миниинвазивных методов у 84 пациентов, в возрасте старше 70 лет. Выполнены: - чрескожная микрохолецистостомия; - чрескожное дренирование, установка санационно-ирригационной системы при абсцессах печени, брюшной полости, забрюшинной клетчатки. У 45 (53,6%) больных выполнены одноэтапные вмешательства, которые оказались «окончательными», у 39 (46,4%) больных понадобились повторные вмешательства. Послеоперационные осложнения «местного характера» наблюдались в 3 случаях (дислокация, самоудаление, закупорка). Общесоматические осложнения - обострение возрастных сердечно-легочных заболеваний наблюдались в 4 случаях (4,7%). После вмешательства 27 больных находились в ОРИТ для наблюдения (1-3 суток). Заключение: чрескожные миниинвазивные вмешательства у лиц пожилого возраста в большинстве случаев (82,1%) являются «окончательными» методами лечения и не требуются применения травматичных операций. Их применение существенно снижает риск развития анестезиологических, послеоперационных возрастных сердечно-легочных осложнений, почти в 2,5 раза сокращает сроки стационарного лечения, что в свою очередь предотвращает развития внутрибольничных осложнений.

522.Высокоэнергетическое лазерное излучение в лечении холедохолитиаза

Левченко Н.В.(1,2), Хрячков В.В.(1)

Ханты-Мансийск, Нягань

1) Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, кафедра госпитальной хирургии, 2) БУ ХМАО-Югры "Няганская окружная больница"

Введение. В настоящее время большинство хирургов отдает предпочтение двухэтапному методу лечения холецистохоледохолитиаза. Выполняется эндоскопическая папиллосфинктеротомия с различными видами литотрипсии и извлечения конкрементов холедоха и лапароскопическая холецистэктомия. Целью настоящего исследования является улучшение результатов лечения больных жёлчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом путем разработки и внедрения контактной лазерной литотрипсии. Материалы и методы. В своей работе мы использовали лазерную установку, оснащенную YAG:Но лазером, два эндовидеохирургических комплекса, фиброхоледохоскоп. Начало операции полностью соответствует лапароскопической холецистэктомии. После выделения элементов шейки желчного пузыря, клипируется и пересекается пузырная артерия. Также клипируется дистальный отдел пузырного протока. Через один из троакаров и надрез стенки пузырного протока в холедох заводится фиброхоледохоскоп. При невозможности введения холедохоскопа через пузырный проток, выполняется холедохотомия. По рабочему каналу холедохоскопа к конкременту холедоха подводится гибкий лазерный световод. С применением YAG:Но лазера выполняется контактная литотрипсия. Фрагменты конкремента мигрируют в просвет двенадцатиперстной кишки с потоком промывной жидкости. Когда конкремент или его фрагменты свободно перемещаются в просвете холедоха, через рабочий канал холедохоскопа, подводят устройство для прицельной лазерной контактной литотрипсии. Конкремент захватывают корзинкой, фиксируют и подводят лазерный гибкий световод, соединённый с источником лазерного излучения. Выполняют прицельную контактную лазерную литотрипсию с помощью YAG:Но лазера с длиной волны 2,09мкм. Литотрипсию проводят в импульсном режиме с частотой 5–10Гц и энергией 0,5–1,0Дж. Процедуру литотрипсии повторяют до тех пор, пока все фрагменты не мигрируют в просвет двенадцатиперстной кишки с потоком промывной жидкости. При необходимости холедох дренируют через культю пузырного протока или холедохотомическое отверстие. Дренажную трубку выводят наружу через один из троакаров передней брюшной стенки. Если холедох не дренируют, то культю пузырного протока клипируют, а холедохотомическое отверстие ушивают. Жёлчный пузырь выделяют из ложа и извлекают из брюшной полости через разрез над пупком. Результаты и обсуждение. С сентября 2003г, описанным выше способом (патент РФ № 2334486), нами прооперировано 82 больных холецистохоледохолитиазом. Во всех случаях отмечалась механическая желтуха. У 45-х больных конкременты были вколоченными и располагались в терминальном отделе холедоха. В 37-х случаях конкременты свободно размещались в просвете холедоха. Для фиксации подвижных конкрементов при проведения прицельной литотрипсии использовалось устройство для удаления камней из трубчатых органов (патент РФ № 57584). В 58 случаях имели место деструктивные формы холецистита. Гнойный холангит отмечался в 29 случаях. Холедох дренировали во всех случаях, когда выявляли признаки холангита или была выполнена холедохотомия. У 2-х больных операция закончилась лапаротомией, в связи с затруднениями манипуляций в холедохе из-за выраженных явлений холангита и отёка головки поджелудочной железы, которые повлекли за собой резкое сужение просвета холедоха. Все больные выписаны с выздоровлением. Заключение: Применение указанного метода позволяет одновременно выполнить холецистэктомию и лазерную контактную холедохолитотрипсию, сохранить анатомическую целостность и физиологическую функцию сфинктера Одди, провести полноценную визуальную ревизию холедоха, осуществлять процесс литотрипсии под визуальным контролем в режиме реального времени и др. Считаем, что интраоперационная холедохоскопия с контактной лазерной литотрипсией является перспективным методом лечения холедохолитиаза.

523. Хирургическая тактика в лечении сочетанных проникающих повреждений груди и живота

Самохвалов И.М., Маркевич В.Ю., Суворов В.В., Гончаров А.В., Пичугин А.А., Петухов К.В., Халаф Ж.М.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра и клиника военно-полевой хирургии, г. Санкт-Петербург (зав.-проф. И.М.Самохвалов)

Вопросы диагностики и лечения сочетанных колото-резаных ранений груди и живота продолжают оставаться актуальной проблемой urgentной хирургии. Так, по данным ряда авторов (Жданов К. Г. с соавт., 2010), частота открытых повреждений груди и живота в структуре травм мирного времени за последние 10 лет увеличилась, а колото-резаные ранения в структуре проникающих повреждений достигают до 97% (Абакумов М.М., Жестков К.Г., Воскресенский О.В., 2007). Настоящее исследование основано на опыте лечения 112 пострадавших с сочетанными ранениями груди и живота, находившихся на лечении в клинике военно-полевой хирургии с 2010 по 2014 гг. Из общего числа пострадавших у 68 (61,0%) выявлен проникающий характер ранений полостей. Эндовидеохирургические пособия выполнили 59 (86,7%) пострадавшим, в том числе торакоскопию - 19 (32,2%), лапароскопию - 40 (67,7%); в 9 (13,2%) случаях выполнены открытые оперативные вмешательства. В трех случаях лапароскопии операция носила диагностический характер. В 9 (15,2%) случаях лапароскопии потребовалась конверсия. У 47 (69,1%) эндовидеохирургическое вмешательство оказалось окончательным методом лечения. Осложнения в послеоперационном периоде после выполненных вмешательств наблюдались у 14,8% пострадавших. Среднее время пребывания в стационаре составило $11,5 \pm 0,3$ дня. Таким образом, лапаро- и торакоскопия демонстрируют наилучшую, по сравнению с другими методами, диагностическую точность. Возможность непосредственного перехода от диагностики к устранению повреждений без нанесения дополнительной травмы пострадавшему делает их методом выбора во всех сомнительных случаях.

524. МАЛОИНВАЗИВНАЯ ТРОМБЭКТОМИЯ В СОСТАВЕ «FAST TRACK» ПРИ ГЕМОРРОИДАЛЬНОМ ТРОМБОЗЕ

Белоцкая Л.В.(1), Чистохин С.Ю.(2)

Чита

1) НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Чита-2 2) ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия

Актуальность. Острый тромбоз геморроидальных узлов является частым и наиболее тяжелым осложнением геморроя. Вопросы выбора рационального объема лечения и хирургической тактики при данном осложнении геморроидальной болезни до настоящего времени окончательно не разрешены, причем в литературе преобладают крайние точки зрения – одни авторы за применение только консервативных мероприятий, опасаясь тромбоэмболических осложнений, другие ратуют за радикальные варианты открытой или закрытой геморроидэктомии, не боясь прогрессирования тромбоза. Цель исследования – улучшить результаты лечения больных с геморроидальным тромбозом с помощью внедрения малоинвазивной тромбэктомии. Материал и методы. В течение 2013-2015 годов в ДКБ ст.Чита-2 пролечено 130 больных с геморроидальным тромбозом 1-2 стадии, из них 62 человека консервативно (I группа) и оперативным способом – малоинвазивной тромбэктомией – под местной анестезией через разрез анодермы длиной 8-12 мм удалялись фрагменты тромба – 68 больных (II группа), у 17 (25%) из них процедуру повторяли еще 1-2 раза. Результаты. В I группе 62-м больным, отказавшимся даже от малотравматичной операции, проводилось лечение флеботропными препаратами, – детралексом (реже – флебофой) по схеме. В качестве местного лечения применяли свечи и мази с гепарином, гепатромбин Г, нигепан и др. Болевой синдром в этой группе удалось купировать к 4-6 суткам, выпадение плотных узлов и перианальный отек уменьшались лишь к 14-20-м суткам, средняя продолжительность стационарного лечения составила 13 + 2,6 койко-дней, средняя продолжительность листов нетрудоспособности – 22 + 4,5 дней. Болевой синдром во II группе удалось купировать уже через 1-2 суток, перианальный отек и инфильтрация тромбированного узла уменьшались к 3-5-м суткам, средняя продолжительность стационарного лечения составила 2,2 + 1,5 койко-дней, средняя продолжительность листов нетрудоспособности – 7,1 + 2,3 дней. Следует отметить что 12 пациентов из 32 больных, лечившихся амбулаторно, вообще отказались от оформления листа нетрудоспособности и успешно пролечились без отрыва от производства, несмотря на настойчивые рекомендации о госпитализации. Длительной реабилитации после такой операции, действительно, не требуется. При повторных осмотрах через 1-2 года у половины пациентов этой группы констатирована инволюция ранее тромбированного и санированного узла. Заключение. При тромбозе геморроидальных узлов наиболее эффективной и наименее травматичной следует считать именно тромбэктомию – геморрой с помощью данной операции до конца вылечить невозможно, поскольку ликвидация тромба не устраняет причин болезни, но данная процедура значительно облегчает состояние больного и ускоряет выздоровление. Этот вариант лечения как нельзя лучше соответствует современным тенденциям – концепциям «FAST TRACK».

525. ПРОТЕКТОРНАЯ РОЛЬ КЛЕЕВЫХ СУБСТАНЦИЙ В БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ.

Глухов А.А., Самойлов В.С.

Воронеж

1)ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, 2) НУЗ "ДКБ на ст. Воронеж-1 ОАО "РЖД"

Наиболее грозные ранние хирургические осложнения в бариатрической хирургии представлены в первую очередь несостоятельностью линии швов и анастомозов, а так же кровотечениями из

достаточно протяженных в общей длине линии степлерных швов. Процент возникновения данных осложнений остается достаточно высоким, каждый случай требует последующего продолжительного и затратного лечения с проведением повторных, иногда многократных, хирургических вмешательств. Дискутабельны предлагаемые способы протекции линии степлерного шва. Оптимальным и компромиссным вариантом представляется использование доступного и легкого в подготовке и воспроизведении в лапароскопическом варианте медицинского клея «Сульфакрилат». Сложности доставки клея у тучных больных с глубокими пространствами непосредственно ко всей линии степлерного шва, а так же равномерного нанесения минимального количества клея строго на линию шва или зону анастомоза решены при помощи разработанного на кафедре общей хирургии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко способа с использованием оригинального устройства для нанесения клея. Устройство так же позволяет проводить временный гемостаз из единичных кровоточащих мелких сосудов линии шва при нанесении клея и во время его фиксации. Дополнительного прошивания линии шва при этом не требуется. Клеевая протекция линии степлерного шва как способ монопротекции использована при проведении лапароскопической продольной резекции желудка у 21 пациента с морбидным ожирением. Средний индекс массы тела (ИМТ) составил 46,84 кг/кв.м., соотношение мужчины/женщины - 1/3. Средний возраст пациентов составил 34,3 лет. В группу сравнения вошли 25 случаев проведения лапароскопической продольной резекции желудка с тотальным погружным ушиванием линии степлерного шва. Средний ИМТ в группе сравнения - 44,39 кг/кв.м. Возрастные и гендерные параметры схожие. В группе пациентов с использованием клеевой протекции кровотечений из линии шва и несостоятельностей не наблюдалось. В контрольной группе в 1 случае (4%) возникла проксимальная несостоятельность на 10-е сутки послеоперационного периода с развитием разлитого серозно-фибринозного перитонита. Произведена срочная релапароскопия с попыткой ушивания места несостоятельности и дополнительным нанесением 1 мл клея «сульфакрилат», что позволило при постоянной назогастральной декомпрессии создать необходимые временные условия для отграничения данной зоны, и возможности купирования перитонита на первом этапе. На втором этапе произведено лечение несостоятельности путем установки пищевода стента. Среднее время выполнения этапа ушивания степлерной линии в контрольной группе составило 18,3 мин. против 2,2 мин. среднего времени выполнения этапа клеевой протекции в основной группе. При проведении минижелудочного шунтирования с целью лечения морбидного ожирения в 12 случаях осуществлена протекция гастроэнтероанастомоза клеем «сульфакрилат». Во всех случаях был наложен линейный аппаратный гастроэнтероанастомоз протяженностью 2 см. с ручным закрытием дефекта однорядным швом. После чего производилось распределение 1 мл. клея «сульфакрилат» с нанесением на линию однорядного шва ушитого дефекта анастомоза и формирования клеевой антирефлюксной шпоры с приводящим участком тонкой кишки 5-8 см. Данный способ позволил сократить время этапа формирования гастроэнтероанастомоза с антирефлюксной шпорой в среднем на 8,64 мин. по сравнению с двухрядным закрытием дефекта линейного анастомоза. Таким образом, технологии использования клея на основе цианакрилата имеют широкие перспективы в бариатрической хирургии. Целесообразность применения клеевой протекции линии степлерного шва и шва гастроэнтероанастомоза обусловлена значимой экономией операционного времени при равной надежности в сравнении с традиционными методиками протекции.

526. КОМБИНИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДИАСТАЗА ПРЯМЫХ МЫШЦ ЖИВОТА В СОЧЕТАНИИ С ПУПОЧНОЙ ГРЫЖЕЙ. КАК ДОСТИЧЬ ХОРОШЕГО КОСМЕТИЧЕСКОГО РЕЗУЛЬТАТА?

Ермаков. Н.А., Зорин Е.А., Орловская Е.С.

Москва

ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России

ВВЕДЕНИЕ Пупочные грыжи и диастаз прямых мышц живота являются часто встречающейся патологией в практике хирурга. По данным различных авторов пупочные грыжи составляют 7-11% среди всех грыж живота, при этом в 60% случаев наблюдается сочетание пупочной грыжи с диастазом прямых мышц живота. Наиболее часто сочетание пупочной грыжи и диастаза прямых мышц живота встречается у женщин после родов, сопровождающихся крупным плодом, или после повторных родов. При этом, основными жалобами, предъявляемыми пациентами при сочетании пупочной грыжи и диастаза прямых мышц, являются жалобы на наличие валикообразного выпячивания на передней брюшной стенке, которое зачастую становится причиной выраженного психоэмоционального дискомфорта вследствие формирования косметического недостатка. Наиболее распространенными современными методиками хирургической коррекции диастаза прямых мышц живота в сочетании с пупочной грыжей являются следующие: • Методика Лука-Шампильера • Лапароскопическое ушивание диастаза прямых мышц живота • Лапароскопическая аллопластика передней брюшной стенки (IPOM) По нашим данным, вышеописанные способы пластики передней брюшной стенки эффективны в отношении ликвидации хирургической проблемы (диастаза и грыжи), однако не всегда соответствуют ожиданиям пациентов в косметическом плане. Так, при операции Лука-Шампильера и лапароскопическом ушивании диастаза в стандартном варианте на передней брюшной стенке часто формируется «бугристость» подкожной клетчатки по средней линии. При лапароскопической аллопластике (IPOM) валикообразное выпячивание брюшной стенки вообще не ликвидируется. Нами предлагается применение комбинированной методики пластики передней брюшной стенки, которая заключается в сочетании лапароскопической IPOM-пластики передней брюшной стенки и ушивания диастаза прямых мышц живота по методике Лука-Шампильера через надлобковый разрез. **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ** С октября 2014 г. по настоящее время в ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России выполнено 10 оперативных вмешательств с применением комбинированной методики пластики передней брюшной стенки у пациенток с пупочной грыжей в сочетании с диастазом прямых мышц живота. Операция проводилась под эндотрахеальным наркозом. Выполнялся разрез кожи и подкожной клетчатки над лоном, после чего выполнялась широкая мобилизация апоневроза до реберных дуг, пупок отсекался. Выполнялось ушивание диастаза прямых мышц живота по методике Лука-Шампильера. Далее в левой боковой области живота, по передней подмышечной линии устанавливались троакары, после чего выполнялась лапароскопическая аллопластика передней брюшной стенки с применением композитного сетчатого протеза. **РЕЗУЛЬТАТЫ** Послеоперационный период во всех случаях протекал без осложнений. Продолжительность послеоперационного лечения в стационаре составила 3-5 дней. Рецидивов за изученный период времени не было. В послеоперационном периоде отмечалась полная эстетическая удовлетворенность всех пациентов (отличный субъективный результат по 4-балльной шкале). **ЗАКЛЮЧЕНИЕ** Таким образом, комбинированная пластика передней брюшной стенки является эффективной методикой хирургического лечения диастаза прямых мышц живота в сочетании с

небольшими пупочными грыжами, поскольку кроме хирургической эффективности она позволяет ликвидировать имеющийся косметический недостаток. Отдаленные результаты применения данной методики требуют дальнейшего изучения.

527. Наш опыт применения ретроградных вмешательств на БДС у пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной билиарным панкреатитом и механической желтухой

М.Р.Иманалиев(1), Ш.М.Хандулаев(1), М.К.Абдулжалилов(1), А.М.Абдулжалилов (2), А-К.Г.Гусейнов (1), М.А.Магомедов (1), Э.З.Нажмудинов(1)

Махачкала

(1)ГБУ ВПО «ДГМА», (2)ГБУ «РБ№2-ЦСЭМП»

Актуальность. Несмотря на большие достижения эндоскопической хирургии по стране, проблема лечения пациентов с осложненным холедохолитиазом в регионах остается актуальной до настоящего времени, т.к. во многих из них не налажены скрининговое обследование населения на наличие ЖКБ и диспансерное наблюдение пациентов после операций по поводу ЖКБ, что способствует позднему обращению пациентов за медицинской помощью и развитию тяжелых осложнений (механическая желтуха, билиарный панкреатит, гнойный холангит и т.д.). За последние годы наблюдается рост числа пациентов не только с осложненными формами ЖКБ, но и с постхолецистэктомическими осложнениями. Материал и методы. Нами проведен анализ результатов лечения 134 пациентов, которым было выполнены эзофагофиброгастродуоденоскопия (ЭФГДС) с папиллосфинктепротомией (ПСТ) по поводу осложненного холедохолитиаза, из которых 78(58,2%) была выполнена РХПГ по экстренным показаниям. По возрасту пациенты распределились следующим образом: 25-49 лет – 46, 50-69 лет – 67 и 70-85 лет – 21 случай. Больше всего пациентов было в трудоспособном возрасте. В начале освоения технологии 18 пациентам была выполнена ПСТ на протяжении 5-7мм, затем 116 пациентам - 10-20мм с литотрипсией и литоэкстракцией. У 6 пациентов с повышенными показателями амилазы при ЭФГДС был диагностирован ущемленный конкремент в дуоденальном соске. 3 пациентам с опухолью БДС выполнено билиодигестивное протезирование пластиковым стентом фирмы «Boston Scientific». При остром билиарном панкреатите 46 пациентам в экстренном порядке выполнили канюляцию устья БДС с аспирацией содержимого, а 28 пациентам удалось отдельно канюлировать главный панкреатический проток и аспирировать 1-3 мл панкреатического сока. Результаты. Ущемленные конкременты БДС удалили в экстренном порядке с хорошим результатом. После аспирации панкреатического сока из ГПП болевой синдром сразу же купировался у всех пациентов, что способствовало сокращению длительности течения заболевания и расходы на лечение. После ПСТ у всех пациентов с механической желтухой в течение 1-7 суток наблюдалась нормализация показателей билирубина, а при билиарном панкреатите в течение 1-3 суток отмечена нормализация показателей амилазы. Напротив, при неполной ПСТ мы наблюдали повышение показателей амилазы в течение 3 первых суток после операции, которые нормализовались после консервативной терапии. У 3 пациентов конкременты диаметром более 15 мм при ПСТ удалить не удалось, они отошли после назначения желчегонной терапии в послеоперационном периоде. При неэффективности применения желчегонных

препаратов конкременты удаляли при повторной ЭФГДС. После санации холедоха от конкрементов пациентам успешно и без осложнений выполняли ЛХЭ. Послеоперационные осложнения при ПСТ наблюдались лишь у 6(4,5%) пациентов: кровотечение – у 2(1,5%), острый панкреатит – у 4(3,0%). Гемостаз достигнуть диатермокоагуляцией, а панкреатит купирован консервативным лечением. Выводы. 1.Применение ретроградных вмешательств на БДС в ургентной хирургии показало их высокую эффективность и безопасность. 2.ПСТ с аспирацией панкреатического сока у пациентов с острым билиарным панкреатитом позволяет в короткие сроки предупредить тяжелый панкреатит. 3.ПСТ с литоэкстракцией и санацией холедоха у пациентов с механической желтухой сокращает сроки подготовки пациентов к радикальной операции и позволяет расширить показания для ЛХЭ. 4.Эндоскопические вмешательства на БДС у пациентов с резидуальным холедохолитиазом позволяют решить серьезную проблему без выполнения полостной операции.

528.ОПЕРАЦИЯ КОЛЛИСА-НИССЕНА В ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ III И IV ТИПОВ

Ермаков Н.А., Зорин Е.А., Орловская Е.С.

Москва

ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России

ВВЕДЕНИЕ Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) является распространенным заболеванием в хирургической практике. Наибольшие технические трудности возникают при оперативном лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы III и IV типов, при которых на фоне явлений перизофагита происходит укорочение пищевода, что делает невозможным свободное расположение фундопликационной манжеты ниже ножек диафрагмы, что может стать причиной развития рецидива ГПОД и гастроэзофагеального рефлюкса. До сих пор методика операции при ГПОД III и IV типов не стандартизована. Описанная в 1957 г. J.L. Collis операция по удлинению пищевода была модифицирована M.B.Orringer и H.Sloan в 1977 г. и заключалась в дополнении удлинения пищевода фундопликацией по Ниссену (трансторакальный доступ). Современная лапароскопическая модификация операции Коллиса была предложена M.L. Terry в 2004 году – удлинение пищевода было дополнено парциальной резекцией дна желудка.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ С февраля 2014 г. по настоящее время в отделении хирургии ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России выполнено 6 оперативных вмешательств по поводу грыжи пищеводного отверстия диафрагмы III и IV типов с выполнением модифицированной операции Коллиса-Ниссена. В 1 случае пациент был оперирован в связи с рецидивом грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. В 1 случае пациентке ранее дважды выполнялась аргонно-плазменная коагуляция участков кишечной метаплазии по поводу пищевода Барретта. Операции проводились под эндотрахеальным наркозом. Все вмешательства были выполнены лапароскопически. Использовалась 5-троакарная методика. Положение пациента – на спине с разведенными ногами. Положение хирурга – между ног пациента. Выполнялась мобилизация ножек диафрагмы, абдоминального и нижне-грудного отделов пищевода, дна желудка с пересечением коротких желудочных сосудов, кардии. Во всех случаях

выполнялась задняя круорография. В 2 случаях выполнялось дополнительное укрепление ножек диафрагмы композитным сетчатым протезом. Далее выполнялась модифицированная процедура Коллиса – часть дна и кардии пересекались линейным сшивающим аппаратом на введенном в желудок зонде 34 Fr, после чего аппаратный шов дополнительно укрывался. Операция заканчивалась формированием стандартной фундопликационной манжеты по Ниссену. РЕЗУЛЬТАТЫ Во всех случаях послеоперационный период протекал без осложнений. Прием жидкости разрешался в 1 сутки послеоперационного периода после выполнения рентгенографии желудка с водорастворимым контрастным препаратом для подтверждения состоятельности скрепочного шва. Жидкая пища принималась со 2 суток. Продолжительность послеоперационного лечения в стационаре 3-5 дней. За истекший период наблюдения рентгенологических данных за наличие рецидива грыжи не получено. Клиники рефлюкса, дисфагических проявлений у пациентов нет. ЗАКЛЮЧЕНИЕ Операция Коллиса-Ниссена является эффективной методикой лечения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы III и IV типов. Благодаря удлинению пищевода и снижению натяжения уменьшается риск смещения фундопликационной манжеты в средостенье – фактора, способствующего развитию рецидива ГПОД и рефлюкса.

529.АНТЕГРАДНАЯ АССИСТЕНЦИЯ КАК МЕТОД ПОВЫШЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ

Ковалевский А.Д.

Екатеринбург

МАУ ГКБ №14, УГМУ.

ЦЕЛЬ: В настоящее время эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) достаточно широко применяется для лечения холангиолитиаза, рубцовых стриктур большого дуоденального сосочка, особенно у больных с высокой степенью операционно-анестезиологического риска, так как при высокой эффективности имеет небольшую частоту осложнений (6-10%) и летальных исходов (1-4%). Однако, несмотря на небольшое число осложнений многие из них, например ретродуоденальная перфорация, тяжелый панкреатит, кровотечение из папиллотомного разреза, протекают достаточно тяжело и носят фатальный характер. Неудачи выполнения ЭПСТ, связанные прежде всего с особенностями анатомии зоны БСДК и наличием парафатериальных дивертикулов, отмечены в 5-12% случаев. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: Нами в течение многих лет применялась методика антеградно ассистированной ЭПСТ, подразумевающая использование сформированного на дренаже при предыдущем оперативном этапе чресфистульного доступа для облегчения катетеризации холедоха папиллотомом. При наличии свищевого хода 16F и более через сформированный в течение 21-28 суток свищ в просвет холедоха заводили холедохоскоп и под визуальным контролем в ДПК проводили биопсийные щипцы. При помощи щипцов захватывали папиллотом и заводили его в просвет холедоха, после чего ЭПСТ выполнялась по стандартной методике. При наличии свища менее 16F, щипцы в просвет ДПК выводили под контролем рентгеноскопии через специально подготовленный дренаж, заведенный в холедох или ДПК по проводнику. За десятилетний период с 2005 по 2014г.г. антеградно ассистированная ЭПСТ была выполнена 359 пациентам: 261 по поводу стеноза терминального отдела холедоха в чистом

виде или в сочетании с холедохолитиазом и 98 больным как этап подготовки к билиарному протезированию по поводу злокачественных и доброкачественных стриктур билиопанкреатодуоденальной зоны. 280 пациентам операция выполнялась под двойным эндоскопическим контролем с применением холедохоскопа, в 79 случаях был использован рентгеноскопический контроль. Хочется отметить, что примерно у 30% больных в ходе дуоденоскопии были выявлены парафатериальные дивертикулы различного размера. РЕЗУЛЬТАТЫ: У 3 (0,8%) больных выполнить ЭПСТ не удалось даже с антеградной ассистенцией – в одном случае БСДК располагался в зоне выраженных рубцовых изменений после перенесенной ранее резекции желудка. Пациенту была выполнена антеградная ЭПСТ с хорошим эффектом. Еще в 2 наблюдениях из-за выраженной рубцовой деформации луковицы ДПК дуоденоскоп не удалось провести в зону БСДК. Больным была выполнена баллонная дилатация стриктуры. Еще у 6 (1,7%) пациентов с протяженной стриктурой терминального отдела холедоха ЭПСТ не решила проблемы нарушения пассажа желчи. Всем больным папиллотомия была дополнена баллонной дилатацией зоны стриктуры с достижением положительного эффекта. Осложнения наблюдались у 13 (3,6%) пациентов. В 10 (2,8%) наблюдениях течение послеоперационного периода осложнилось развитием острого панкреатита, купированного консервативно. У 3 (0,8%) пациентов было отмечено кровотечение из папиллотомного разреза, остановленное эндоскопическими методиками. В дальнейшем – у всех пациентов послеоперационный период протекал без осложнений. Описанные выше осложнения не оказали существенного влияния на результаты лечения. Все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии. ВЫВОДЫ: При наличии сформированного желчного свища предпочтительно выполнение антеградно ассистированной ЭПСТ, так как при высокой эффективности – 99,2% она имеет низкий процент осложнений – 3,6 и показатель летальности 0.

530. Малоинвазивные технологии разрешения острой obturационной кишечной непроходимости опухолевого генеза

Лебедев И.С., Василенко К.В., Иванов В.В., Семёнов Ж.С., Чижиков А.В.

Москва

ГБУЗ Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова Департамента здравоохранения г.Москвы Главный врач А.В. Свет

Актуальность проблемы: Колоректальных раков в последнее время характеризуется постоянной тенденцией к увеличению количества пациентов в том числе и с его острыми осложнёнными формами: острой кишечной непроходимостью. [Российский онкорегистр 2014г]. Традиционно первым этапом хирургического лечения, данной категории больных выполнялись те или иные по своей радикальности операции, приводящие к формированию колостомы. Современные методы лечения позволяют изменить взгляд на тактику лечения данной категории больных. Цель работы: оценить возможность и результаты малоинвазивного способа разрешения острой кишечной непроходимости опухолевого генеза. Материалы и методы: В 2015 в клинике г. в оперировано 10 пациентов с колоректальным раком различной локализации, осложненным развитием острой кишечной непроходимости. Возраст пациентов варьировал от 58 до 82 лет. Ср.возраст 75 год. При

поступлении и проведения дообследования в объеме УЗИ органов брюшной полости и компьютерной томографии с пероральным контрастным усилением у данной группы больных отмечались признаки обтурационной кишечной непроходимости. Клинико-инструментальные признаки перитонита отсутствовали. При колоноскопии, проводимой в условиях общей анестезии, визуализировали новообразование стенозирующее полностью просвет кишки. Для верификации онкологического диагноза и с целью его дифференциальной диагностики бралась колонобиопсия. После чего с использованием инсуффляционной техники через зону стеноза проводился проводник по которому под рентгеновским контролем устанавливался стент, что приводило к разрешению кишечной непроходимости. В 3-х случаях провести проводник и разрешить кишечную непроходимость не представлялось возможным ввиду распространенности стенозирующего поражения толстой кишки. Ввиду чего этим больным сразу же выполнялось открытое абдоминальное хирургическое вмешательство. В 1 случае установка стента осложнилась перфорацией опухоли и после раскрытия проксимальная часть стента располагалась в брюшной полости. Пациентка экстренно оперирована – выполнена лапароскопически- ассистированная операция Гартмана. Спустя несколько суток, (3±1) после нормализации параметров гомеостаза, экспресс гистологической верификации онкологического диагноза, пациентам выполнялось хирургическое лечение опухоли с формированием первичного анастомоза. Временная колоилеостома формировалась при выполнении низкой передней резекции прямой кишки. В раннем послеоперационном периоде пациентам проводилась поликомпонентная медикаментозная терапия, включая мультимодальную аналгезию с использованием эпидурального блока, антибиотикотерапию по показаниям и профилактику ВТЭО низкомолекулярными гепаринами. У всех больных неосложненное течение послеоперационного периода. Средний койко-день после операции составил 6,2 дня. Заключение: Возможность малоинвазивного эндоскопического разрешения острой обтурационной непроходимости опухолевого генеза может являться одним из эффективных способов улучшающих результаты лечения осложнённого колоректального рака.

531. Ущемленная троакарная грыжа с прогрессирующим перитонитом как осложнение после лапароскопической аппендэктомии.

Мударисов Р.Р., Ступин В.А., Алиев С.Р., Мнойн А.Х., Рогожина Л.С.

Москва

ГКБ №15 имени О.М. Филатова РНИМУ имени Н.И. Пирогова

С внедрением лапароскопической хирургии появились и новые осложнения, такие как непроходимость в троакарной ране. Это осложнение чаще наблюдают при использовании троакаров диаметром 10 мм и более. Частота его варьирует от 0,23% до 3,1%. Как правило, формирование грыжи — результат неадекватного ушивания тканей брюшной стенки в области первого доступа на фоне ожирения. Обычное грыжевое содержимое — прядь сальника или кишка. Заболевание проявляет себя локальным болевым синдромом или признаками кишечной непроходимости. Абсцессы брюшной полости, прогрессирующие вялотекущие перитониты после лапароскопической аппендэктомии встречаются в 5-9 % случаях по данным различных авторов. Литературные данные свидетельствуют о сохраняющейся высокой летальности (20,7% - 58,2%)

при послеоперационных абсцессах брюшной полости и гнойниках малого таза. Больной Н, 45 лет поступил в стационар с клиникой острого аппендицита. Через 2 часа от поступления оперирован, выполнена Лапароскопическая аппендэктомия. Дренирование брюшной полости не проводилось. Троякарные раны располагались следующим образом: ниже пупка, в левой подвздошной области троакары по 10 мм и над лоном троакар 5 мм. На операции острый флегмонозный аппендицит. Отросток удален через троакарную рану в левой подвздошной области. В послеоперационном периоде больному проводилась консервативная терапия. На 2-е сутки у больного отмечена гипертермия, явления пареза ЖКТ. Больному продолжена консервативная терапия. Однако явления пареза начали нарастать, отмечен застой по зонду из желудка до 500 мл, гипертермия до 38гр. При осмотре передней брюшной стенки живот поддут, болезненный во всех отделах, сомнительные перитонеальные симптомы. Троякарные раны без признаков воспаления, в послеоперационной ране в левой подвздошной области пальпируется гематома? Серома?. При срочном УЗИ брюшной полости отмечено расширение петель тонкой кишки с маятником, жидкость в брюшной полости. На 3-и сутки после ЛАЭ с диагнозом ранняя спаечная ОКН больного решено повторно оперировать, выполнить лапароскопическую санацию брюшной полости с адгезиолизисом. Через рану в области пупка в брюшную полость введен троакар 10 мм и лапароскоп. При этом в брюшной полости в малом тазу, по левому и правому боковому каналу умеренное количество мутного выпота с фибрином. Выявлены расширенные и спаившиеся петли тонкой кишки. При дальнейшей ревизии выявлена ущемленная петля тонкой кишки в троакарной ране в левой подвздошной области с признаками нарушения проходимости. Петля тонкой кишки вправлена в брюшную полость, последняя с признаками ишемии без некроза, признана жизнеспособной. При дальнейшей ревизии в правой подвздошной области в области культи червеобразного отростка инфильтрат с вовлечением терминального отдела подвздошной кишки, купола слепой кишки и пряди большого сальника. Дистальные петли подвздошной кишки покрыты фибрином. Инфильтрат разделен, при этом вскрыт абсцесс в области культи червеобразного отростка. Инфильтрат полностью разделен, петля подвздошной кишки расправлена на всем протяжении, купол с признаками тифлита. Выполнена санация брюшной полости, признаков несостоятельности культи отростка не выявлено. Интраоперационный диагноз: Ущемленная петля тонкой кишки в троакарной ране. Острая тонкокишечная непроходимость. Инфильтрат брюшной полости с абсцедированием. Диффузный перитонит. Брюшная полость санирована, установлено два дренажа: в малый таз через правую подвздошную область и левый боковой канал через левую подвздошную область. В послеоперационном периоде больному начата консервативная антибиотикотерапия, стимуляция ЖКТ. Течение послеоперационного периода гладкое. Дренажи удалены на 3 сутки, послеоперационные раны зажили первичным натяжением. Выписан на 5 сутки после повторной операции. Выводы: С широким распространением миниинвазивных технологий возникают новые виды осложнений, которые требуют современные подходы к профилактике и их лечению. Использование миниинвазивных вмешательств позволяет сократить число открытых операций по поводу ограниченных жидкостных образований брюшной полости, сократить количество койко-дней проведенных в стационаре после повторной операции.

532. Новые возможности интраоперационной лапароскопической диагностики и оперативного лечения холедохолитиаза – опыт применения лапароскопического интраоперационного ультразвукового метода

Возлюбленный Д.Е., Возлюбленный Е.И.

Ростов-на-Дону

МБУЗ «Городская больница №20 г. Ростова-на-Дону», отделение хирургии для взрослых

Прогрессирующий рост заболеваемости желчнокаменной болезнью (в том числе холедохолитиаза), широкое применение миниинвазивных методик лечения требуют совершенствования диагностики. Инструментальные методы диагностики холедохолитиаза в настоящее время представляют широкий диапазон: от неинвазивных методов – ультразвукового исследования, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, до инвазивных – ретроградной эндоскопической холангиографии, внутривенной холангиографии, интраоперационной холангиографии. Повсеместное применение данных методов абсолютному большинству пациентов сдерживается многими факторами: возможные осложнения, различная диагностическая ценность, лучевая нагрузка, разрушение неизмененного большого дуоденального сосочка. К тому же перечисленные методы не позволяют во всех случаях диагностировать холедохолитиаз, что требует дальнейшего совершенствования диагностики. Особое значение имеет интраоперационная диагностика холедохолитиаза при лапароскопических вмешательствах. Такие методы диагностики, как мануальная пальпация, зондовое исследование обладает малой диагностической ценностью; применение рентгенконтрастных методов (ИОХГ, ЭРХПГ) сопряжено с необходимостью непосредственного доступа к просвету внепеченочных желчных протоков (холедохотомия, разрушение большого дуоденального сосочка), лучевой нагрузкой на пациента и персонал, удлинению времени оперативного вмешательства, а также в ряде случаев приводит к развитию осложнений. По данным авторов (Catheline JM, Capelluto E et al) диагностическая ценность лапароскопического интраоперационного ультразвукового метода сопоставима с интраоперационными рентгенконтрастными методами диагностики. Применение лапароскопического интраоперационного ультразвукового метода исследования холедохолитиаза имеет крайне высокую диагностическую ценность при отсутствии противопоказаний и возможных осложнений. Материалы и методы. В 2015г. нами были выполнены 40 лапароскопических интраоперационных ультразвуковых диагностических мероприятий по диагностике холедохолитиаза. Данная методика выполнялась во время лапароскопической холецистэктомии. У 39 пациентов анамнестических данных за холедохолитиаз не было, у 1 пациентки за 6 месяцев до поступления была атака желтухи неуточненной этиологии, самостоятельно купирована. По данным лабораторно-инструментальных методов обследования до операции общий билирубин составил $23,8 \pm 5$ ммоль/л, размер общего желчного протока 5 ± 2 мм, эндоскопическая картина большого дуоденального сосочка в пределах нормы, в 28 случаях выявлены множественные мелкие (до 5 мм) конкременты в просвете желчного пузыря. В 40 случаях проведено плановое лапароскопическое вмешательство по поводу ЖКБ, хронического калькулезного холецистита. Интраоперационно не было отмечено увеличения размеров общего желчного протока. Осуществлялась типичная лапароскопическая холецистэктомия, после выделения составляющих треугольника Кало, проводилась лапароскопическая интраоперационная ультразвуковая диагностика холедохолитиаза с использованием аппарата Aloka prosound и линейного лапароскопического высокочастотного ультразвукового датчика. Датчик вводился через

эпигастральный доступ, осмотру подвергались внепеченочные желчные протоки до правого и левого долевого протока, оценивался размер общего желчного протока, наличие в нем конкрементов, сладжа желчи. После проведения диагностических мероприятий лапароскопический ультразвуковой датчик удалялся, оперативное вмешательство (холецистэктомия) продолжалось по общепринятой процедуре. Результаты и обсуждение. Применяемый нами метод диагностики позволяет избежать ряда ограничений и возможных осложнений, свойственных другим методам – нет необходимости во вскрытии просвета внепеченочных желчных протоков, разрушения неизмененного большого дуоденального сосочка, отсутствует лучевая нагрузка. Средняя продолжительность выполнения диагностики составила 5 ± 2 минуты, что является достаточным для полноценного осмотра зоны интереса. В 38 случаях размеры общего желчного протока совпали с результатами трансабдоминального ультразвукового исследования, в 2 случаях имело место расхождение – интраоперационно 11мм и 7мм, трансабдоминально 5 и 3мм. В этих случаях имел место низкий конfluence пузыря протока и общего печеночного протока, трансабдоминально пузырьный проток был принят за общий желчный проток. Холедохолитиаз был диагностирован в 2 случаях, Сладж желчи (пристеночно, не обтурирующий просвет) общего желчного протока в 3 случаях, в 1 случае диагностирован конкремент в длинной культе пузырьного протока. В последнем случае конкремент смещен в просвет желчного пузыря выше места клипирования пузырьного протока. Следует обратить внимание на отсутствие дооперационных лабораторно-клинических изменений, позволяющим заподозрить наличие холедохолитиаза. В 2 случаях конкременты лоцированы в интрапанкреатической части расширенного (11мм) и нерасширенного (4мм) общего желчного протока. В первом случае в интрапанкреатической части общего желчного протока лоцирована группа мелких (до 2мм, суммарно до 6мм) конкрементов с акустической тенью, во втором случае единичный конкремент 4мм. Во всех случаях через культю пузырьного протока введена корзинка Dormia, и под УЗ-контролем выполнена лапароскопическая холедохолитоэкстракция, дренирование по Пиковскому. Течение послеоперационного периода гладкое, на контрольных фистулограммах данных за холедохолитиаз нет, дренажи удалены. Особую значимость имеет возможность визуализации просвета общего желчного протока как с диагностической целью, так и с целью контроля проведения корзинки Dormia и последующим удалением конкремента в режиме «реального времени», отсутствие лучевой нагрузки и необходимости введения контрастных веществ. Заключение. Применение данного метода позволяет диагностировать холедохолитиаз как в просвете общего желчного протока, так и в просвете пузырьного протока. Метод может быть рекомендован как альтернатива рентгеноконтрастным методам интраоперационной диагностики и лечения холедохолитиаза и характеризуется отсутствием как противопоказаний к применению, так и возможных осложнений.

533. Первый опыт применения Fast Track в хирургии желудка и толстой кишки.

Лодыгин А.В., Желнинов М.Г., Ахметов А.Д.

Санкт-Петербург

НУЗ Дорожная клиническая больница ОАО «РЖД»

Появившись в середине 90-х годов прошлого столетия, программа Fast Track Surgery (хирургия быстрого пути), в настоящее время становится очень популярной во всем мире. Основная концепция FTS – раннее восстановление функций организма после хирургического вмешательства для достижения лучшего результата. Цели FTS: 1. снижение частоты осложнений, 2. ускорение реабилитации с сокращением времени госпитализации, 3. уменьшение стоимости лечения. Программа FTS включает предоперационные, интраоперационные и послеоперационные компоненты. В нашей клинике мы внедрили протокол FTS в 2014 г. Обобщен опыт лечения 86 пациентов. Мужчин было 44 (51,4%), женщин — 42 (48,6%). Средний возраст пациентов составил 57,8 лет (25-85). Индекс массы тела BMI – 25,5 кг/м². Анестезиологический риск по шкале ASA - Score -2,7. Структура патологии была очень разнообразной: рак желудка 8 (9,3%), доброкачественные опухоли желудка 1 (1,2%), осложненная язвенная болезнь 12 п/к 1 (1,2%), ожирение 5 (5,8%), ГЭРБ 34 (39,5%), рак толстой кишки 33 (38,4%), дивертикулез сигмовидной кишки 3 (3,48%), болезнь Крона 1 (1,2%). У 71 (82,5%) пациента была различная сопутствующая патология. У 59 (68,6%) пациентов операции были выполнены в лапароскопическом варианте, у 27 (31,4%) - открытые операции. Структура лапароскопических оперативных вмешательств: LS дистальная субтотальная резекция желудка — 2, LS продольная резекция желудка - 5, LS клиновидная резекция желудка — 1, LS фундопликация по Ниссену — 34, LS правосторонняя гемиколэктомия — 7, LS резекция сигмовидной кишки - 4, LS передняя резекция прямой кишки - 6. Структура открытых вмешательств: гастрэктомия — 2, дистальная субтотальная резекция желудка — 4, резекция 2/3 желудка — 1, правосторонняя гемиколэктомия — 7, левосторонняя гемиколэктомия — 2, резекция сигмовидной кишки — 3, передняя резекция прямой кишки — 2, субтотальная колэктомия -1, БПЭ — 2, восстановление непрерывности толстой кишки — 3. У 15 (17,4%) пациентов проводилась периоперационная нутриционная программа. У 66 (74,4%) пациентов не проводилась механическая очистка кишечника перед операцией. У 64 (74,5%) пациентов операцию закончили без дренирования брюшной полости, у 68 (79,1%) - без назогастрального зонда. Всем пациентам через 6 часов после операции разрешали пить, через 24 часа энтерально питаться. Средняя продолжительность пребывания больных в реанимации составила 1,7 сут, после операции — 5,3. Омечено 4 (4,7%) осложнения у 3 пациентов: анастомозит после LS резекции желудка, динамическая кишечная непроходимость после правосторонней гемиколэктомии, механическая непроходимость и несостоятельность анастомоза после правосторонней гемиколэктомии. Летальность составила 1,2% (1 пациент). Повторные госпитализации 2 (2,3%). Выводы: -FTS- концепция обоснована и убедительна - пациенты удовлетворены и оценили такой вариант лечения - небольшое количество осложнений - низкая летальность - небольшое число повторных госпитализаций

534.ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Рудакова М.Н., Рябов К.Ю., Прохоров А.В.

Москва

Лечебно-диагностическое подразделение № 1 Городская клиническая больница № 57

За 2012-15 гг в ЛДП №1 ГКБ №57 на лечении находилось 168 пациентов с механической желтухой, причиной которой были первичные опухоли различной локализации или прогрессирование онкологического заболевания. Всем им выполнены различные эндоскопические вмешательства, направленные на разрешение билиарной гипертензии. В 136 случаях лечение начинали с попытки ЭРПХГ и транспапиллярного стентирования. Неудача постигла нас у 20 больных. Это было связано с невозможностью канюляции БДС при сохраненном просвете двенадцатиперстной кишки, у 13 со стенозированием просвета кишки, что делало невозможным проведение дуоденоскопа в нисходящую ветвь. Еще у 7 больных ранее были выполнены операции на желудке, реконструктивный этап которых привел к выключению двенадцатиперстной кишки из пассажа пищи. У 107 больных было выполнено ЭРПХГ и транспапиллярное стентирование. В это число входят и повторные стентирования, смены стентов и т.п. У всех пациентов мы использовали металлические саморасширяющиеся стенты. В случае невозможности выполнения ЭРПХГ и транспапиллярных вмешательств, 9-ти больным за 2015 год произведено формирование эндоскопических пункционных билиодигестивных анастомозов под контролем эндоскопического ультразвукового исследования. Было выполнено формирование 2 гепатикоэнтеро-, 4 гепатикогастро- и 3 холедоходуоденоанастомоза. Причем в последнем случае они сочетались со стентированием двенадцатиперстной кишки. Формирование анастомозов производили под контролем конвексного эхо-эндоскопа. После предварительной ультразвуковой оценки билиарного дерева, выполняли пункцию протока иглой 19 G, холангиографию, после чего проводили через иглу струну-проводник в просвет протоков. Иглу извлекали, оставляя струну в просвете протоков, после чего бужами возрастающего диаметра формировали канал. Выполняли контрольную холангиографию, после чего в проток на доставочном устройстве проводили стент. Для формирования анастомозов использовали металлический саморасширяющийся стент фирмы Biotech. Особенностью его является то, что дистальная половина его, располагаемая во внутривнутрипечёночном желчном протоке, не имеет покрытия для более надежной фиксации. При этом проксимальная половина, находящаяся вне протока в ткани печени и в стенке и просвете кишки или желудка имеет ПТФЕ-покрытие для исключения желчеистечения. Удаление доставляющего устройства и одновременно раскрытие стента осуществлялось под ультразвуковым, рентгенологическим и эндоскопическим контролем. После самораскрытия стента отмечалось одномоментное обильное поступление желчи с примесью фибрина. Динамику состояния протоков в послеоперационном периоде контролировали при УЗИ, МРТ или КТ. Во всех случаях был достигнут технический успех. Осложнение в виде кровотечения в просвет стента возникло в 1 случае (11,1%), что потребовало выполнения лапаротомии, остановки кровотечения. Таким образом, современные эндоскопические инвазивные технологии позволяют осуществить декомпрессию билиарного дерева с внутренним желчеотведением практически в любой анатомической ситуации.

535. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРАВМЫ СЕЛЕЗЕНКИ

Егиев В.Н., Коссович М.А., Масленников М.А., Грицун В.Ю.

Москва

ГБУЗ ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова ДЗМ

Селезенка – второй после печени орган брюшной полости, наиболее часто повреждаемый при травме живота (30%). Летальность при этом колеблется в диапазоне 10–25%. Хирургическое лечение требуется в 20–40% случаев. Открытая операция является стандартным способом хирургического лечения при травме селезенки. При этом имеются хорошие результаты лапароскопических вмешательств, опубликованные в небольших исследованиях. Повреждения селезенки чаще всего происходят при закрытой травме живота: ДТП, ударах, падениях с высоты и спортивных травмах. В 50% случаев повреждения селезенки встречаются в структуре сочетанной травмы. В начале XX века спленэктомия рассматривалась как бесспорный метод лечения при травме селезенки. Привлекательность спленэктомии заключается в технической простоте и минимальном количестве явных непосредственных осложнений. Во второй половине XX века появились разнообразные хирургические методы сохранения селезенки. В настоящее время остаются актуальными следующие способы: тампонада гемостатической губкой или сеткой (тахокомб); ушивание дефекта, в том числе с применением гемостатической губки, большого сальника, париетальной брюшины; атипичная резекция селезенки; редукция артериального кровотока в селезенке путем выполнения эмболизации и(или) лапароскопического клипирования. Противопоказанием к выполнению органосохраняющих операций являются: V степень повреждения селезенки (AAST); травма патологически измененной селезенки; множественные повреждения других органов брюшной полости и забрюшинного пространства; нестабильная гемодинамика; нарушение свертывающей системы крови; возраст пострадавшего старше 65 лет; распространенный перитонит. Абсолютным показанием к выполнению лапаротомии является наличие свободной жидкости в брюшной полости (по данным УЗИ или КТ) у пациентов с травмой живота на фоне нестабильной гемодинамики. В ситуации, когда гемодинамические показатели остаются стабильными, но при КТ с внутривенным контрастным усилением выявляется повреждение селезенки с участком экстравазации возможно применение малоинвазивных технологий. В ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова за 2015 год имеются четыре клинических случая малоинвазивного лечения травмы селезенки. Во всех случаях это были пациенты мужского пола в возрасте до 65 лет, при поступлении в стационар имеющие стабильные показатели гемодинамики. В двух случаях механизмом травмы было падение с высоты (кататравма) и в двух – последствия ДТП. Во всех случаях на этапе госпитализации в ОРИТ было выполнено УЗИ органов брюшной полости, выявлена свободная жидкость в брюшной полости. В течение первых 2 часов от момента поступления в стационар была выполнена КТ органов брюшной полости с контрастным усилением, при которой выявлены участки экстравазации рентгеноконтрастного препарата из артериального русла селезенки. После этого произведена прямая ангиография и селективная эмболизация артериального русла селезенки в бассейне экстравазации рентгеноконтрастного препарата. Далее пациенты находились в ОРИТ, где в течение 4–6 часов отслеживались показатели гемодинамики, уровня гемоглобина, выполнялось контрольное ультразвуковое исследование органов брюшной полости. При отсутствии явной отрицательной динамики и признаков гиповолемии была выполнена диагностическая лапароскопия, ревизия органов брюшной полости с детальным осмотром селезенки. При наличии стабильного плотного сгустка крови над областью травмы селезенки его удаление не производилось. При визуализации разрыва капсулы выполнялась превентивная аргоноплазменная коагуляция дефекта капсулы. В трех случаях произведена аспирация крови и сгустков из брюшной полости с реинфузией полученной крови через аппарат Cell-Saver. Во всех случаях рецидива внутрибрюшного кровотечения не наблюдалось, пациенты были переведены в

отделение общего профиля на вторые сутки от момента поступления в стационар, выписаны в удовлетворительном состоянии на 5–7 сутки с момента поступления.

536. Непосредственные результаты видеоторакоскопические операции при врождённых солитарных кистах лёгких.

Мазурин В.С., Харькин А.А., Кузьмичев В.А., Гусева С.Н.

Москва

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского.

Актуальность: В связи с редкостью врождённых солитарных кист лёгких (ВСКЛ), до настоящего времени отсутствует единое мнение об объёме и возможностях видеоторакоскопических вмешательств у больных с врождёнными солитарными кистами лёгких (ВСКЛ). Материалы и методы: Для определения показаний к различным видам хирургического лечения ВСКЛ, последние разделяли на три группы: периферические (субплевральные), смешанные (локализующиеся как в периферических отделах лёгкого, так и в глубоких отделах паренхимы) и центральные (внутрилёгочные). С 2001 по 2015 г. видеоторакоскопические операции выполнены 29 (59,1%) больному с ВСКЛ из 49. Вмешательства выполнялись при любой локализации кист в лёгких без перифокального пневмофиброза, отсутствие последнего подтверждалось при компьютерной томографии. В 16 наблюдениях при периферических кистах выполнены цистэктомии и атипичные резекции. Атипичные резекции выполнялись при помощи эндоскопического линейного степлера Endo-GIA 60. 13 пациентам со смешанными и центральными кистами выполнена видеоторакоскопическая цистредуктивная операция (резекция стенок кисты, мукоклазия электрокоагуляцией и спиртовым раствором йода, ушивание ложа кисты (в 3 наблюдениях ушивание не выполнялось). Видеоассистированные операции с миниторакотомией выполнены 8 пациентам из 29: 5 атипичных резекций, 3 цистредуктивные операции. Результаты: Конверсия в торакотомию отмечалась у 5 пациентов со смешанными и центральными кистами легких, причиной которой в 4 наблюдениях явилось наличие выраженного спаечного процесса в плевральной полости, в 1 наблюдении – кровотечение при повреждении вены язычковых сегментов. Гнойных осложнений не отмечалось. При сравнительном анализе отмечено статистически достоверное сокращение длительности послеоперационного койко-дня и длительности применения наркотических анальгетиков в среднем на 60% после видеоторакоскопических операций по сравнению с традиционными открытыми вмешательствами. Рецидива кист не отмечено ни у одного из больных, обследованных в отдалённом периоде. Заключение: видеоторакоскопические операции являются операциями выбора и показаны всем пациентам с врожденными солитарными кистами легких. При смешанной и центральной локализации кист, возможно выполнение цистредуктивной резекции, как альтернативы лобэктомии.

537.Видеоэндоскопическая коррекция рецидива ГЭРБ и ГПОД.

Луцевич О.Э.(1), Галлямов Э.А.(1), Преснов К.С.(2), Черепанин А.И.(3), ЕринС.А.(4), Макушин А.А.(3), Харчук А.В.(5)

Москва

1 – Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова, Москва, РФ 2 – Медицинский центр центрального банка России, Москва, РФ 3 – ЗАО "Группа компаний "Медси"КБ-2, Москва, РФ 4 – ГКБ № 50, Москва, РФ 5 – ГБ № 3, Москва

ВВЕДЕНИЕ. Рандомизированные контролируемые исследования последних пятнадцати лет продемонстрировали безопасность и эффективность лапароскопических антирефлюксных операций в случае их проведения опытными хирургами у тщательно отобранных пациентов. Однако сообщения о высокой частоте (от 10 до 40 %) рецидивов ГЭРБ и ГПОД до сих пор в не покидают страницы мировой научной периодики. Указываются такие факторы риска рецидива, как недостаточный опыт самостоятельно выполненных лапароскопических операций хирурга, необоснованные показания к оперативному лечению, рутинное выполнение стандартных антирефлюксных операций без учета индивидуальных анатомо-структурных особенностей. **ЦЕЛЬ.** Улучшить результаты лечения рецидивов ГЭРБ и ГПОД. **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** С 1993 г. по 2015 г. В клиниках, представленных коллективом авторов прооперировано 1628 больных по поводу ГЭРБ и ГПОД. Женщин 1039(66,9%), мужчин 539 (33,1%). Возраст от 18 до 82 лет. 56 пациентов перенесли операции по поводу рецидивных форм заболевания. 3 из них оперированы от 3 до 6 раз по поводу повторяющихся рецидивов. 36 случаев рецидивов, из представленных авторами, возникли после выполненных ими же первичных операций. В предоперационном периоде обязательными методами диагностики были эзофагогастродуоденоскопия, контрастная полипозиционная рентгеноскопия пищевода и желудка, манометрия, суточная рН-метрия и эно-УЗИ. Предоперационное мониторинг с целью определения показаний к повторному хирургическому лечению осуществлялся совместно с гастроэнтерологами и медицинскими психологами с использованием специальной программы и тестового опросника GERD-HRQL. **РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.** Показанием к повторной операции по поводу рецидива ГПОД авторы считали любой рентгенологически подтвержденный случай повторной грыжи сопровождающийся любыми диспептическими проявлениями или жалобами, обусловленными компрессией органов средостеня, а также бессимптомные параэзофагеальные грыжи. Бессимптомные инструментально подтвержденные рецидивные аксиальные грыжи не были показанием к хирургической коррекции. Показанием для оперативного лечения рецидива ГЭРБ считали нарушающие качество жизни диспептические проявления (изжога, дисфагия) с инструментально подтвержденными объективными функциональными изменениями, а также выявленные структурные изменения слизистой пищевода (пептические язвы или стриктуры, пищевод Барретта). Основными вмешательствами при рецидивах стали: различные варианты крурорафий в дополнении с аллопластикой 30 случаев, при рецидивах грыжи ПОД, в 26 случаях при рецидивах ГЭРБ выполнялись следующие операции: • перевод фундопликации Toupet в Short floppy Nissen, • перевод циркулярной манжеты по Nissen-Rosetti в парциальную, • перевод фундопликации Toupet в фундопликацию по Черноусову • кардиомиотомия и перевод фундопликации Nissen-Rosetti в Toupet. Качество жизни после повторных операций улучшилось у 88 % пациентов. 12 % больных в течении последующих двух лет потребовались повторные операции. **ВЫВОДЫ.** Успех лечения рецидивных ГПОД и ГЭРБ зависит от соблюдения нескольких

условий: - определение четких показаний к операции, основанных не только на субъективных проявлениях, а, главным образом, на объективных инструментально подтвержденных изменениях; - комплексное лечение пациентов в пред- и послеоперационном периодах совместно с гастроэнтерологами и медицинскими психологами; - выбор способа хирургической коррекции определяется индивидуально и основывается на результатах предоперационного инструментального исследования, а также на анатомо-топографических и структурных особенностях зоны операции, выявленных интраоперационно.

538. ТОРАКОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОБРАЗОВАНИЙ ЛЕГКИХ И СРЕДОСТЕНИЯ.

Дзидзава И.И., Фуфаев Е.Е., Ясюченя Д.А., Нечипорук В.Н., Дзидаханов А.К., Попов В.А.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Видеоторакоскопия (ВТС) в торакальных хирургических стационарах составляет около 60% всех оперативных вмешательств. Ее широкому внедрению способствуют разработка и совершенствование торакоскопических инструментов, сшивающих аппаратов, различных физических методов диссекции и коагуляции. Материал и методы. В клинике госпитальной хирургии академии за период 2000-2015гг выполнено 654 ВТС. 171 в диагностике и лечении периферических новообразований легких, 184 при диссеминированных процессах, 238 при лимфаденопатии средостения, 61 при сочетании диссеминированного процесса с лимфаденопатией. При лимфаденопатии средостения наиболее часто выполняли биопсию паратрахеальных, трахеобронхиальных групп лимфоузлов, уделяя особое внимание профилактике повреждений верхней полой вены и диафрагмального нерва. Использовали ультразвуковую препаровку. Краевую резекцию легких выполняли с использованием сшивающих аппаратов или герметизацию «холодной плазмой» и интракорпорального ручного шва легочной паренхимы. Многообразие торакоскопических вмешательств на средостении обусловлено гетерогенностью образований в нем. Результаты. Все вмешательства разделены на группы. Это операции на переднем средостении (заболевания тимуса, верификация лимфом), группа диагностических операций при лимфаденопатиях средостения, диссеминированных процессах и периферических образованиях в легких, и их сочетание. Отдельную группу составили анатомические резекции легких. Послеоперационная летальность составила 0,13% (1 больной погиб от ТЭЛА). Продолжительность дренирования плевральной полости зависела от характера и сложности вмешательства и колебалась от 1 до 12 суток, составляя в среднем 2 суток. Среди интраоперационных осложнений имели место повреждения верхней полой вены (2 случая устранены без конверсии доступа), повреждение грудного лимфатического протока (1). Послеоперационные осложнения наблюдались у 19 больных. В одном случае развилось внутривидеолевральное кровотечение из межреберной артерии, устраненное при реторакоскопии. Дважды отмечался хилоторакс, который купирован консервативно. Инфекционные осложнения развились у 13 больных: нагноение раны - 11 пациентов, эмпиема плевры - 2 (на фоне длительного коллапса легкого на догоспитальном этапе у больных спонтанным пневмотораксом с выраженной ХОБЛ), пневмония – 3 случая. Неустойчивый азростаз более 5 дней отмечался у 16

пациентов, что требовало длительного активного дренирования плевральной полости в послеоперационном периоде. Общее количество осложнений было вдвое ниже таковых при открытых вмешательствах. Частота успешной морфологической верификации зависела от локализации и характера патологического процесса в легких и средостении и составляла 95%. К преимуществам ВТС можно отнести снижение интенсивности и длительности болевого синдрома, сокращение общего срока стационарного лечения. Выводы. Современный этап развития торакальной хирургии характеризуется неуклонным ростом доли малоинвазивных оперативных вмешательств. С конца XX в. наблюдается заметный прогресс в разработке и совершенствовании методов торакоскопического хирургического вмешательства под видеоконтролем. Торакоскопические методы, как менее инвазивные и более безопасные, имеют явное преимущество по сравнению со стандартной торакотомией. Эти методы позволяют не только снизить интенсивность послеоперационной боли, но и сократить период госпитализации, существенно повышают качество жизни в послеоперационном периоде.

539.ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ - В ЛЕЧЕНИИ БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ, ОСЛОЖНЕННОЙ СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ.

Дзидзава И.И. Фуфаев Е.Е., Ясюченя Д.А., Нечипорук В.Н., Куракевич И.В., Дмит-роченко И.В., Холматов В.Н., Попов В.А.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Золотым стандартом в лечении спонтанного пневмоторакса на сегодняшний день являются торакоскопические вмешательства. Лечение больных включает два этапа. Первый направлен на устранение жизнеугрожающих последствий пневмоторакса и расправление легкого, второй (противорецидивный) – на исключение развития рецидива заболевания. Торакальный хирургический стационар должен обладать арсеналом сил и средств для выполнения исчерпывающей хирургической помощи больным со спонтанным пневмотораксом. Проведен сравнительный анализ результатов обследования и лечения 247 пациен-тов со спонтанным пневмотораксом (СП). Все больные разделены на две группы. В первую группу (контрольную) включены 188 больных, у которых для ликвидации пнев-моторакса использовались пункции и дренирование плевральной полости с активной ва-куум аспирацией. У пациентов второй группы (59 больных) лечебные мероприятия начи-нали с диагностической торакоскопии при поступлении (под местным обезболиванием) с последующим устранением причины пневмоторакса. Диагностические находки при тора-коскопии сопоставлены с данными полученными при компьютерной томографии, выпол-ненной в послеоперационном периоде. При этом несовпадения в верификации изменений легочной паренхиме имели место у 5 больных с буллезными изменениями, локализован-ными в толще легочной ткани. У пациентов второй группы выполнены следующие опера-тивные вмешательства: торакоскопическая резекция легкого - 14 больных, видеоассисти-рованные резекции легкого (торакоскопия с миниторакотомией) - 2 пациента, диатермо-коагуляция или прошивание булл у основания - 8 пациентов, адгезиолизис – у 7. Интра- и послеоперационных осложнений не было. Операции

завершались индукцией плевродеза: инсуффляция медицинского талька или плеврэктомиа. Рецидивы заболевания в течение первого года после выписки пациентов из стационара имели место у 35 больных контрольной группы. В основной группе рецидивов не было. На основании полученных данных составлен алгоритм лечения различных категорий больных со спонтанным пневмотораксом. Вывод. Применение торакоскопических вмешательств при буллезной эмфиземе легкого, осложненной спонтанным пневмотораксом позволяет уточнить степень и распространенность изменений легочной ткани, выполнить радикальное минимально травматичное оперативное вмешательство и улучшить функциональный исход.

540.ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНВАЗИВНОГО РЕТРОЦЕРВИКАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА С ПОРАЖЕНИЕМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Пучков К.В.(1), Пучков Д.К.(2)

Москва, Рязань

1) Швейцарская университетская клиника, Москва 2) ГБОУ ВПО РязГМУ им акад. И. П. Павлова, кафедра хирургии с курсом эндохирургии ФДПО, Рязань

Актуальность Лапароскопический метод лечения в настоящее время становится золотым стандартом радикального лечения инвазивного ретроцервикального эндометриоза и включает в себя резекцию пораженного участка толстой кишки. В настоящий момент все большее число хирургов отдает предпочтение новому направлению в лапароскопии – извлечение резецированного препарата через естественные отверстия (N.O.S.E. хирургия), которое прочно заняло свое место. Однако ряд статей указывают, что извлечение резецированного участка толстой кишки через естественные отверстия, приводит к увеличению риска развития функциональных нарушений и негативно сказывается на половой функции. Материалы и методы: За период времени с 2007 по август 2015 годы выполнено 373 операции по поводу ретроцервикального эндометриоза, из них – 92 операции – циркулярная резекция толстой кишки. Средний возраст пациенток был 35,7 года, индекс массы тела (ИМТ) от 23,2 кг/м² до 29,6 кг/м². Из 92 операций, в 50 случаях выявлено эндометриоидное поражение прямой кишки, в 42 случаях – сигмовидной кишки. В 22 случаях помимо резекции кишки, была выполнена резекция стенки влагалища. Результаты предоперационного обследования показали, что из 50 случаев, в 17 случаях локализация эндометриоидного поражения кишки - среднеампулярный отдел, в 33 случаях – верхнеампулярный отдел, ниже ректосигмоидного перехода. Результаты Все 92 циркулярных резекции были успешно выполнены. У 42 пациентов выполнена резекция сигмовидной кишки с извлечением препарата в левой подвздошной области, путем удлинения троакарного разреза. В 37 случаях, при локализации очага в верхнеампулярном отделе, выполнена резекция толстой кишки с последующим извлечением через мини разрез по Пфанненштилю, в 11 случаях, при поражении среднеампулярного отдела прямой кишки, выполнена экономная резекция участка прямой кишки с извлечением препарата трансвагинально и в 2 случаях - резекция участка прямой кишки с извлечением препарата трансанально. Трансвагинальная экстракция кишки была показана только при выполнении симультанной супрацервикальной гистерэктомии или резекции стенки влагалища. Время операции варьировало

от 75 минут (при резекции сигмовидной кишки с извлечением препарата в левой подвздошной области) до 108 минут – при трансанальной экстракции резецированного препарата. Патологоанатомическое исследование препарата показало, длина резецированного препарата варьировало от 5 до 12см, при этом отступ от эндометриоидного очага колебался от 0,6 до 2 см. Время нахождения в стационаре - от 3,5 до 4,5 суток. Из 92 пациенток, у 8 в послеоперационном периоде возникла необходимость катетеризации мочевого пузыря в течении 4-х суток и назначении препарата «Кардура» до 3-х недель. Возникновение данного осложнения мы связываем с сопутствующим эндометриоидным поражением мочевого пузыря и выполнением обширной диссекцией в этой зоне. Вывод Полученные данные свидетельствуют о возможности выполнения такого рода операций, используя малоинвазивные методы.

541.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДИСТАЛЬНЫЙ СПЛЕНОРЕНАЛЬНЫЙ АНАСТОМОЗ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (первый опыт)

Дзидзава И.И., Онницев И.Е., Котив Б.Н., Ивануса С.Я., Солдатов С.А., Слободяник А.В., Смородский А.В.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ)– жиз-неугрожающее осложнение синдрома портальной гипертензии. Радикальным методом лече-ния и профилактики кровотечений данной этиологии является хирургическая декомпрессия портальной системы путем выполнения дистального спленоренального анастомоза или трансъюгулярного внутрпеченочного портосистемного шунтирования (TIPS). TIPS – мини-мально инвазивный метод, однако сопровождается высокой частотой стенозов, тромбозов шунта и постшунтовой энцефалопатией. Дистальный спленоренальный анастомоз (ДСРА) характеризуется минимальной частотой тромбозов и постшунтовой энцефалопатии, но явля-ется более травматичным хирургическим вмешательством. Цель исследования: изучить возможность выполнения ДСРА лапароскопическим до-ступом. Материалы и методы: В 2015 году лапароскопический ДСРА выполнен у 5 больных циррозом печени с син-дромом портальной гипертензии. В соответствии с критериями Child-Pugh 3 больных отне-сены к классу А, двое – к классу В. Все пациенты в анамнезе имели от 2 до 3 рецидивов кро-вотечения из ВРВПЖ, несмотря на повторные курсы эндоскопического лигирования. При контрольном ФГДС: варикозное расширение вен пищевода 3-4 степени установлено у 5 больных, а желудка у трех из них. Результаты Для оперативного доступа устанавливали 3 троакара Ø12 мм и 2 троакара Ø5 мм. Ин-суффляцию CO2 производили под давлением 12 мм рт.ст. Выделение селезеночной и левой почечной вен осуществляли с применением ультразвукового скальпеля Harmonic Ethicon Endo-Surgery. С целью панкреатической дисконнекции селезеночную вену мобилизовали на всем протяжении с клипированием ее притоков при помощи мини клипатора BBraun. Фор-мирование сосудистого анастомоза конец в бок выполняли интракорпоральным непрерыв-ным швом нитями Prolen 6,0. Выполнение лапароскопического ДСРА дополняли деваскуля-ризацией желудка с лигированием и пересечением левой желудочной, левой и правой желу-дочно-сальниковых вен. Для коррекции

явлений гиперспленизма, осуществляли дозированную редукцию просвета селезеночной артерии путем ее лигирования на 2/3 просвета. Средняя продолжительность операции составила 360 ± 120 минут. Максимальный объем кровопотери - 100 мл. Интраоперационных осложнений не отмечено. Госпитальный период составил 6-8 суток, у всех больных протекал благоприятно. При контрольном ФГДС наблюдался регресс ВРВП до 1-2 степени. Максимальный срок наблюдения составил 6 месяцев. Эпизодов тромбоза сосудистого соустья, рецидива пищеводно-желудочного кровотечения и асцита нет. Больные трудоспособны, социально адаптированы. Вывод: первый опыт лапароскопического ДСРА демонстрирует возможность его минимально инвазивного выполнения. При накоплении количественного и качественного опыта лапароскопическое выполнение ДСРА может быть альтернативой TIPS.

542.ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ И ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ

Шабунин А.В., Якушин В.И., Ульянов С.А., Ерохин М.П., Хадиков К.О., Спахов В.В., Шехоян А.С., Соловьев Н.А.

МОСКВА

ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина

В отделении торакальной хирургии за последние четыре года находилось 89 больных с эмпиемой плевры. Всем пациентам проводились диагностические пункции плевральной полости. При ограниченном скоплении жидкости, пункции плевральной полости под УЗИ наведением. Для распознавания данной патологии применяются различные диагностические методы: полипозиционная рентгенография органов грудной клетки, компьютерная томография органов грудной полости, УЗИ плевральной полости, фибробронхоскопия с бронхосмывами на бактериологическое, цитологическое исследование, посев мокроты и плевральной жидкости на флору и чувствительность к антибиотикам, цитологическое исследование плевральной жидкости, посев крови на стерильность, общий и биохимический анализы крови. Дополнительными методами при необходимости служат: УЗИ органов брюшной полости, ЭХО-КГ, ФВД. Лечение эмпиемы плевры носит комплексный характер, направленный как на активную хирургическую тактику с санационными способами, так и на массивную антибактериальную, дезинтоксикационную и коррегирующую терапию. Активная хирургическая тактика, направленная на санацию гнойного очага включает: пункции, дренирование плевральной полости (полости эмпиемы), торакотомия, миниторакотомия с видеосопровождением, видеоассистированную торакоскопию (ВАТС) и видеоторакоскопию (ВТС). 25 пациентам производились пункции плевральной полости. Из них 4 больным проведено лечение пункционным способом. 40 больным произведено дренирование полости эмпиемы с их последующим фракционным промыванием растворами антисептиков, так же 3 больным произведено дренирование ограниченной эмпиемы плевры под УЗИ наведением. 52 пациента были оперированы. Из них: 9 женщин и 43 мужчин. Возрастной состав, в основной массе составляли лица трудоспособного возраста. Только 5 больных были старше 60 лет. В 2012 году оперировано 11 больных (10 мужчин и 1 женщина). Миниторакотомия с резекцией участка ребра с видеосопровождением выполнена у 6.

Видеоассистированная торакоскопия (ВАТС) – 3. Торакотомия – 1. Торакостомия – 1. В 2013 году оперировано 13 больных (12 мужчин и 1 женщина). Миниторакотомия с резекцией участка ребра с видеосопровождением – 2. Видеоассистированная торакоскопия (ВАТС) – 6. Видеоторакоскопия (ВТС) – 1. Торакотомия – 4. При этом, при торакотомических операциях выполнялась обработка полости эмпиемы расфокусированным лазерным лучом хирургического гелий-неодимового лазера фирмы Martin. В 2014 году оперировано 16 больных (15 мужчин и 4 женщины). Миниторакотомия с резекцией участка ребра с видеосопровождением – 2. Видеоассистированная торакоскопия (ВАТС) – 2. Видеоторакоскопия (10) – 12. Торакотомия – 1. В 2015 году оперировано 10 больных (6 мужчин и 4 женщины). Видеоассистированная торакоскопия (ВАТС) - 2. Видеоторакоскопия (ВТС) - 6, программные санационные торакоскопии проводились у одной пациентки. Формирование торакостомы с дальнейшим этапным её закрытием, тампонированием полости мышечным лоскутом произведено у 1 больной с острым промиелоцитарным лейкозом, абсцессом нижней доли правого лёгкого, формированием бронхоплевральных свищей, отграниченной эмпиемой плевры. Троим больным с наличием бронхоплевральных свищей до операции проведены ФБС с установкой бронхоблокатора в бронх, несущий свищ. Видеоторакоскопия проводилась под эндотрахеальным наркозом с отдельной интубацией двухпросветной интубационной трубкой при положении больного на здоровом боку с подложенным валиком. Место введения первого торакопорта определялось на основании оценки рентгенологических и КТ данных локализации и распространённости эмпиемы. Так же выполнялась дооперационная маркировка границ эмпиемы с помощью УЗ исследования, что позволяет избежать травматическое повреждение лёгкого, диафрагмы вводимым троакаром. В случае наличия ранее установленных плевральных дренажей, первый порт устанавливали через место их расположения. За тем, после обзорной видеоторакоскопии под визуальным контролем в плевральную полость вводился второй, а при необходимости и третий торакопорт для эндоскопического инструментария. Проводилась аспирация гнойного содержимого и фибрина, разрушение внутривидеоторакоскопических спаек и сращений. Всем больным интраоперационно производились санации полости эмпиемы растворами антисептиков, при необходимости коагуляция плевры. Операцию заканчивали дренированием двумя дренажами с дальнейшим подключением к активной аспирации. Средний койко-день составил 20 дней, по сравнению с прошлыми данными, когда средний койкодень составлял 36 дней. Летальный исход наблюдался у одного больного с тяжелой сопутствующей патологией. 3 больных выписали с плевральным дренажом, который был удален на 10-14 сутки после выписки. Использование видеоторакоскопических операций (ВТО) позволяет под визуальным контролем проводить более тщательно санацию плевральной полости при острых эмпиемах плевры. А так же и выполнять повторные программированные санационные реторакоскопии при наличии показаний. ВТО менее травматичны для больных, отмечается менее выраженный болевой синдром в послеоперационном периоде, что приводит к ранней активизации больных и улучшению результатов лечения.

543.ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Шабунин А.В., Мумладзе Р.Б., Якушин В.И.,Ерохин М.П., Хадиков К.О., Шумейко Т.В., Ульянов С.А, Соловьев Н.А., Спахов В.В., Шехоян А.С.

Москва

ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина

Работа современного многопрофильного хирургического стационара не представляется возможной без проведения эндовидеохирургических вмешательств. В течение последних лет плановые и ургентные эндоскопические операции активно проводятся больным в ГКБ им.С.П.Боткина. Алгоритм предоперационного обследования больных включает в себя полипозиционную рентгенографию органов грудной клетки, УЗИ плевральных полостей, компьютерную томографию органов грудной клетки. Самую большую группу оперированных в плановом порядке составили больные с буллезной эмфиземой легких осложненной спонтанным пневмотораксом - 64. Большинству больным с этой патологией произведено дренирование плевральной полости по экстренным показаниям. За тем в плановом порядке выполнена видеоторакоскопия 44 больным или видеоассистированная торакоскопия 20 с резекцией буллезно-измененного участка ткани легкого с использованием эндостеплера, с прошиванием кассетами размером от 45 до 60 мм. в зависимости от резецируемого участка легочной ткани. Операцию заканчивали плеврэктомией или плевродезом (термическим, химическим), дренированием плевральной полости двумя дренажами «Hitex» (внутренний диаметр 5 мм., наружный 6 мм.). Осложнений в этой группе больных не было. Одному больному произведена конверсия в связи с выраженным спаечным процессом в плевральной полости. Сроки пребывания в стационаре после оперативного вмешательства не превышал 5 дней, что существенно ниже показателей среднего койко-дня больных оперированных традиционным торакотомным доступом в прошлые годы. Меньшую группу оперированных в плановом порядке составили больные с доброкачественными заболеваниями легких и образований средостения. Видеоторакоскопическая атипичная резекция по поводу кист легкого выполнена 6 больным. В четырех случаях, из-за большого размера кист, произведена видеоассистированная атипичная резекция. В одном случае при периферическом раке нижней доли правого лёгкого - нижняя лобэктомия справа. Так же произведена видеоассистированная торакоскопия (ВАТС), нижняя лобэктомия слева больному с бронхоэктазами нижней доли левого лёгкого с рецидивирующими лёгочными кровотечениями. Биопсия образований средостения при торакоскопии произведена 20 пациентам. Во всех случаях диагноз верифицирован. У 12 больных выявлены различные формы лимфопролиферативных заболеваний, у 5 - метастазы рака, у 2 выявлен туберкулёз, у одной пациентки саркаидоз. Одному больному произведено клипирование грудного лимфатического протока по поводу хилоторакса, вызванного лимфомой с поражением средостения. Осложнений в этой группе больных не было. Отсроченные операции, как правило, носили санационный характер. Выполнялись у больных с инфицированным или свернувшимся посттравматическим гемотораксом, эмпиемой плевры. Всего выполнено 58 торакоскопических санаций. У двух больных потребовались программированные санационные реторакоскопии. Лечебно-диагностическая торакоскопия активно внедряется в практику ургентной хирургии. За последние два года выполнено 57 видеоторакоскопических операций. Своевременно выполненное исследование при закрытой травме, проникающих ранениях грудной клетки, спонтанным пневмотораксе осложненным гемотораксом позволяет распознать характер внутригрудных повреждений и источник внутриплеврального кровотечения. Видеоторакоскопия и ВАТС в связи с проникающими ранениями грудной полости, осложненными гемопневмотораксом выполнена 37 больным. Одинадцати больным произведено ушивание ран лёгкого, двум из них так же

выполнено ушивание раны диафрагмы с использованием экстра или интракорпорального шва. Всем больным этой группы произведён гемостаз в связи с продолжающимся внутривнутриплевральным кровотечением. У 2 больных проведена конверсия в связи с продолжающимся активным интраплевральным кровотечением и у трех в связи с ранением перикарда и сердца. У 2 больных с буллёзной эмфиземой лёгких, осложнённой гемопневмотораксом произведена VATS резекция лёгкого, санация плевральной полости. У двух больных в послеоперационном периоде выявлен свернувшийся гемоторакс, что потребовало проведение в отсроченном порядке санационной видеоторакоскопии. Широкое внедрение в практику торакальной хирургии видеоторакоскопии позволяет выполнить адекватный объем оперативного вмешательства из малотравматичного доступа. Преимуществом видеоторакоскопических вмешательств является минимальная травматизация, уменьшение болевого синдрома, ранняя активизация больного в послеоперационном периоде. Так же сокращение срока пребывания больных в стационаре и уменьшение количества осложнений.

544.Бариатрические операции у пациентов старше 60 лет

Аскерханов Р.Г., Фейдоров И.Ю., Хатьков И.Е., Бодунова Н.А., Мосин С.В.

Москва

Московский Клинический Научно-Практический центр

Актуальность Ожирение и риск преждевременной смерти у пациентов старше 60 лет одна из наиболее актуальных проблем современного здравоохранения. Согласно последнему бюллетеню ВОЗ каждый третий взрослый житель планеты имеет лишний вес, а каждый десятый страдает от ожирения. В России, согласно официальной статистике Министерства здравоохранения за 2009 год, заболеваемость ожирением составила 789,3 на 100 тыс. населения, а по сравнению с 2006 годом, этот показатель вырос на 16,1%. В то время как физическая активность и занятия физкультурой снижают риск развития ожирением; в России, согласно данным популяционного исследования 2012 года физкультурой не занимаются 82% женщин и 83% мужчин старше 61 года. Методы В исследовании представлен опыт хирургического лечения ожирения у 9 пациентов старше 60 лет, которым бариатрическая операция была проведена в сроки с октября 2013 по октябрь 2014 года. Проведена оценка 30-ти дневной и 6-ти месячной послеоперационной летальности, длительность послеоперационного койко-дня, оценен эффект от проведенного лечения по потере избыточной массы тела и уровень послеоперационных осложнений по шкале Clavien-Dindo (CD scale). Результаты В исследовании включено 6 женщин и 3 мужчины. Средний возраст пациентов в исследовании составил 62,1 года. Средние значения веса и ИМТ составили соответственно 135,9 кг и 50,2 кг/м². Были выполнены следующие оперативные вмешательства: гастрощунтирование с реконструкцией на отключенной по Ру петле 2-м пациентам и продольная резекция желудка 7-ми пациентам. Все операции были выполнены полностью лапароскопически. Длительность послеоперационного койко-дня составила 6,0±3,12 дней. Средняя потеря избыточной массы тела за 12 месяцев после операции – 50,7%. Послеоперационная летальность через 30 дней и 6 месяцев – 0%. Уровень послеоперационных осложнений по шкале CD следующий: всего 3 пациентов: CD I – один пациент с формированием нагноившейся серомы

послеоперационной раны; CD II – двое пациентов: пациентка с пароксизмом мерцательной аритмии и пациентка с явлениями аспирационной пневмонии. Для лечения осложнений CD II потребовался перевод пациентов в специализированные отделения. Выводы: Бариатрические операции у пациентов старшей возрастной группы являются эффективным методом лечения морбидного ожирения, но сопряжены высоким уровнем риска, поэтому требуется мультидисциплинарный подход в предоперационной подготовке и послеоперационном ведении этой группы пациентов.

545.Лапароскопическая радикальная цистэктомия с интракорпоральным формированием илеум-кондуита при инвазивном раке мочевого пузыря

Перлин Д.В.(1), Александров И.В.(2), Зипунников В.П.(2), Шманев А.О.(1), Дымков И.Н.(2)

Волгоград, Волжский

1) ВОУНЦ, 2) ВолГМУ

Введение: Лечение мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря — актуальная проблема современной онкоурологии. Стандартным видом лечения мышечно-инвазивного рака является радикальная цистэктомия с различными методами отведения мочи. С развитием лапароскопической техники в течение последнего десятилетия в клиническую практику стал активно внедряться метод лапароскопической радикальной цистэктомии. Однако этап формирования резервуара для отведения мочи выполнялся в большинстве клиник экстракорпорально. Мы приводим собственный опыт выполнения ЛРЦЭ с интракорпоральным формированием резервуара. Материалы и методы: В период с декабря 2014 г. по декабрь 2015 г. в клинике ГБУЗ ВОУНЦ выполнено 8 лапароскопических радикальных цистэктомий у пациентов с инвазивным раком мочевого пузыря с интракорпоральным формированием илеум-кондуита (5 мужчин, 3 женщины). В 2 случаях дополнительно выполняли уретерэктомию. Операцию выполняли в положении пациента на спине под эндотрахеальным наркозом. Устанавливали 10 мм.порт по срединной линии выше пупка на 3 см. для лапароскопа. Дополнительно устанавливали 2 – 12 мм порта в правой и левой подвздошной области, 2 – 12 мм.порта трансректально. Первым этапом выполняли лимфодиссекцию до уровня бифуркации общих подвздошных артерий. Вторым этапом выполняли цистэктомию, у мужчин в комплексе с мочевым пузырем удаляли предстательную железу и семенные пузырьки с протоками. У женщин радикальная цистэктомия включала удаление единым блоком комплекса тазовых органов, состоящего из мочевого пузыря, яичников, маточных труб, матки, уретры и передней стенки влагалища. Третьим этапом при помощи лапароскопических сшивающих аппаратов изолировали фрагмент подвздошной кишки на брыжейке, формировали анастомозы между мочеточниками и кондуитом на интубирующих дренажах, дистальный конец илеум –кондуита выводили на кожу живота. Результаты: Ни в одном наблюдении не потребовалось конверсии в открытое оперативное вмешательство. Средняя продолжительность операции составила 640 мин., объем кровопотери составил около 550 мл. В настоящее время у 1 пациента выявлено прогрессирование заболевания. Заключение: Лапароскопическая радикальная цистэктомия с интракорпоральным формированием илеум-кондуита является безопасным методом лечения рака мочевого пузыря и

предлагает все преимущества малоинвазивной хирургии – хорошую визуализацию оперативного поля, сниженную травматичность, раннюю активизацию больного.

546. Хирургическое лечение больных раком правой половины ободочной кишки с использованием роботизированного хирургического комплекса.

Гладышев Д.В.(1,2), Коваленко С.А. (1), Моисеев М.Е. (1), Гнедаш С.С. (1), Дзидзава И.И. (2), Шелегетов Д.С. (2).

Санкт-Петербург

1) СПб ГБУЗ Городская больница №40, Санкт-Петербург 2) Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

В настоящее время существует большое количество литературных данных, доказывающих, что лапароскопически-ассистированная колэктомия (ЛАК) имеет ряд преимуществ перед открытыми операциями, при соблюдении критериев онкологического радикализма. Данные ряда проведенных к настоящему времени клинических исследований, сообщают о сходных 3-х и 5-летней выживаемости между этими двумя подходами, что делает ЛАК привлекательной альтернативой традиционным открытым операциям. Несмотря на значительные успехи лапароскопических методов лечения рака толстой кишки, хирурги до сих пор сталкиваются с ограничениями свойственными традиционной лапароскопической технике. Роботизированная хирургия была придумана с целью преодоления ограничений свойственных традиционной лапароскопической технике. Однако, до сих пор, остается неясным вопрос будет ли робот-ассистированная колэктомия иметь существенные клинические преимущества по сравнению с лапароскопически-ассистированными вмешательствами в лечении рака толстой кишки. Целью данного исследования было проведение сравнительного анализа непосредственных результатов лапароскопических и робот-ассистированных операций у больных раком правой половины ободочной кишки выполненных в период с августа 2013 года по настоящее время в ГБ №40 г. Сестрорецк. Нами был проведен ретроспективный анализ непосредственных результатов лечения 50 больных раком правой половины ободочной кишки 24-м из которых была выполнена правосторонняя робот-ассистированная гемиколэктомия (РПК) и 26-ти лапароскопически-ассистированная правосторонняя гемиколэктомия (ЛПК). Эти две группы были сопоставимы по возрасту, распределению по полу, классу оценки физического статуса пациентов в соответствии с классификацией американского общества анестезиологов (ASA), ИМТ и наличию в анамнезе операций на органах брюшной полости. Большинство опухолей были локализованы в слепой и восходящей ободочной кишках, и их распределение существенно не отличалось между двумя группами. Продолжительность пребывания в стационаре была сходной в обеих группах и составляла от 5 до 15 дней. Количество удаленных лимфатических узлов ($13,4 \pm 0,7$ в роботической группе и $13,6 \pm 0,9$ в группе лапароскопических операций) были так же сходными в обеих группах. В проведенном нами исследовании время операции так же существенно не отличалось в обеих группах (средняя продолжительность была 176,4 и 163,1 мин. Соответственно). Объем интраоперационной кровопотери был меньше в группе роботических операций и составил в среднем $80,0 \pm 18,2$ мл, а в группе лапароскопических $114,2 \pm 37,2$ мл. Осложнения в группе РПК

были представлены в двух случаях несостоятельностью илеотрансверзоанастомоза и в одном случае гематомой забрюшинного пространства. В группе РПК не было интраоперационных осложнений, непосредственно связанных с работой роботизированной хирургической системы. В группе традиционных лапароскопически-ассистированных операций в одном случае имела место несостоятельность илеотрансверзоанастомоза, в одном случае внутрибрюшное кровотечение и в одном случае отек легких и тромбоэмболия легочной артерии. Все три осложнения в группе роботических операций и два в группе традиционных лапароскопических операций потребовали повторного оперативного вмешательства. Настоящее исследование показало, что РПК является эффективной и безопасной. Следует отметить, что в нашем исследовании не было выявлено существенной разницы в продолжительности оперативного вмешательства между двумя группами. Случаев конверсии в открытую операцию не было. Преимущества роботизированного хирургического комплекса, такие как: высокая четкость визуализации в формате 3D, значительные манипуляционные преимущества роботических инструментов, а также комфортное положение хирурга за консолью управления позволяют выполнять все манипуляции с большей долей безопасности и точности по сравнению с традиционной лапароскопической техникой. Так же робот-ассистированные операции являются более дорогостоящими и необходимо проведение медико-экономического анализа применения данного комплекса для лечения рака ободочной кишки с целью определения рентабельности его использования.

547.РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ОТДЕЛЕНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

Клевцевич А.В., Кильдяшов А.В., Калашников А.Л., Глуцкий С.А., Сторожилов В.А., Балалыкин А.С.

Краснознаменск

Филиал №4 ФГБУ «З ЦВКГ им. А.А.Вишневского» МО

Эндовидеохирургия в отделении неотложной хирургии госпиталя стала применяться с 1993г. В настоящее время эндовидеохирургией владеют все хирурги отделения. Нами изучен собственный тринадцатилетний опыт неотложной круглосуточной эндовидеохирургической помощи в госпитале. Цель исследования: проанализировать тринадцатилетний опыт использования эндовидеохирургии в оказании неотложной помощи больным и пострадавшим. Материал и методы. С помощью эндовидеотехники выполнено более 2563 неотложных операций при заболеваниях органов брюшной и грудной полости. В отделении выполнено 1148 лапароскопических и лапароскопически-ассистированных аппендэктомий, 850 лапароскопических холецистэктомий, 76 лапароскопическое ушивание при перфоративных язвах двенадцатиперстной кишки, 55 операций при спаечной кишечной непроходимости (лапароскопический адгезиолизис), более 100 РХПГ при резидуальном холедохолитиазе, механической желтухе, стриктуре БДС, 49 торакокопии при спонтанном пневмотораксе, свернувшемся гемотораксе, травмах. 27 лапароскопически ассистированные гастростомии, колостомии. Выполнено 21 лапароскопически ассистированных резекций толстой кишки, из них 8 лапароскопически ассистированных правосторонних гемиколэктомий, 7 резекций сигмовидной кишки, 2 лапароскопических передних резекций прямой кишки, 4 лапароскопически-

ассистированных восстановлений непрерывности желудочно-кишечного тракта после операции Гартмана. Выполнено более 60 диагностических лапароскопий при травмах брюшной полости. Выполнено 109 ревидеолапароскопий: запрограммированных и по поводу развившихся осложнений. При грыжах пищеводного отверстия диафрагмы выполняется лапароскопическая фундопликация по Nissen, выполнено 7 операций. С 2010 г. в госпитале при паховых грыжах выполняется лапароскопическая герниопластика (56 случаев). Выполнено в 5 случаях лапароскопическая спленэктомия. В отделении удалось добиться 96% выполнения аппендэктомии лапароскопическим методом, при 4,5% осложнений; 97% выполнена лапароскопической холецистэктомии при 2,5% осложнений; 99% лапароскопического ушивания перфоративных язв при 3% осложнений. В малоинвазивной хирургии толстой кишки все операции начаты и завершены лапароскопически-ассистированным методом. У одного пациента отмечена несостоятельность анастомоза (при правосторонней гемиколэктомии) у пациента грубо нарушившего диету в раннем послеоперационном периоде. При лапароскопических герниопластиках интраоперационных осложнений не было, однако отмечены 3 случая рецидива паховой грыжи в послеоперационном периоде от 1 года до 2,5 лет после операции. Выводы: преимущества малоинвазивных методов наглядны и неоспоримы. Данные методы позволяют активизировать больных в ранние сроки, уменьшить болевой синдром, сократить частоту послеоперационных осложнений, средний койко-день пребывания больного в стационаре. Необходимо и целесообразно в отделениях оказывающих неотложную хирургическую помощь использовать эндовидеохирургические методики круглосуточно. Реализация данной проблемы должна проводиться путем организационных мероприятий и обучением большего количества хирургов данным методикам оперирования.

548.Интраоперационная местная анестезия для профилактики болевого синдрома после лапароскопической холецистэктомии

Фейдоров И.Ю.(1,2), Хатьков И.Е.(1,2), Домрачев С.А.(1)

Москва

1 ГБУЗ Московский Клинический Научно-Практический Центр ДЗМ 2 ГОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова.

Не секрет, что лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) является методом выбора в лечении хронического калькулезного холецистита. Несмотря на то, что в настоящий момент малоинвазивная хирургия широко внедрена в рутинную клиническую практику, непрерывно происходит совершенствование уже хорошо известных технологий, все чаще направленное на минимизацию хирургической травмы, ускорение реабилитации и уменьшение послеоперационной боли. Задачей представленного исследования являлась оценка влияния интраоперационной местной анестезии (ИМА) 1% раствором ропивакаина на течение раннего послеоперационного периода. Материал и методы. Исследовано 104 случая оперативного лечения в объеме ЛХЭ по стандартной методике. Все пациенты были разделены на 2 группы (Г1,Г2)). В Г1 было включено 48 пациентов, оперированных с применением ИМА 1% раствором ропивакаина. В Г2 56 пациентов, оперированных без применения ИМА. Распределение в группы

проходило методом рандомизации. ИМА проводили по схеме: перед кожными разрезами в точки троакарных доступов вводили местный анестетик ропивакаин 10 мг/мл (1%) в количестве 20 мл по 6 мл и 4 мл на точки доступа под троакары 10 мм и 5 мм соответственно, инфильтрируя мышцы, апоневроз, предбрюшинный жир. По окончании операции ЛХЭ в брюшную полость в область правого купола диафрагмы при помощи лапароскопического аспиратора-ирригатора диаметром 5 мм распыляли 10 мл 1% раствора ропивакаина. Оценку выраженности болевого синдрома в послеоперационном периоде проводили при помощи специальной анкеты, разработанной на основе визуальной аналогово-рейтинговой шкалы (ВАШ), через 2,4,8,24,48 и 72 часа после операции. Полученные данные подвергались вариационно-статистической обработке в соответствии с общепринятыми методами. Результаты. В раннем послеоперационном периоде уровень послеоперационной боли в Г1 был значительно ниже чем в Г2 (р

549. Наш опыт применения лапароскопической холецистэктомии в отделении неотложной хирургии.

Клевцевич А.В., Кильдяшов А.В., Калашников А.Л., Глуцкий С.А., Сторожилов В.А., Чурсин В.В.

Краснознаменск Московской области

Филиал №4 ФГБУ «З ЦВКГ им. А.А.Вишневского» МО

Изучен шестнадцатилетний опыт использования лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) в отделении неотложной хирургии в военном госпитале. Произведена оценка причин конверсии (перехода на традиционную холецистэктомию), длительности стационарного лечения, развившихся осложнений. Цель исследования: Оценить шестнадцатилетний опыт применения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) в отделении неотложной хирургии в военном госпитале. Материал и методы: За период с 1997 года по настоящее время в отделении неотложной хирургии госпиталя выполнены 793 лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ). Это составило 92,7% от всех холецистэктомий, в том числе случаев перехода на традиционную холецистэктомию 26 случаев, что составило 3,0% от всех выполненных в отделении холецистэктомии. Основанием для отказа от лапароскопического способа выполнения вмешательства мы считали: острые формы деструктивного холецистита с развитием плотного перивезикального инфильтрата, при котором дифференцировать анатомические структуры лапароскопическим способом не представлялось возможным, выраженный спаечный процесс в подпеченочном пространстве после перенесенных операций в верхнем этаже брюшной полости, при разделении которых также отдифференцировать анатомические структуры не представлялось возможным, гемотампонада желчного пузыря на фоне передозировки не прямых антикоагулянтов, а также сопутствующие заболевания дыхательной и сердечно-сосудистой систем в стадии декомпенсации. Из 793 операций 487 (61,4%) выполнены по поводу острого холецистита, в 292 (36,8%) случае операции производились по поводу хронического калькулезного холецистита, у 3 (0,4%) по поводу хронического бескаменного холецистита и у 11 (1,4%) по поводу полипов желчного пузыря. Тяжелые интраоперационные осложнения возникли у 3 (0,4%) пациентов. У всех пациентов повреждение желчевыводящих путей, которое произошло как при острых, так и при хронических формах воспаления желчного пузыря. У 2 пациентов – краевое

повреждение холедоха, возникшее при разделении плотного перивезикального инфильтрата. У 1 пациента краевое повреждение замечено во время операции – выполнено ушивание дефекта холедоха и наружное дренирование желчевыводящих путей, санация и дренирование брюшной полости во время лапаротомии. Течение послеоперационного периода обычное. Во 2 случае на 2-е сутки после операции развилась клиника желчного перитонита, краевое повреждение холедоха выявлено при ревидеолапароскопии, к месту повреждения был установлен дренаж, выполнена санация и дренирование брюшной полости, наружный желчный свищ самостоятельно закрылся на 12-е сутки после операции, пациентка была выписана из стационара в удовлетворительном состоянии. В 1 случае – операция по поводу острого калькулезного холецистита, произошло полное пересечение общего желчного протока, наложен билиодигестивный анастомоз. Кровотечения различной степени интенсивности возникли у 10 (1,3%) больных. Интенсивное кровотечение из ложа желчного пузыря, пузырной артерии и ее ветвей развилось в 3 случаях. Во всех случаях выполнена конверсия на лапаротомию (кровотечение из пузырной артерии – 2, кровотечение из ложа желчного пузыря - 1). Течение послеоперационного периода у всех пациентов обычное. В 2-х (0,2%) случаях у пациентов после выполненной ЛХЭ по поводу острого деструктивного холецистита в послеоперационном периоде развивалась клиника подпеченочных абсцессов. Выполнялась лапаротомия в правом подреберье и дренирование абсцессов. В 2-х (0,2%) случаях у пациентов после выполненной ЛХЭ по поводу острого деструктивного холецистита в раннем послеоперационном периоде развивалась клиника желчного перитонита. В 1 случае из-за миграции дренажа по Пиковскому-Холстеду из желчевыводящих путей в свободную брюшную полость. В данном случае была выполнена лапаротомия в правом подреберье, санация и дренирование брюшной полости, дренирование желчевыводящих путей по Керу. В другом случае после ЛХЭ причиной развившейся клиники желчного перитонита явилась несостоятельность клипс на культе пузырного протока. Так как данное осложнение было выявлено в течение 1-х суток от момента выполненной ЛХЭ, при ревидеолапароскопии было выполнено повторное клипирование культи пузырного протока, санация и дренирование брюшной полости. Нагноение троакарной раны отмечено в 5-и (0,6%) наблюдениях. Летальных исходов в послеоперационном периоде не было. Во всех случаях после выполненных ЛХЭ отмечена ранняя активизация больных, значительно меньший расход медикаментов. Среднее время нахождения больных после выполнения лапароскопической холецистэктомии составило 5,9 дня.

550.ВОЗМОЖНОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДИК В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ.

Пучков К.В.(1), Пучков Д.К.(2)

Москва, Рязань

1) Швейцарская университетская клиника, Москва 2) ГБОУ ВПО РязГМУ им акад. И. П. Павлова, кафедра хирургии с курсом эндохирургии ФДПО, Рязань

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЦЭ) является «золотым» стандартом лечения желчного пузыря у пациентов всех возрастов. В настоящее время все большее число хирургов используют

новые методики выполнения холецистэктомии – минилапароскопическая (М-ЛХЦЭ), через единый лапароскопический доступ (ЕЛД) и гибридная минилапароскопически-ассистированная холецистэктомия (ГМ-ЛАХ). Несмотря на явные положительные стороны от включения выше указанных методик в ежедневную практику хирурга, число выполняемых «современных» операций в настоящий момент остается крайне низким, что связано с несколькими причинами: необоснованное преувеличение интраоперационных рисков при выборе метода оперативного вмешательства, склонностью хирургов к выполнению более «привычного» и простого оперативного лечения. С 2010 года по 2014 год нами проведено проспективное исследование, включившее 517 лапароскопических холецистэктомий. Все пациенты были разделены на 4 группы. Первая группа (группа А) включала 147 пациентов, которым выполнена традиционная ЛХЦЭ, вторая группа (группа В) включала 138 пациентов, которым выполнена М-ЛХЦЭ, третья группа (группа С) включала 126 пациентов, которым выполнена ЕЛД - ХЭ и четвертая группа (группа Д) - 106 пациенток, которым выполнена ГМ-ЛАХ. Усредненное значение индекса массы тела в группе А составило 30,2 кг/м², в группе В 28,4кг/м², в группе С – 24,7 кг/м² и в группе Д – 27,1 кг/м². Число пациентов с хроническим калькулезным холециститом составило 125 (85%) человек в группе А, 118 (85,5%) - в группе В, 112 (88,8%) – в группе С и 96 (90,5%) человек в группе Д. Кроме того, лапароскопические операции по удалению ЖП выполнялись при бессимптомном камненосительстве (3,4%) и полипах ЖП (9,2%). В качестве критериев оценки эффективности операций мы брали: величина интраоперационной кровопотери, общее время операции, количество осложнений, интра- и послеоперационных, оценка интенсивности боли, используя визуально аналоговую шкалу (NRS), косметический эффект. Результаты Все 517 операций были выполнены успешно. Величина интраоперационной кровопотери в исследуемых группах не превышала 25 мл. Продолжительность оперативного вмешательства составила в группе А – 37,5 минуты, в группе В – 38,7 минуты, группе С – 39,1 минут и в группе Д – 41,7 минуту. Оценка болевого синдрома проводилась с помощью цифровой оценочной шкалы (NRS) через 2, 4, 6, 12, 24, 48 и 72 часа после операции, до приема анальгетиков. Пациенты, перенесшие традиционную ЛХЦЭ имели максимально высокие показатели среди исследуемых групп – до 2,8. Пациенты групп В, С и Д имели практически схожие значения уровня послеоперационной боли, однако особого внимания заслуживает группа Д, в которой уровень боли был минимален. Длительность приема обезболивающих препаратов варьировала от 1 до 7 дней. Для оценки косметического эффекта после операции и степенью удовлетворенности собственным телом, через 2 недели после операции пациенты заполняли специальные анкеты – оценка удовлетворенностью своим телом после операции (Body Image Questionnaire (BIQ)) и удовлетворенность послеоперационным рубцом (Cosmetic Questionnaire). Результаты показывают, что максимальный косметический результат был достигнут в группе Д - 97 пациенток (91,5%) находили состояние своего тела «идеальным». Вывод Полученные результаты свидетельствуют, что современные малоинвазивные методы лечения ЖКБ, применяемые по строгим показаниям, имеют значительные преимущества в сравнении с традиционной ЛХЦЭ.

551.Результаты применения видеоассистированной аппендэктомии (тринадцатилетний опыт).

Клевцевич А.В., Кильдяшов А.В., Калашников А.Л., Глуцкий С.А., Чурсин В.В., Балалыкин А.С.

Краснознаменск Московской области

Филиал №4 ФГБУ «З ЦВКГ им. А.А.Вишневского» МО

Изучен тринадцатилетний опыт использования видеоассистированной (комбинированной) аппендэктомии в военном госпитале. Произведена оценка продолжительности операции, длительности стационарного лечения, развившихся осложнений, на материале 1048 больных острым и хроническим аппендицитом. Ряд хирургов отдают предпочтение видеоассистированной аппендэктомии из-за простоты ее выполнения и возможности перитонизации культи отростка. Данная операция объединяет в себе положительные стороны традиционной и лапароскопической аппендэктомии [2], что особенно важно в наших экономических условиях. Цель исследования: Оценить тринадцатилетний опыт применения видеоассистированной (комбинированной) аппендэктомии. За период с 1999 по 2011 годы комбинированным методом оперировано 1048 пациентов с острым и хроническим аппендицитом. Из них 345 больным после мобилизации червеобразного отростка экстраабдоминально накладывались кيسетный и Z-образный швы, а 703 - использовали экстраабдоминальное наложение двух лигатур. У 45 пациентов ранее выполнялась срединная лапаротомия, в 37 наблюдениях имелась перфорация червеобразного отростка и 28 пациентов имели ожирение IV степени. Расположение первого троакара было над пупком, второго на середине расстояния между пупком и лоном. Третий троакар устанавливался под контролем лапароскопа в правой подвздошной области непосредственно над куполом слепой кишки после визуализации червеобразного отростка с целью сокращения расстояния между основанием отростка и передней брюшной стенкой. Комбинированная аппендэктомия производилась при любой форме воспаления червеобразного отростка, его расположении, включая атипичное, осложнениях заболевания перитонитом, с учетом явных противопоказаний. Результаты Длительность комбинированной аппендэктомий при катаральном воспалении червеобразного отростка в среднем составила - $35\pm 3,3$ мин (р

552.РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ ПРИ СРЕДНЕАМПУЛЯРНОМ РЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Пучков К.В.(1), Хубезов Д.А.(2), Пучков Д.К.(2)

Москва, Рязань

1) Швейцарская университетская клиника, Москва 2) ГБОУ ВПО РязГМУ им акад. И. П. Павлова, кафедра хирургии с курсом эндохирургии ФДПО, Рязань

Актуальность. Тотальная мезоректумэктомия является золотым стандартом хирургического лечения средне- и нижеампулярного рака прямой кишки. Лапароскопический доступ обладает бесспорным преимуществом перед открытым из-за более комфортного протекания послеоперационного периода. Однако многочисленные недостатки лапароскопической технологии часто способствуют отказу многих хирургов от данного доступа. Материалы и методы. С января 1999 по июнь 2015 г.г. выполнено 212 лапароскопических ТМЭ пациентам, страдающим раком среднеампулярного отдела прямой кишки в возрасте от 25 до 82 лет, которым выполнялась

ТМЭ на базе Швейцарской университетской клиники и ГБУ РО «ОКБ». В ходе работы было проведено исследование. Основная группа включила 110 пациентов, которым операция выполнялась лапароскопическим доступом. Остальные (102 пациента), которым вмешательство выполнялось открытым доступом - группа сравнения. Подавляющее количество пациентов в обеих группах страдали 2 или 3 стадией рака прямой кишки. Поражение лимфоузлов отмечено в 27,9 % в основной группе и 28,6 % - в группе сравнения. У 30 пациентов основной группы и 34 группы сравнения ТМЭ была дополнена аортоподвздошнотазовой лимфодиссекцией. К клинически узкому тазу относили коэффициент менее 0,75 (отношение поперечного размера входа в таз к внутренней длине крестца). Узкий и глубокий таз отмечен у 17 пациентов основной группы и у 21 из группы сравнения. Во всех случаях это были мужчины, преимущественно гиперстенического телосложения. Всем пациентам формировались бистеплерные анастомозы сшивающими аппаратами. Результаты. Благодаря стандартизации техники лапароскопической ТМЭ, удалось добиться идентичности продолжительности вмешательства. Все выделение мезоректума осуществляется поступательно спиралеобразно и образно напоминает в лучшем случае 2 витка спирали. При определенных технических сложностях (узкий таз, местно-распространенная опухоль и др.) – 3 витка, либо приходится выделять по небольшим участкам с различных сторон. Такая техника ТМЕ (2 витка спирали) позволяет избежать частой смены направлений тракций ассистентов и постоянной смены экспозиции. Кроме того, данная методика позволила даже снизить частоту интраоперационных осложнений. Говоря о радикальности операций, следует отметить, что лапароскопический доступ не уступает традиционному в радикальности. Число рецидивов в основной группе удалось снизить на 4,3%. 3-х летние результаты говорят об идентичности обоих доступов в плане радикальности. Достоверно часто удавалось сохранить фасцию лапароскопическим доступом в результате прецизионности техники. Результаты показывают, что делать вывод в пользу открытого доступа при узком тазе нельзя, так как существенные проблемы возникают также часто и при открытом доступе.

553.Эндоскопическая хирургия обструкций желчевыводящей системы.

Балалыкин А.С., Клевцевич А.В., Кильдяшов А.В., Калашников А.Л., Глуцкий С.А., Сторожилов В.А., Чурсин В.В.

Краснознаменск, Московская область

Филиал №4 ФГБУ "ЗЦВКГ им.А.А.Вишневского" МО РФ

Одной из актуальнейших проблем современной хирургии является диагностика и лечение острых обструкций желчевыводящей системы и их осложнений, вызванными доброкачественными и злокачественными заболеваниями. Представляет несомненный интерес роль и место современных чреспапиллярных эндоскопических эндоскопических операций в решении этой серьезной проблемы неотложной хирургии. Материалы и методы. Анализу подвергнут клинический материал чреспапиллярных операций (ЧПО)по восстановлению естественного желчеотделения у 140 пациентов в 2006- 2013 гг. с доброкачественными (53 или 38 %) и злокачественными (87 или 62 %) заболеваниями, вызвавшими обструкцию терминального отдела общего желчного протока (ТОХ) и осложнения (механическая желтуха, холонгит). Из

доброкачественных заболеваний это были холедохолитиаз (58,5%), стриктуры желчных протоков (19%), хронический панкреатит (15%) и доброкачественные новообразования большого дуоденального сосочка (БДС) (75%), а злокачественных – рак поджелудочной железы (50,6%), рак БДС (19,5%) и др. Для восстановления естественного пассажа в 12 перстную кишку предпринимались современные эндоскопические операции, целью которых были диагностика причин обструкции гепатико холедоха (ГХ) и выполнении комплекса операций по восстановлению естественного желчеотделения: эндоскопическая попилотомия (ЭПТ)- 100, механическая экстракция камней и механическая литотрипсия- 43, назобилиарное дренирование (НБД)- 52, стентирование пластиковыми стентами (ПС)- 64, и стентирование саморасширяющимися стентами (СМС)- 38. Накопленный опыт позволил сделать ряд выводов. Методом восстановления естественного желчеоттока при холедохолитиазе является операция ЭПТ, дополненная МЭК и МЛТ при крупных камнях и узком ТОХ, и НБД- при гнойном холангите. Эффективность комплексного применения ЧПО при ХЛ составила 87%. При неудачах устранения ХЛ методом выбора является установка НБД, лучше в сочетании с ПС, обеспечивающих протекторную функцию (профилактика вклинения камней) , наружно- внутреннее дренирование желчевыводящей системы и профилактику и лечение гнойного холангита. Тактика дальнейшего лечения - либо повторение эндоскопических операций при наличии опыта и соответствующих инструментов, либо хирургическая операция. Стриктуры ГХ- наиболее сложная и нерешенная проблема для эндоскопической коррекции. Расширение просвета ГХ удается тем сложнее технически, чем выше стриктура, операция требует одноразовых дорогостоящих инструментов, а эффект от различных способов дилатации является временным. Методом эндохирургического лечения стриктур являлось стентирование ПС, а в XXI веке – СМС как более эффективная операция с меньшим числом осложнений и лучшими отдаленными результатами. Неудачи применения ПС при стриктурах составляют 23 %, а СМС 11 %. Злокачественные новообразования – главный объект эндоскопической чрезпапиллярной хирургии, обусловленный широкими перспективами применением ПС и, особенно, СМС, при которых они приобретают значение как окончательный самостоятельный метод лечения, альтернативный хирургическому методу у целого ряда больных. Перспективность уже сформировавшегося в эндоскопии направления- стентирования желчных протоков ПС и СМС- доказана хорошими результатами, особенно при опухолях, достигающих 83%, небольшим (9%) числом осложнений и возможностью проведения операций в амбулаторных условиях. Резюме. Современная чрезпапиллярная эндоскопическая хирургия имеет широкий спектр операций (ЭПТ, НБД, пластиковые и металлические само расширяющиеся стенты) для восстановления естественного желчеотделения при доброкачественных и злокачественных заболеваниях панкреатобилиарной системы. Эндоскопические операции могут проводится в амбулаторных условиях. Недостатками эндохирургии является дороговизна инструментов и, естественно, операций, и необходимость замены стентов.

554. Неотложная абдоминальная лапароскопическая хирургия: 10-летний опыт одного центра.

Сажин А.В.(1), Мосин С.В.(1,2), Дзусов М.А.(1), Макарова О.К.(1), Мирзоян А.Т.(1), Лайпанов Б.К.(1)

Москва

1) ГБОУ ВПО Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет им. Н.И. Пирогова; 2) ГБУЗ Московский Клинический Научный Центр ДЗМ

В настоящее время более 70% хирургических операций в общехирургических стационарах составляют пациенты с неотложными хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Наблюдается тенденция к увеличению количества лапароскопических операций в экстренной хирургии, что требует оценки приемлемой «доли» внедрения лапароскопических операций при различных нозологиях, снижения риска осложнений и разработки учебных программ, для применения в условиях центров симуляционного обучения, в целях оптимизации обучения хирургов новым технологиям. Цель исследования: Проведен анализ оперативного лечения неотложных абдоминальных заболеваний за 10 лет в хирургической клинике, в том числе за последние 5 лет после выхода хирургов «на плато обучения» в условиях предшествующего обучения хирургов на рабочем месте. Материалы и методы. Все данные были разделены нами на две группы: контрольная группа - первые 5 лет (2004 - 2008гг), и основная группа - вторые 5 лет (2009 - 2013 гг). Основным отличием между группами, которые были сравнимы между собой по полу, возрасту и сопутствующей патологии, являлись опыт хирургов в технике лапароскопических операций. За первые 5 лет хирурги выходили на "плато обучения", выполняя в год менее 50 лапароскопических операций в неотложной хирургии на каждого. 2009 год мы считали моментом выхода хирургов "на плато обучения" по неотложной лапароскопической хирургии, так как суммарное количество лапароскопических операций по стационару в неотложной лапароскопической хирургии составило 50 и более на каждого хирурга в год. Обучение хирургов в контрольной группе мануальным навыкам в неотложной лапароскопической хирургии проходило вне условий центров симуляционного обучения, которых фактически не было в нашей стране в указанный период времени. К моменту выхода хирургов "на плато обучения", необходимый опыт был приобретён ими "на рабочем месте". Из полученных нами данных известно, что за период с 2003 г. по 2013 г. отмечается тенденция в росте применения лапароскопических операций в неотложной абдоминальной хирургии. Острый холецистит: доля лапароскопических операций выросла с 34% до 97,7% ($p < 0.05$), преимущественно за счёт отказа от операции при катаральной форме аппендицита, а так же за счёт применения диагностической лапароскопии. Язвенная болезнь желудка и 12п.к. (прободные язвы): доля лапароскопических операций выросла с 0% до 77% , количество операций достоверно меньше ($p < 0.05$), в первую очередь – за счёт применения диагностической лапароскопии и методов неинвазивной цифровой визуализации. Диагностические операции при подозрении на острые хирургические заболевания: Процент лапароскопических операций вырос с 71,7% до 83% ($p > 0.05$). Общее число диагностических операций достоверно уменьшилось с 290 (2003 год) до 135 (2013, $p < 0,05$), значительно различаясь по нозологиям. Например, частота конверсий в подгруппе острой кишечной непроходимости составила 33% в контрольной подгруппе, и 12% - в основной; при остром аппендиците - соответственно 12% и 3% ($p < 0,05$). Был проведён анализ послеоперационных осложнений, связанных с хирургической техникой (III-IV категории по классификации Clavien-Dindo). Выявлено, что частота осложнений в контрольной группе общая частота осложнений была достоверно выше, чем в основной группе (14,7% против 4,6%, $p < 0,05$). По некоторым нозологическим формам, меньше была летальность (для острой тонкокишечной непроходимости – уменьшение с 10,5% до 4,1%, $p < 0,05$). При этом, количество пациентов, требующих выполнения неотложных операций, во вторые 5 лет было достоверно меньше ($p < 0,05$) в подгруппах острого панкреатита, острого аппендицита, перфоративной язвы и острой кишечной непроходимости. Это связано, с первую очередь, с улучшением визуализирующих методик (применение компьютерной томографии в алгоритме предоперационного обследования), с применением новых методов

интенсивной терапии (например, экстракорпоральная детоксикация) и с некоторым изменением структуры заболеваемости и госпитализации, в связи с чем уменьшилось общее количество операций. В современных условиях, в рамках планируемых новых образовательных стандартов, требуется разработка программы обучения хирургов требуемым мануальным навыкам не только по "узким направлениям" плановой хирургии, но и по неотложным лапароскопическим вмешательствам. В связи с этим, в рамках разработанного нашей кафедрой курса по неотложной лапароскопической хирургии (72 часа), совместно с Учебным Центром Инновационных Медицинских Технологий (УЦИМТ) РНИМУ им. Н.И. Пирогова, нами были предложены адаптированная программа тематического усовершенствования по применению малоинвазивных технологий в неотложной абдоминальной хирургии, включающая в себя теоретический курс, просмотр учебных фильмов, а так же отработку мануальных навыков. Кроме стандартных упражнений на лапароскопических симуляторах и коробочных тренажерах, мы разработали три биологические модели для выполнения типичных неотложных хирургических операций - лапароскопическая аппендэктомия, ушивание перфоративной язвы и наложение межкишечного анастомоза (модель тонкокишечной непроходимости). Заключение: Видеолапароскопия является безопасным, высокоэффективным, малотравматичным способом хирургического лечения неотложных абдоминальных заболеваний. Она способствует уменьшению частоты послеоперационных осложнений и летальности. Вопрос стандартизации лечебно-диагностических алгоритмов и учебных программ для хирургов по использованию лапароскопических технологий в неотложной абдоминальной хирургии на сегодняшний день остается актуальным, что объясняется прямой зависимостью исходов и длительности лечения от правильно выбранной тактики и навыков в лапароскопических технологиях у хирурга.

555. Факторы риска развития ИОХВ при остром аппендиците

Петрова К.В. (2), Алексеев А.М. (1), Баранов А.И. (1), Фаев А.А. (3)

Новокузнецк

1) ГБОУ ДПО НГИУВ Минздравсоцразвития России, 2) МБЛПУ ГКБ №1, 3) МБЛПУ ГКБ №29

Актуальность: Раневая инфекция составляет 15,8 – 25% от всех нозокомиальных инфекций, являясь одной из наиболее частых осложнений среди всех послеоперационных осложнений. Частота развития инфекций в области хирургического вмешательства (ИОХВ) составляет: при «чистых» ранах 1,5 – 6,9%, «условно чистых» 7,8 – 11,7%, «загрязненных» 12,9 – 17%, «грязных» 10-40%. (Хирургические инфекции кожи и мягких тканей: Российские национальные рекомендации Савельев В.С. 2009 год) . Больше количество ИОХВ наблюдается в абдоминальной хирургии. Нагноение ран после аппендэктомии развивается в 13,1% (Каншин Н.Н. 2003 год). Цель исследования: оценить значимость факторов риска развития ИОХВ у больных с острым аппендицитом оперированных на базе МБЛПУ «ГКБ №1» города Новокузнецка с 2010 по 2014 гг. Материалы и методы: За пять лет, с 2010 по 2014 г.г. в МБЛПУ ГКБ№1 города Новокузнецка с диагнозом острый аппендицит прооперировано 994 пациента. Из всех выполненных оперативных вмешательств катаральная форма острого аппендицита составила 3,9%, флегмонозная форма – 73%, гангренозной формы – 19,1%. Среди них женщин было 483 (48,6%), мужчин — 511 (51,4%).

Средний возраст $53,2 \pm 13,6$ лет. ИМТ пациентов составлял от 15,1 до 41. Средний ИМТ $21,8 \pm 5,4$. Наиболее часто при остром аппендиците использовался лапароскопический доступ 64,4%, доступ Волковича-Дьяконова 24,4%, лапаротомный доступ 4,1%, видеоассистированные операции 7,1%. Среднее время операции составило $78,5 \pm 32,3$ минут. Средний койко-день $12,6 \pm 9,6$ дней. В ходе анализа выявлено 362 (36,4%) осложнения: инфильтрат - 82 (22,6%), местный перитонит 84 (23,2%), диффузный перитонит 66 (6,7%), перфорация червеобразного отростка 74 (20,4%) и другие осложнения 56 (27,1%). Интраоперационная антибиотикопрофилактика проводилась у 924 пациента (92,96%). Больным с гангренозной и осложненной флегмонозной формами острого аппендицита проводилась антибактериальная терапия. Результаты: Послеоперационные осложнения развились в 82 случаях (8,2%). При этом осложнения со стороны послеоперационной раны выявлены в 39 случаях (47,5%). Поверхностная инфекция развилась в 22 случаях (56,4%), глубокая ИОХВ – в 13 случаях (33,3), инфекция полости/органа в 4 случаях (10,3%). ИОХВ развилось на $6,5 \pm 4,7$ день послеоперационного периода. ИОХВ развилось у больных с гангренозной формой аппендицита 27 (69,2%), осложненной флегмонозной формой 12 (30,8%). ИОХВ у пациентов с катаральной формой аппендицита не выявлено. Средний койко-день составил $18,7 \pm 8,3$. ИОХВ при лапароскопический аппендэктомии выявлено у 7 (17,9%), при доступе Волковича-Дьяконова 17 (43,5%), при лапаротомии 15 (38,6%). У 21 (53,8%) больного ИОХВ развилось на фоне сопутствующей патологии. При ASA 2 – 16 случаев (76,2%), при ASA 3 – 5 случаев (23,8%). Среднее время оперативного вмешательства у пациентов с ИОХВ составило $120,8 \pm 31,5$ мин. В 7 случаях (17,9%) развившихся ИОХВ операция сопровождалась осложнениями (выраженный спаечный процесс, кровотечение, нарушение целостности контейнера). Всем больным с ИОХВ проводилась антибиотикопрофилактика. Во время операции дренирование 35 пациентам (89,7%), тампонирование в 3 случаях (7,7%). Антибактериальная терапия 37 больным 94,8%. Выводы: 1. Частота ИОХВ у больных прооперированных по поводу острого аппендицита составляет 8,2% 2. Большинство случаев ИОХВ (69,2%) выявлено у пациентов с гангренозной формой острого аппендицита.

556. Особенности лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) при использовании лапароскопических методик.

Пучков К.В.(1), Пучков Д.К.(2)

Москва, Рязань

1) Центр клинической и экспериментальной хирургии, Москва 2) ГБУ РО "Областная клиническая больница", Рязань

Актуальность. Выполнение минимально инвазивных антирефлюксных операций в настоящий момент является наиболее предпочтительным подходом в лечении пациентов, страдающих ГПОД и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Несмотря на ряд определенных недостатков, наиболее распространенным видом антирефлюксной операции в настоящее время остается лапароскопическая фундопликация (ЛФ) по Ниссону. Цель: оценить эффективность применения различных методик при выполнении лапароскопических антирефлюксных операций. Материалы и методы. За период времени с 1996 по 2014 годы выполнено 597 лапароскопических

антирефлюксных операций. Структура оперативных вмешательств: в 38 случаях выполнена ЛФ по Ниссону, в 57-х случаях – задняя парциальная фундопликация по Тупе и в 502 случаях, то есть превалирующая часть, двухсторонняя ЛФ по Тупе. Все пациенты в предоперационном периоде прошли обязательное обследование, включающее: ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ФЭГДС с биопсией слизистой оболочки пищевода, рентгенологическое исследование пищевода и желудка, суточный рН-мониторинг. Все операции были выполнены одним хирургом. Результаты. Имели место несколько интраоперационных осложнений: в 3-х случаях повреждение капсулы селезенки (гемостаз выполнен с помощью коагуляции в режиме «спрей» или использованием различных видов гемостатиков, в одном случае – разрыв селезенки (гистологическое заключение - лимфома), что потребовало выполнение симультанной спленэктомия, в одном случае - перфорация пищевода. При выполнении ЛФ в 5 случаях отменно развитие пневмоторакса (4 случая – повреждение плевры при выделении пищевода, в случае имело место разрыв буллы легкого). Осложнения наступили на моменте освоения методики. Не было ни одной конверсии на открытую операцию. В 46% случаев (275 операций) выполнялись симультанные оперативные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза – желчекаменная болезнь, гинекологические и урологические заболевания. Среднее время оперативного вмешательства в настоящее время не превышает 40 минут. В раннем послеоперационном периоде отмечена дисфагия у 25% пациентов, которым выполнена ЛФ по Ниссону, у 12% пациентов после парциальной ЛФ по Тупе и у 5% пациентов после двухсторонней ЛФ по Тупе. Выводы. Пациенты для оперативного вмешательства отбираются только по строгим показаниям (выраженная клиническая картина, наличие эзофэгита и отсутствие эффекта от консервативной терапии). Операция Touret является более сложной в техническом исполнении, но сопровождается меньшим количеством осложнений и негативных проявлений в послеоперационном периоде, что значительно улучшает качество жизни пациента.

557. Применение эндоскопического комбинированного гемостаза при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта доброкачественного генеза

Иманалиев М.Р. (1), Абдулжалилов М.К.(1), Хандулаев Ш.М.(1), Мусаев М.С.(2), Хидерлезев С.Н.(2)

Махачкала

(1) ГБУ ВПО «ДГМА», (2) ГБУ «РБ№2-ЦСЭМП»

Актуальность. Наши наблюдения и результаты исследования других коллег свидетельствуют о том, что за последние годы отсутствует какая-либо тенденция к снижению число пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями, в т.ч. и гастродуоденальными кровотечениями различной этиологии. Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 164 пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями в ГБУ «РБ№2 ЦСЭМП» в возрасте от 35 до 75 лет. Среди них мужчин было 108 (65,9%), женщин – 36(34,1%). Для диагностики источника кровотечения и его состояния всем пациентам выполняли экстренную ФГДС. Среди них пациенты с кровотечением язвенной этиологии составили 145(88,4%), с синдромом Меллори-Вейса-19(11,6%). При этом установлено, что по классификации пациенты с F1-A составили 24(14,6%) пациента, F1B-58(35,4%), F2A-16(9,8%), F2B-32(19,5), F2C – 25(15,2%), F3-17(10,4%). Для окончательной остановки

кровотечения применяли комбинированный гемостаз: инфильтрация слизистой вокруг источника кровотечения раствором адреналина + аргоноплазменная коагуляция и гидроэлектрокоагуляция. В послеоперационном периоде проводили консервативное лечение в соответствии с требованиями национальных клинических рекомендаций. Результаты. У пациентов с источником кровотечения по F-1A было 2 (8,3%) рецидива кровотечения, F-1B 4 (6,9%) случая рецидива кровотечения, а у остальных пациентов гемостаз был устойчивым, несмотря на то, что они были госпитализированы в клинику с большой кровопотерей и анемией тяжелой степени. Среди пролеченных ни одному пациенту не было выполнено открытое оперативное вмешательство. Летальных исходов также не было. Вывод. Комбинированный эндоскопический гемостаз является высокоэффективным и безопасным методом окончательной остановки гастродуоденального кровотечения, что позволяет его использовать во всех хирургических отделениях, где налажена эндоскопическая служба.

558. Применение малоинвазивных методик при лечении перфоративных язв двенадцатиперстной кишки.

Клевцевич А.В., Кильдяшов А.В., Калашников А.Л., Глуцкий С.А., Сторожилов В.А., Чурсин В.В.

Краснознаменск, Московская область

Филиал №4 ФГБУ "ЗЦВКГ им.А.А.Вишневского" МО РФ

Заболеваемость язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки у взрослого населения составляет 2-25%. У 4,5-17% пациентов течение болезни осложняется перфорацией. Цель. Оценить собственный опыт малоинвазивного лечения язвы 12-перстной кишки, осложненной перфорацией. Проанализированы результаты эндохирургического лечения 76 больных с перфоративными язвами 12-перстной кишки за период с 2000г по 2015 годы. Средний возраст пациентов $36,9 \pm 2,5$ года., мужчин – 100 (%), женщин – 0(%). Время от перфорации до поступления в стационар колебалось от 55 минут до 3,7 суток (среднее 3,4 часа). Операцией выбора при перфоративных пилородуоденальных язвах, без сопутствующих осложнений язвенной болезни (стеноз, кровотечение, пенетрация), являлось ушивание перфорации, предпочтение отдавали лапароскопическому доступу. Операция не направлена на излечение язвенной болезни, а лишь на устранение жизнеугрожающего осложнения, в связи с чем в послеоперационном периоде всем больным проводили антибактериальную и противоязвенную терапию. За период с 2000 по 2015 года выполнено 76 эндохирургических вмешательств, из них у 2 (2,6%) больным установлены показания к конверсии, а в 74 (97,3%) наблюдениях выполнено видеолапароскопическое ушивание. В большинстве случаев использовали однорядный «Z»-образный шов (65%), а также двухрядный (35%). Все больные выздоровели, летальных исходов не было. Признаков несостоятельности швов ушитой перфорации не отмечено. Кровотечений, послеоперационной непроходимости, послеоперационного перитонита не отмечено. У 1 больного с конверсией отмечено нагноение послеоперационной раны, вылеченной консервативно. Миниинвазивное лечение осложненной язвы ДПК позволяет добиться хороших клинических результатов при условии строго применения больным противоязвенных препаратов.

559.Видеоассистированная герниопластика при ущемленной паховой грыже у новорожденного

Шумихин В.С., Мокрушина О.Г., Разумовский А.Ю., Левитская М.В., Щапов Н.Ф.

Москва

РНИМУ им. Н.И.Пирогова, ДГКБ №13 им. Н.Ф.Филатова

Паховые грыжи у младенцев встречаются достаточно часто. В хирургии паховых грыж все чаще используется лапароскопический или видеоассистированный метод. Вопрос об использовании лапароскопии в лечении ущемленных паховых грыж остается дискуссионным. В нашей клинике (Детская городская клиническая больница №13 им. Н.Ф.Филатова) с 2013 года используется метод внебрюшинной видеоассистированной герниопластики. За 2013-2014 год выполнено 270 операций у 171 ребенка, в том числе - 26 при ущемленной паховой грыже. Выполнялось видеоассистированное вправление ущемленного органа с последующей герниопластикой. В одном случае выполнена конверсия и резекция участка кишки в связи с его некрозом. В одном случае на 2 сутки после вправления кишки выполнена диагностическая лапароскопия для оценки жизнеспособности ущемленной кишки. Интраоперационных осложнений не отмечено. Рецидив грыжи отмечен в одном случае. Заключение: Метод видеоассистированной герниопластики является надежным и сопровождается малой частотой осложнений, в том числе при использовании при ущемленной грыже у младенцев.

560.DHAL-RAR и ГИБРИДНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ И СОЧЕТАННЫХ ПАТОЛОГИЙ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Чистохин С.Ю. (1), Белоцкая Л.В. (2)

Чита

1) ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия 2) НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Чита-2

Актуальность. В последнее время всё большую популярность среди врачей и пациентов завоевывает операция DHAL-RAR как патогенетически обоснованная и малотравматичная технология, однако, ближайшие и отдаленные результаты ее не совсем удовлетворяют и больных и хирургов, в этой связи, представляет интерес идея сочетать DHAL-RAR внутренних компонентов геморроидальных узлов и геморроидэктомию наружных компонентов узлов (гибридные операции). Цель исследования – сравнить ближайшие и отдаленные результаты DHAL-RAR в чистом виде и гибрида DHAL-RAR с удалением наружных компонентов узлов в лечении больных геморроем. Материалы и методы. В течение 2013-2015 годов в ДКБ ст. Чита-2 оперировано 292

больных с разными стадиями геморроя. Из них 105 пациентам выполнена операция DHAL-RAR (I группа) 110 больным выполнена гибридная операция - DHAL-RAR внутренних компонентов геморроидальных узлов и геморроидэктомия наружных компонентов узлов и 77 – классическая открытая геморроидэктомия (III группа). При выборе варианта операции применяли индивидуальный подход не только к каждому больному с его клиническими и морфологическими особенностями, но и к каждому геморроидальному узлу: учитывались его размеры, наличие и выраженность фиброза, изъязвлений. Результаты. В I группе у 23 (21,4%) больных дезартеризация, пликация и лифтинг 2-3 узлов дополняли удалением 1 крупного узла с выраженным фиброзом и (или) изъязвлением. В этой же группе операцию DHAL-RAR комбинировали с иссечением трещин и дозированной сфинктеротомией у 28 (24,8%) пациентов, с полипэктомией у 26 (23%), с леваторопластикой по поводу ректоцеле у 5 (3,9%). Таким образом, в I группе комбинированные операции выполнены у 68% больных, в том числе, симультанные операции по поводу 2-3 сочетанных аноректальных патологий - у 46% пациентов. В этой группе боли купировались через 1-2 суток после изолированной DHAL-RAR и через 2-3 суток после комбинированных операций. Отек и выпадение прошитых узлов отмечены у 6 оперированных, стойкий болевой синдром наблюдался у 1 пациентки, купирован лишь геморроидэктомией на 32-е сутки. В отдаленные сроки у 1 больного выявлен рецидив заболевания (0,9%), у остальных констатированы хорошие и удовлетворительные результаты. Во II группе у 43 (39,1%) больных DHAL-RAR внутренних компонентов геморроидальных узлов и геморроидэктомия наружных компонентов узлов дополняли изолированной процедурой DHAL-RAR еще 1-2 узлов средних размеров, обычно, на 1 и 5 часах. В этой же группе операцию комбинировали с иссечением трещин и дозированной сфинктеротомией у 32 (29,1%) пациентов, с полипэктомией у 21 (19,1%), с леваторопластикой по поводу ректоцеле у 4 (3,6%). Таким образом, во II группе комбинированные операции выполнены у 91% больных, в том числе, симультанные операции по поводу 2-3 сочетанных аноректальных патологий - у 52% пациентов. В этой группе боли купировались через 1-2 суток после гибридной DHAL-RAR и через 2-3 суток после симультанных операций. Отека и выпадения узлов не отмечены ни у одного из оперированных, стойкий болевой синдром ни разу не наблюдался. У всех больных этой группы констатированы хорошие и удовлетворительные результаты. В III группе из 77 больных с геморроем IV стадии классическая геморроид-эктомия 3 узлов у 15 (21,4%) дополнена дезартеризацией, пликацией и лифтингом еще 1-2 узлов средних размеров, обычно, на 1 и 5 часах; иссечением трещин у 6 (7,8%); полипэктомией у 15 (21,4%). В этой группе симультанных санаций разных патологий - 25% ($p=0,008$), всего комбинированных операций – 50,6% ($p=0,012$). Послеоперационные боли продолжались дольше, до 4-5 суток. Из ранних осложнений - вторичное заживление ран у 6 (7,58%) и подкожно-подслизистый парапроктит у 1 (1,3%).

Заключение. Допплер-контролируемая дезартеризация, пликация и лифтинг геморроидальных узлов позволяет заметно расширить применение комбинированных и симультанных операций в аноректальной зоне, снижает риск инфекционных осложнений и более, чем вдвое сокращает сроки стационарного и амбулаторного лечения. Гибридные операции - DHAL-RAR внутренних компонентов геморроидальных узлов и геморроидэктомия наружных компонентов узлов еще более патогенетически и морфологически обоснованы, их результаты – заметно лучше изолированной DHAL-RAR.

561.Первый опыт эндоскопического удаления гигантской липомы печеночного угла толстой кишки

Халидов О.Х.(1), Карцев А.Г.(2),Дмитриенко Г.П.(2)

Москва

1)МГМСУ, 2)ГКБ №81,

Цель. - Представить клинический случай успешного внутрипросветного удаления гигантского подслизистого образования поперечно-ободочной кишки. Материалы и методы. В хирургический стационар поступил пациент П.73 лет, с тяжелой соматической патологией, для подтверждения диагноза и оперативного хирургического лечения по поводу гигантского подслизистого образования (вероятно, липомы) поперечно-ободочной кишки, выявленной амбулаторно в ноябре 2015г.при рутинной колоноскопии, где из-за размеров образования пациенту рекомендована полостная операция. Клинически у пациента отмечались некоторые признаки перемежающейся частичной кишечной непроходимости.Пациент дообследован. В плановом порядке выполнена цифровая видеокколоноскопия эндоскопом OlympusQ150, при котором подтверждено наличие в поперечно-ободочной кишке у печеночного угла по латеральной стенке (большому радиусу) экзофитного подслизистого образования около 62x35x30мм, овальной формы, на формирующейся «ложной» ножке, ограниченно смещаемое, мягко-эластичной консистенции, с неглубоким втяжением по центру и мелкобугристыми разрастаниями до 0.5см, без инсuffляции воздуха полностью перекрывавшее просвет кишки, при обильной инсuffляции воздуха более 3\4просвета, слизистая над ним не изменена. Также выявлены 2 полипа поперечно-ободочной кишки до 0.5см. Выполнена петлевая биопсия центрального участка подслизистого образования с разрастаниями, гистологически и макроскопически подтвержден диагноз- липома толстой кишки. Учитывая соматическое состояние больного и подвижность образования, решено удалить подслизистое образование эндоскопически внутрипросветно, а также выполнить эндоскопическую полипэктомию без применения наркоза и седации пациента. После получения результатов гистологического исследования,с техническими трудностями, связанными с размерами образования, выполнены эндоскопическая одномоментная петлевая резекция липомы (без повреждения капсулы) и эндоскопическая полипэктомия. Результаты. Эндоскопическим способом восстановлена проходимость толстой кишки у пациента с тяжелой соматической патологией. Послеоперационный период без особенностей. Пациент выписан на третьи сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Удалено крупное подслизистое образование- липома- размером 62x35x30мм, а также два формирующихся полипа. Заключение. Таким образом, эндоскопическая петлевая резекция является безопасной альтернативой у данной группы пациентов. Применение данного метода позволило избежать полостной операции со вскрытием просвета толстой кишки, наркоза и длительного периода реабилитации у пациента с тяжелой соматической патологией.

562.ИНТРАКОРПОРАЛЬНЫЙ РУЧНОЙ ЭНДОШОВ В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ЖЕЛУДКА

Хитарьян А.Г., Велиев К.С., Завгородняя Р.Н., Алибеков А.З.

Ростов-на-Дону

НУЗ "Дорожная клиническая больница" на станции Ростов-Главный ОАО «РЖД»

В настоящее время существует множество современных способов наложения аппаратного шва в абдоминальной хирургии. Разработаны и успешно применяются всевозможные эндостеплеры и сшивающие аппараты. Однако, даже современные сшивающие аппараты не всегда применимы в повседневной хирургической практике. Так, например, применение сшивающих аппаратов при незначительном (2–5 мм) дефекте, который может быть закрыт 1-2 узловыми швами, нецелесообразно. Кроме того, применение аппаратного шва невозможно и при сшивании или наложения анастомоза мелких структур, таких как кровеносные сосуды, желчные и панкреатические протоки. Также, значительные трудности возникают при необходимости наложения швов сложной формы. Одним из основных недостатков сшивающих аппаратов является их высокая стоимость, а также дорогостоящие расходные материалы. Ручной шов является полноценной альтернативой аппаратному, и лишен вышеуказанных недостатков, что дает более широкую область его применения. Однако применение ручного эндоскопического шва требует наличие у хирурга определенного опыта. В настоящее время особо дискуссионным представляется преимущества линейных и циркулярных степлерных аппаратов при наложении пищевода-кишечного, пищевода-желудочного и желудочно-кишечного соустья при малых размерах сформированной культи желудка, например при субтотальной резекции желудка или гастроеюношунтировании. Использование ручного интракорпорального эндошва в таких ситуациях по мнению ряда авторов способно снизить количество несостоятельности анастомозов в ранние послеоперационные сроки а в отдаленном периоде избежать рубцевание и структур соустья. Цель исследования. Сравнительная оценка применения ручного и аппаратного шва в лапароскопической абдоминальной хирургии. Материалы и методы. В хирургическом отделении №1 НУЗ «ДКБ» г.Ростова-на-Дону, ручной интракорпоральный эндоскопический шов применен у 25 пациентов. В 2 случаях выполнена проксимальная резекция желудка по поводу язвы рака тела желудка T2-3N1M0 с лимфодиссекцией D2 и удалением лимфатических узлов №8,9,10,11,12 по японской классификации с наложением гастроэзофагоанастомоза. У 3 больных выполнена дистальная резекция по поводу осложнений язвенной болезни с наложением гастроэнтероанастомоза. У 12 пациентов выполнено гастроеюношунтирование по поводу морбидного ожирения. В 8 случаях проведена гастрэктомия, при этом в 4 случаях данное пособие выполнено при онкологических заболеваниях T3-4N1M0, как радикальное вмешательство с лимфодиссекцией D2 и удалением лимфатических узлов №1-10,12,14 с наложением эзофагоэнтероанастомоза. Тогда как у 4 пациентов с раком желудка T3N1M1 выполнено циторедуктивное пособие. Результаты. Из 25 больных оперированных на органах брюшной полости, осложнений, связанных с применением ручного интракорпорального шва не выявлено. У 1 больного перенесшего дистальную резекцию желудка, в послеоперационном периоде отмечалось развитие кровотечения, однако оно не было связано с хирургическим пособием. При этом, время оперативного вмешательства с применением ручного интракорпорального шва по сравнению с применением аппаратного шва увеличилось в среднем лишь на 25 ± 14 мин. Заключение. Таким образом, применение ручного интракорпорального шва связано с необходимостью наличия опыта у хирурга, а также несущественно увеличивает продолжительность оперативного пособия. Однако применение ручного шва позволяет избежать недостатков аппаратного метода сшивания, при этом позволяет избежать развития таких грозных осложнений как несостоятельность анастомоза, кровотечение.

563. Роль темперамента в обучении эндоскопической хирургии

Кукош М.В., Трухалев В.А., Цыбусова Т.Н., Колчина О.С.

Нижний Новгород

ГБОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия МЗ РФ

Актуальность: В настоящее время лапароскопическая хирургия с её неоспоримыми преимуществами, как меньший болевой синдром в послеоперационном периоде и короткий период реабилитации, стала «золотым стандартом» выполнения многих оперативных вмешательств. Но обучение эндохирургии является длительным и сложным в связи с определёнными присущими ей особенностями: работа в двухмерном изображении, необходимость координации «глаза - руки», сложности позиционирования инструмента в руке, наличие «эффекта рычага», практически полное отсутствие тактильных ощущений. Есть ряд нерешённых вопросов, связанных с подготовкой будущих эндоскопических хирургов. До настоящего времени неизвестно, применение каких тренажёров будет оптимальным для учебного процесса. Также не изучен вопрос влияния психологии учащихся на качество и скорость учебного процесса. Цель исследования: Оптимизировать методику обучения студентов мануальным навыкам в эндоскопической хирургии. Материалы и методы: В ходе подготовки к IV Всероссийской олимпиаде по эндохирургии была сформирована команда из 14 студентов. Обучение мануальным навыкам проводилось в клинике факультетской хирургии ГБОУ ВПО НижГМА МЗ РФ (заведующий кафедрой – д.м.н., профессор Кукош М.В.) на базе ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 7 им. Е.Л. Берёзова» (главный врач – к.м.н. Гомозов Г.И.). Обучение проводилось в несколько этапов. Первый этап длился две недели, в течение которых студенты осваивали мануальные эндохирургические навыки и приобретали опыт работы оператором камеры. На втором этапе, который длился также две недели, студенты обучались технике экстра-и интракорпорального шва. В ходе третьего этапа каждый участник отрабатывал только своё задание. Применялись инструменты, рекомендованные организаторами, проводился учёт времени выполнения. Упражнениями, которые выполняли учащиеся, являлись: Наложение непрерывного интракорпорального шва на верхний слой «двухслойной перчатки» без повреждения внутреннего слоя и симуляция лапароскопической аппендэктомии. Из 14 студентов 6 человек (3 мужчин, 3 женщин в возрасте 21 – 23 лет) не имели ранее опыта эндоскопической хирургии. Данная группа учащихся была включена в исследование. В ней 4 студента отрабатывали технику интракорпорального шва, а 2 учащихся – экстракорпорального. В процессе обучения среди студентов был проведён тест Г. Айзенка, который позволяет с помощью основных показателей (экстраверсия-интроверсия и нейротизм) оценить направленность личности на внутренний или внешний мир, а также выявить уровень эмоциональной тревожности (напряженности). Также у студентов проводился замер времени выполнения каждого упражнения с последующим расчётом кривой обучения. Исходя из характера выполняемых заданий (экстра-либо интракорпоральный шов), а также в зависимости от характера экстраверсии и нейротизма было произведено разделение испытуемых на группы. Результаты: Все студенты являлись экстравертами, при этом двое являлись эмоционально-стабильными (сангвиниками), а 4 учащихся относились к категории эмоционально-нестабильных (холерики). При расчёте коэффициента обучаемости установлено, что он у студентов варьировал в пределах 0,74 – 0,88. При сравнении

характера кривых обучения интра- и экстракорпоральному шву статистически значимых различий не получено. Так значение коэффициента обучения формированию и затягиванию петли Рёдера составило $0,825 \pm 0,055$, а интракорпоральному шву – $0,835 \pm 0,057$ ($t=-0,204$, $p=0,848$). В ходе сопоставления коэффициентов обучения также не обнаружено статистически достоверных различий. У эмоционально-стабильных экстравертов он составил $0,80 \pm 0,06$, а у эмоционально-нестабильных коэффициент обучения был равен $0,83 \pm 0,06$ ($t=-0,577$, $p=0,595$). Также нами было проведено сопоставление времени (в секундах), затраченного на выполнение упражнений в начале (первая половина) и в конце обучения (вторая половина) в группах сангвиников и холериков с учётом того, что техническая сложность выполняемых упражнений, как было сказано выше, не различалась. Установлено, что в начале обучения средняя длительность выполнения упражнений составила 1103 ± 402 с. у сангвиников и 833 ± 130 с. у холериков ($t=2,451$, $p=0,018$), а в конце обучения 721 ± 270 с. и 510 ± 105 соответственно ($t=2,841$, $p=0,006$). Данные результаты свидетельствуют о том, что, несмотря на то, что длительность обучения мануальным навыкам у сангвиников и холериков не различается, эмоционально-нестабильные экстраверты имеют исходную «предрасположенность» к эндоскопической хирургии из-за особенностей своего темперамента. Они изначально быстрее выполняют задания, а в ходе обучения добиваются более видимого прогресса за счёт именно своих исходных возможностей, при этом имея равнозначную с эмоционально-стабильными экстравертами скорость обучения. Выводы: 1. Темперамент учащегося не оказывает достоверного влияния на скорость обучения мануальным навыкам в эндоскопической хирургии. 2. Эмоционально-нестабильные экстраверты имеют лучшие исходные данные для обучения лапароскопии в сравнении с эмоционально-стабильными экстравертами.

Лапароскопическая хирургия аппендикулярного перитонита.

Сажин А.В., Тягунов А.Е., Ивахов Г.Б., Мирзоян А.Т., Ермаков И.В.

РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

Актуальность: лапароскопическая аппендэктомия (ЛАЭ) при остром аппендиците сегодня с позиций доказательных данных рассматривается как «операция выбора» в большинстве случаев, за исключением чаще всего ситуаций, когда противопоказана общая анестезия или напряженный карбоксиперитонеум. Подобная практика распространяется, прежде всего, на случаи неосложненной абдоминальной инфекции при остром аппендиците, т.е. при отсутствии перитонита. Иначе дело обстоит при аппендикулярном перитоните, особенно в случаях его распространенных форм.

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность лапароскопических вмешательств при различных формах аппендикулярного перитонита.

Материалы и методы: проанализирован опыт выполнения 1139 лапароскопической аппендэктомии при остром аппендиците, выполненных в 2011-2015 гг. в клинике кафедры общей хирургии и лучевой диагностики п/ф РНИМУ им. Н.И. Пирогова. В 401 случае ЛАЭ выполнена при различных формах аппендикулярного перитонита, при этом, местный перитонит верифицирован у 73,1%. Лапароскопически операция завершена в 98,3% случаев местного перитонита. Распространенные формы аппендикулярного перитонита выявлены в 108 (26,9%) случаях, т.е. больше чем в каждом четвертом случае аппендикулярного перитонита.

Результаты лечения: степень деструктивных изменений червеобразного отростка напрямую соотносится с тяжестью перитонита. Так, при флегмонозных изменениях аппендикса распространенные формы перитонита отмечены лишь в 7%, при гангренозном аппендиците – 17,3%, а при перфорации отростка на фоне гангрены – в 58,2% случаев. В свою очередь тяжесть перитонита напрямую связана с возможностью выполнения данного вмешательства малоинвазивно, приводя к высокой частоте конверсий: при диффузном перитоните в 6,2% случаев, при разлитом перитоните – в каждом третьем случае. Показаниями к открытому вмешательству являлись прежде всего признаки выраженного пареза кишечника и невозможность адекватной санации брюшной полости. Летальные исходы отмечены в 4 случаях запущенных форм разлитого гнойного перитонита с давностью доклинического этапа не менее 3-5 суток, эти пациенты оперированы из срединного лапаротомного доступа с проведением релапаротомий «по программе». Суммарно послеоперационная летальность после 1184 экстренных операции при остром аппендиците (1139 лапароскопических, 15 открытых и 30 конверсий) составила 0,3%, а при разлитом аппендикулярном перитоните 14,8%. Летальности после лапароскопических вмешательств по поводу местного и диффузного перитонита не отмечено.

Выводы: лапароскопическая аппендэктомия при местном и диффузном аппендикулярном перитоните выполнима и безопасна.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОЧЕТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ

Авторы: проф. Фёдоров А.В., проф. Сажин А.В., Колыгин А.В.

Организация: Институт хирургии им. А.В. Вишневского, Кафедра общей хирургии и лучевой диагностики педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова.

По данным всемирной организации здравоохранения около 30% больных, поступающих в хирургический стационар, имеют несколько заболеваний, требующих оперативного лечения. При этом отмечается тенденция к росту числа сочетанных заболеваний во всем мире.

Научно-технический прогресс вывел хирургию на качественно новый уровень, позволяющий одновременно выполнять несколько хирургических вмешательств различной степени сложности.

Сторонники сочетанных операций подчеркивают их преимущества перед несколькими последовательными хирургическими вмешательствами, при этом обращая внимание и на экономический эффект, в том числе для государства и региона в целом.

Этот аспект особенно важен в условиях ограниченного финансирования здравоохранения из бюджетов всех уровней и возможной недостаточности средств обязательного медицинского страхования в регионах для решения отдельных медицинских проблем. Данная проблема ставит врачей в условия поиска возможности максимально рационального подхода к лечению больных, а также поиску путей разрешения экономических проблем.

Проанализированы экономические результаты сочетанного и многоэтапного хирургического лечения больных, проходивших лечение в Институте хирургии им. А.В. Вишневского за 2011 и

2012 год, а так же на кафедре общей хирургии и лучевой диагностики педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова.

Стоимость оперативного лечения вычислялась на основании методики расчета затрат на медицинские услуги МИАЦ РАМН с учетом номенклатуры медицинских услуг министерства здравоохранения и реестра медицинских услуг с указанием УЕТ (условных единиц трудозатрат). Для каждого случая лечения выполнялся расчет по шаблону, составленному в соответствии с утвержденным стандартом лечения по данной нозологии, с учетом фактически выполненных услуг и использованных медикаментов и материалов.

На основании вышеизложенного метода рассчитаны стоимость одномоментного, а также этапного лечения пациента с двумя хирургическими заболеваниями на основании суммы средних значений стоимости лечения по каждому заболеванию.

На основании полученных данных по стоимости лечения, была рассчитана разница между ними, как средства, потенциально сэкономленные государством или клиникой для государства

Процент экономии средств в группе сочетанных лапароскопических холецистэктомий с различными видами пластики грыж составил до 42%, в группе операций на толстой кишке с различными видами пластики грыж и вмешательств на поджелудочной железе - от до 33%, в группе вмешательств на сосудах совместно с различными операциями на органах брюшной полости - до 30%.

Таким образом, сочетанные операции экономически выгоднее этапного хирургического лечения, они имеют экономические преимущества перед этапным лечением вследствие снижения общего суммарного койко-дня и суммарного времени пребывания на больничном листе, отсутствием расходов на обязательное повторное предоперационное обследование.

Сочетанные операции доказали свою клиническую и экономическую эффективность, что позволяет дать рекомендации административным и страховым органам по стимуляции внедрения сочетанных операций в широкую практику путем введения повышающих тарифов в соответствии с относительной их эффективностью по отдельным конкретным их сочетаниям, несмотря на величину тарифов и реальной себестоимости услуг в каждом конкретном стационаре.

Мы предлагаем министерству здравоохранения и фонду обязательного медицинского страхования введение повышающего коэффициента в 40% от базовой стоимости лечения по основному заболеванию. Данные изменения в тарифах будут способствовать более широкому распространению сочетанных операций, что является чрезвычайно важным как для государства, так и для пациентов. Государство получает выгоду в виде снижения затрат на стационарное лечение пациента, снижение затрат на оплату листов нетрудоспособности. Пациенту - нет необходимости дважды госпитализироваться и дважды получать анестезию. Стационары в свою очередь снижают риски послеоперационных осложнений, вероятность послеоперационной летальности и получают материальную компенсацию за лечение двух и более заболеваний.

Считаем необходимым участие российского общества хирургов и российского общества эндоскопических хирургов в разработке новых тарифов. Уверены, что нововведения позитивно скажутся на развитии российской хирургии, здоровье пациентов и экономике государства.

Поздние осложнения лапароскопических холецистэктомий.

Меджидов Р.Т., Султанова Р.С., Абдурашидов Г.А.

г. Махачкала

В настоящее время во всех регионах нашей страны выполняется огромное количество лапароскопических холецистэктомий. Интраоперационные и ближайшие послеоперационные осложнения при этом доведены до минимума. Лапароскопическая холецистэктомия, в основном, проводится с использованием различных диссекционных технологий, основанных на электрокоагуляции и ультразвуке. При этом имеется высокий тепловой эффект и ткани в зоне оперативного вмешательства подвергаются нагреванию даже когда нет непосредственного контакта с диссекционными инструментариями. Последствия нагревания тканей сразу же после операции клинически не проявляются, а в отдаленном послеоперационном периоде могут быть ограниченный местный желчный перитонит, стриктуры внепеченочных желчных протоков и хронический дуоденостаз.

Цель исследования. Оценка характера поздних послеоперационных осложнений при лапароскопической холецистэктомии.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 28 пациентов, которые поступили в Республиканский гепатоэндовидеоскопический центр за последние 15 лет, после лапароскопической холецистэктомии. Сроки поступления пациентов в клинику после лапароскопической холецистэктомии составили от 27 до 93 суток. Пациенты были оперированы в различных районных и городских хирургических отделениях, в том числе двое пациентов в нашей клинике. У 7(25%) пациентов имелся ограниченный местный желчный перитонит, у 4(14,3%) – хронический дуоденостаз и у 17(60,7%) – стриктура желчных протоков. При стриктуре желчных протоков вариант «+2» по Э.И. Гальперину отмечен у 11(39,3%) пациентов, вариант «+1» - у 3 (10,7%), вариант «0» - у 2(7,1%), а вариант «-1» - у 1 (3,5%) пациентки. На диагностическом этапе были использованы УЗИ и МРТ.

Результаты и их обсуждение. Все пациенты были повторно оперированы. Причиной развития местного ограниченного перитонита у 7(25%) пациентов оказалась перфорация желчных протоков на различных уровнях. В одном случае имелся циркулярный некроз гепатикохоледохы на протяжении 13 мм. В 6 наблюдениях выполнено наружное дренирование билиарного тракта Т-образным дренажом и в одном случае – гепатикоюноанастомоз с изолированной по Ру петлей тощей кишки. При стриктурах желчных протоков одномоментные реконструктивные вмешательства проведены в 10 наблюдениях, а в 7 случаях первым этапом выполнена ЧЧХС. Бигепатикоюноанастомоз наложен 3 пациентам, гепатикоюноанастомоз – в 14случаях. Интра- и послеоперационные осложнения не имелись. Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии. При дуоденостазе проводилась прокинетическая терапия. Учитывая вышеизложенное, при лапароскопической холецистэктомии мы проводим частый поэтапный лаваж зоны оперативного вмешательства холодным физиологическим раствором с помощью аквапуратора.

Закключение. Возможность нагревания тканей с развитием в последующем тяжелых осложнений в зоне оперативного вмешательства при лапароскопической холецистэктомии хирурги должны учесть и проводить мероприятия снижающие температуры тканей. Особенно это важно при длительной операции.

Лапароскопическая цистперцистэктомия при эхинококкозе печени.

Меджидов Р.Т., Султанова Р.С., Хамидов Т.М.

Закрытая эхинококкэктомия при эхинококкозе печени имеет явное преимущество для профилактики рецидива эхинококковой болезни. При краевой локализации кист наиболее показанным является лапароскопический доступ.

Цель исследования. Уточнить эффективность и оценить возможности выполнения цистперцистэктомии печени под лапароскопическим контролем и с применением высоких резекционных технологий.

Материал и методы. В клинике нами проведена цистперцистэктомия из печени 64 пациентам.

Среди них монокистозный эхинококкоз имелся у 60(93,8%) больных, а у 4 (6,2%) пациентов отмечены по 2 кисты. Все кисты имели краевую и относительно поверхностную локализацию. Размеры кист в этих наблюдениях не превышали 10 см в диаметре. Все оперативные вмешательства выполнены с помощью ультразвуковых резекционных технологий фирмы «Söring». Группа сравнения составили 50 больных, которым проведена цистперцистэктомия из широкой лапаротомии.

Результаты. Технический успех в проведении цистперцистэктомии под лапароскопическим контролем и с использованием ультразвуковых технологий отмечен в 96,7% наблюдениях. В 3 наблюдениях имела место конверсия на широкую лапаротомию. Интраоперационная кровопотеря в сравниваемых группах статистически достоверно не отличалась. Медиана продолжительности операции в основной группе составила $112,6 \pm 5,4$ мин., а в контрольной – $93,4 \pm 4,1$ мин. Послеоперационные осложнения в основной группе имели место у 3(4,7%) пациентов, в контрольной – у 2 (3,1%). В основном они были местного характера, то есть жидкостные скопления в зоне операции. При трехгодичном наблюдении рецидив заболевания в сравниваемых группах не отмечен. Интегральный показатель качества жизни пациентов статистически достоверно отличался в сравниваемых группах и был выше в основной группе больных.

Заключение. Цистперцистэктомия с использованием высоких ультразвуковых резекционных технологий в лапароскопическом варианте вполне выполнимое вмешательство и процент конверсий на лапаротомию не велик.

Хирургическое лечение малых кист печени и селезенки малоинвазивными способами

Р.Т.Меджидов, Р.С.Султанова, Т.М.Хамидов

г. Махачкала

Малоинвазивным способом проведена аплатизация кист печени и селезенки 75 больным. У них имелись 88 кист. Конверсия на широкую лапаротомию проведена в 4 наблюдениях. Интраоперационные осложнения в виде умеренного кровотечения имелись у 4 пациентов. Послеоперационные осложнения местного характера отмечены у 3(4,0%) больных, общего – у 2(2,7%).

Введение. Малоинвазивная хирургия – это один из основных путей прогресса современной хирургии в целом. В литературе последних лет существует множество информации о

малоинвазивных вмешательствах при кистозных образованиях печени и селезенки. Одним из методов завершения операции при кистозных образованиях паренхиматозных органов брюшной полости является аплатизация (абдоминализация) их. Это особенно показано при средних и поверхностно расположенных кистах печени и селезенки.

Материалы и методы. Аплатизация кист печени и селезенки в малоинвазивном варианте нами проведена при 88 кистах у 75 пациентов. Паразитарные кисты у 56(7,6%) больных, простые – у 19(25,4%). Печеночная локализация кист имела у 62(82,6%) пациентов, в селезенке – 13(17,4%) больных. В селезенке имелись одиночные кисты, а в печени у 11(17,7%) пациентов отмечены множественные кисты. Из них у 6(54,5%) эхинококковые кисты, у 5(45,5%) простые. Размеры кистозных образований составляли от 5,6 до 10,7 см в диаметре. Все кисты были с преимущественным ростом в сторону брюшной полости. Локализация печеночных кист была следующая: II-й сегмент – 10(13,3%), III-й сегмент – 15(20,0%), IV- сегмент- 10(13,3%),V-й сегмент - 14(18,6%),VI-й сегмент - 12(16,0%),VII-й сегмент - 8(10,6%),VIII-й сегмент - 6(8,2%). На диафрагмальной поверхности печени отмечены 66(88,0%) кист, на висцеральной – 9(12,0%). Ближе к нижнему полюсу селезенки имелись 8(61,6%) кист, к верхнему- 5(38,4%).

Из 88 кист печени и селезенки лапароскопически удалены 33(37,5%) кисты и операция завершена аплатизацией остаточной полости. Из мини-доступа с применением устройства «Мини-ассистент» фирмы «САН» и лапароскопическим ассистированием удалено 55(62,5%) кист.

Результаты и обсуждение. При лапароскопической аплатизации кист конверсия на широкую лапаротомию проведена в 4(12,1%) наблюдениях. Во всех этих случаях имелось умеренное кровотечение из краев иссеченной фиброзной капсулы. Оно остановлено ушиванием кровоточащих участков фиброзной капсулы. Послеоперационные осложнения отмечены в 5(6,6%) случаях. Из них местные – у 3(4,0%), общие – 2(2,6%). К местным осложнениям относились жидкостные скопления в зоне печени(2) и селезенки(1). Они устранены перкутанными пункциями под УЗ-наведением. Из общих осложнений – это правосторонний экссудативный плеврит – 1 и тромбоз вен нижних конечностей – 1. Летальных исходов не было.

Заключение. Аплатизация кист печени и селезенки показана при малых и средних, относительно поверхностно расположенных кистах указанных органов. Её выполнение в малоинвазивном варианте имеет явные преимущества.

Миниинвазивный способ лечения рецидивных эхинококковых кист печени.

Меджидов Р.Т., Султанова Р.С., Тагирова М.М.

Клиника общей хирургии с лучевой диагностикой (зав. проф. Р.Т. Меджидов) ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ,

Махачкала.

В последние годы активно обсуждаются вопросы лечения эхинококкоза печени в миниинвазивном варианте. Широкому внедрению данного способа лечения эхинококкоза препятствовал тот факт, что при этом высока вероятность обсеменения зародышевыми элементами паразита брюшной полости.

Технические разработки последних лет позволили значительно снизить вышеуказанные осложнения миниинвазивных вмешательств, однако они полностью не исключают возможность

попадания зародышевых элементов в свободную брюшную полость. В этом плане при рецидивном эхинококкозе имеются лучшие условия для проведения перкутанного дренирования кист под УЗ-наведением, за счет наличия адгезивного процесса вокруг печени.

Цель исследования - оценка эффективности перкутанного дренирования рецидивных эхинококковых кист печени под УЗ-наведением.

Материал и методы:

Проанализированы результаты перкутанной пункции и дренирования рецидивных кист печени под УЗ-наведением у 66 пациентов. Возраст пациентов составил от 23 до 83 лет. В правой доле располагались кисты в 33(50,0%) наблюдениях, в левой – в 28(42,4%), в обеих долях печени – 5(7,6%) случаях. Размеры кист колебались от 6,0 до 13, см. Всем пациентам проводили комплекс клинических и инструментальных исследований. Все перкутанные вмешательства выполняли в условиях операционной под местной анестезией. При пункции и дренировании кисты обязательными условиями были: обход крупнотрубчатых структур печени, аспирация гидатидной жидкости, обработка полости гипертоническим раствором хлорида натрия, удаление хитиновой оболочки, контроль полноты удаления хитиновой оболочки рентгенологически, оставление в остаточной полости дренажа.

Для пункции, удаления хитиновой оболочки и дренирования использовали комплекс игла-катетер и расширители пункционного канала 12-14 F. В послеоперационном периоде проводилась химиотерапия альбендазолом.

Результаты и их обсуждение.

Техническая реализация способа достигнута у 94,6% пациентов. В 3-х наблюдениях на этапе удаления хитиновой оболочки возникли технические сложности и зародышевые элементы паразита были удалены из мини-доступа. Нагноение остаточной полости отмечены в 2,3% наблюдений. Они излечены дренированием под УЗ-наведением. Остаточная полость после перкутанной пункции и дренирования определялась в 34,9% наблюдений. В отдаленном периоде остаточная полость наблюдали в 3,5% наблюдений. Повторный рецидив эхинококковой болезни не отмечен.

Заключение.

Перкутанная пункция и дренирование кист при рецидивном эхинококкозе не уступает по эффективности традиционным методам лечения. При данной форме эхинококкоза печени указанная методика является абсолютно безопасной.



117997, Россия, г. Москва, ул. Б. Серпуховская, д. 27

www.ixv.pf

e-mail: Krivtsov@ixv.ru